

Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter

Sara Erlandsson
Petra Ulmanen
Sara Wittzell

Covid-19 på äldreboenden – personalens erfarenheter

Covid-19 på
äldreboenden
– personalens
erfarenheter

Sara Erlandsson
Petra Ulmanen
Sara Wittzell

SNS Förlag
Box 5629, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
info@sns.se www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys. 280 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.

Covid-19 på äldreboenden
– personalens erfarenheter
Sara Erlandsson, Petra Ulmanen
och Sara Wittzell
© 2023 Författarna och SNS Förlag
Tryck: Books on Demand, Tyskland
ISBN 978-91-89754-02-7

INNEHÅLL

Förord	7
Sammanfattning	9
Inledning	17
Bakgrund	21
Kunskapsöversikt	33
Metod	45
Resultat	52
Slutsatser och diskussion	107
Referenser	131

Förord

Äldreomsorgens personal stod på frontlinjen under covid-19-pandemin. I rapporten redovisas resultaten från en omfattande intervjustudie som genomförts på fyra äldreboenden i Stockholm. Vilka förutsättningar hade personalen för att hantera pandemin? Vilka prioriteringar och dilemman ställdes de inför? Och vad blev konsekvenserna för de äldre?

Sara Erlandsson och Petra Ulmanen är båda lektorer i socialt arbete vid Stockholms universitet. Sara Wittzell har varit forskningsassistent i studien och är medförfattare till rapporten.

Rapporten är en del i SNS treåriga forskningsprojekt »Vårdens och äldreomsorgens organisering och finansiering«. Det är SNS förhoppning att rapporten ska leda till nya lärdomar från covid-19-pandemin och ökad förståelse för hur pandemin upplevdes och hanterades av personalen på äldreboenden. Vi hoppas också att rapporten kan fungera som ett kunskapsunderlag för beslutsfattare på alla nivåer och bidra till diskussionen om äldreomsorgens organisering och villkor.

Forskningsprojektet kan genomföras tack vare bidrag från den referensgrupp som följer projektet. I gruppen ingår Astra Zeneca, Attendo, Getinge, Hemfrid, Inspektionen för vård och omsorg, Kommunal, Kry, Min Doktor, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Pfizer, Praktikertjänst, Region Halland, Region Stockholm, Skandia, Skellefteå kommun, Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Svensk Försäkring, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Täby kommun, Vardaga, Vinnova, Vårdförbundet och Västra Götalandsregionen.

Lena Hensvik, professor i nationalekonomi vid Uppsala universitet, är SNS vetenskapliga råds representant i referensgruppen och Martin Engström, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Halland, är gruppens ordförande. SNS tackar för det engagemang som referensgruppens ledamöter visat. Konstruktiva diskussioner har lett till att rapportens frågor har kunnat få en allsidig belysning. Referensgruppen ansvarar dock inte för innehållet i rapporten.

Lotta Dellve, professor i arbetsvetenskap vid Göteborgs universitet, har vid ett akademiskt seminarium lämnat konstruktiva synpunkter på ett utkast till rapporten.

Rapportens författare svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS initierar och presenterar forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av centrala samhällsfrågor.

Stockholm i februari 2023
Gabriella Chirico Willstedt
Forskningsledare, SNS

Sammanfattning

Den här rapporten belyser personalens erfarenheter av att hantera covid-19-pandemin på fyra äldreboenden i Stockholm. Rapporten skildrar personalens vittnesmål om hur två år av pandemi har påverkat deras arbetssituation och de äldres omsorg. Eftersom de som bor på äldreboende (det som myndigheter kallar för särskilda boenden för äldre) i regel är mycket gamla och sjuka utgör de en högriskgrupp för att drabbas av allvarlig sjukdom om de blir smittade av covid-19. Därför har pandemin fått särskilt stora konsekvenser för denna grupp och för den personal som arbetar på äldreboenden.

På varje äldreboende har vi intervjuat tre personalgrupper som har närmast kontakt med de äldre och som ansvarar för deras välbefinnande, hälsa och säkerhet: omsorgspersonal som arbetar med att ge praktiskt, socialt och emotionellt stöd till de äldre, sjuksköterskor som ansvarar för medicinska bedömningar och insatser samt enhetschefer med ansvar för såväl omsorgspersonalens arbetssituation som omsorgens kvalitet. Studien undersöker vilka förutsättningar var för att hantera pandemin, vilka åtgärder som vidtogs under pandemin för att hindra smittspridning samt vilka konsekvenser pandemin fick för personalen och för de boendes vård och omsorg.

Den tillgängliga kunskapen om hur pandemin påverkat äldreboenden i Sverige bygger till stor del på studier av de förhållanden som rådde i början av pandemin, däribland Coronakommissionens rapport som publicerades i slutet av 2020. Till skillnad från dessa studier belyser vi hur verksamheten på olika äldreboenden påverkats över tid och vilka konsekvenser pandemin fått på längre sikt. Rapporten ger också en fördjupad bild av hur riktlinjer och åtgärder implementerats samt vilka konsekvenser det fått för personalens arbete och de äldres vård och omsorg.

Rapporten vänder sig till beslutsfattare och politiker på alla nivåer, liksom till chefer och personal i äldreomsorgen. Den belyser åtgärder som behöver vidtas för att förbättra förutsättningarna för hantering av framtida pandemier och andra utbrott av smittspridning. Rapporten synliggör också vilka resurser och vilken kompetens som behövs för att ge omvårdnad av god kvalitet till de äldre personer med omfattande vård- och omsorgsbehov som bor på äldreboende, oavsett om det är pandemi eller ej.

Förutsättningar för att hantera pandemin

Rapporten visar att brister i information, hygienrutiner och kompetens försvårade hanteringen av pandemin. I början av pandemin saknades kunskap om hur covid-19 kan förebyggas och behandlas samt vilken skyddsutrustning personalen skulle använda för att skydda sig själva och andra. Bland såväl enhetschefer som sjuksköterskor och omsorgspersonal fanns stor rädsla för att bli smittad och att sprida smitta. Senare kom ett stort inflöde av information från olika aktörer som enhetschefer och sjuksköterskor fick lägga mycket tid på att orientera sig i. Att nå ut med uppdaterad information till all omsorgspersonal som arbetar på olika avdelningar och olika tider på dygnet var ytterligare en utmaning för enhetschefer och sjuksköterskor.

Under pandemin rekommenderades utökade hygienåtgärder. Implementeringen av dessa försvårades av att basala hygienrutiner inte alltid följdes före pandemin. Detta innebar att verksamheterna behövde både uppdatera omsorgspersonalen i de basala hygienrutiner som alltid gäller, och utbilda dem i de utökade hygienåtgärderna. Ytterligare svårigheter orsakades av att äldreboendenas lokaler inte är anpassade för de smittskyddsåtgärder som krävdes under pandemin. Detta beror på att äldreboenden till skillnad från sjukhus är utformade för att likna ett vanligt hem och saknar utrymmen för handtvätt, desinficering och byte av skyddskläder i anslutning till varje lägenhet.

Bemanningen utgjorde ett problem för samtliga äldreboenden under pandemin. Redan före pandemin kritiserades den låga bemanningen och den höga andelen tidsbegränsade anställningsformer på svenska äldreboenden för att skapa hög arbetsbelastning och dåliga förutsättningar för omsorg av god kvalitet. Pandemin har synliggjort att låg grundbemanning och tidsbegränsade anställningar också ger

dåliga förutsättningar att hantera perioder av högre sjukfrånvaro. Att äldreomsorgen förlitar sig på en stor andel timanställda och vikarier utgör en sårbarhet. Ytterligare en problematik som framkommit gäller omsorgspersonalens kompetens. Det finns flera olika undersköterskeutbildningar, och de intervjuade anser att utbildningarna har skiftande kvalitet och att kompetensen hos undersköterskor varierar kraftigt. Dessutom riktas kritik mot att språkkunskaperna inte är tillräckliga hos alla undersköterskor, trots att de är utbildade i Sverige. För en god vård och omsorg krävs att omsorgspersonalen får stöd och vägledning av sjuksköterskor, i synnerhet när det gäller allvarliga sjukdomstillstånd. Det är därför problematiskt att sjuksköterskor inte funnits på plats på äldreboendena dygnet runt. Detta innebär att omsorgspersonalen under delar av dygnet fått ta ett stort ansvar utan tillgång till medicinsk kompetens annat än i nödfall. Detta har orsakat stress och oro hos omsorgspersonalen och utsatt de äldre som bor på äldreboende för risker.

Åtgärder som vidtogs för att hindra smittspridning

Äldreboendena vidtog åtgärder i form av informations- och utbildningsinsatser, isolering av sjuka och smittade äldre, social distansering och ökad bemanning.

Enhetschefer och sjuksköterskor har genomfört utbildningsinsatser och informerat om olika smittskyddsåtgärder. Att förmedla information till personal som arbetar på olika avdelningar liksom under olika tider på dygnet har krävt stora insatser. En extra svårighet i informationsarbetet har varit att omsorgspersonalen arbetat under tidspress samt att de haft varierande utbildningsbakgrund och språkkunskaper. Vår studie visar att enhetschefer och sjuksköterskor ökat sin närvaro i verksamheten för att kunna visa och påminna om hygienrutiner. Detta tycks ha varit betydelsefullt både för rutinernas efterlevnad och för personalens trygghet.

En central åtgärd för att minska smittspridning har varit att isolera sjuka och smittade boende, så kallad kohortvård. Kohortvård har bedrivits i två former: isolering i personens lägenhet eller särskilda covid-avdelningar.

Att isolera äldre personer i deras lägenheter är en personalkrävande åtgärd, eftersom en eller ett par i personalen avsätts som kohortpersonal för att enbart arbeta med den eller de smittade. Det innebär också att den isolerade enbart har kontakt med kohortpersonalen, som inte alltid har varit ordinarie personal. Detta kan ha äventyrat kvaliteten på omsorgen och skapat otrygghet. Det framkommer också att det varit svårt att isolera boende med demenssjukdom. Omsorgspersonalen har varit osäkra i vissa situationer, till exempel när en smittad velat lämna sin lägenhet, och det har hänt att boende blivit instängda mot sin vilja. Kohortvård i form av covid-avdelningar med särskilt avdelad personal gav möjlighet att etablera välfungerande samarbeten mellan sjuksköterskor och omsorgspersonal. För de äldre innebar dock flytten till en covid-avdelning att de behövde lämna sitt hem, vilket de inte alltid gav samtycke till.

Som ett led i arbetet med att minska smittspridning har olika åtgärder för social distansering genomförts. Dessa har förändrat vardagen på äldreboendena. Aktiviteter med boende från olika avdelningar har ställts in, men aktiviteter som begränsats till en avdelning har förekommit i viss utsträckning – det har dock varierat över tid och mellan avdelningar. För att mildra konsekvenserna av besöksförbudet har äldreboendena försökt arrangera videosamtal mellan de boende och deras anhöriga, vilka försvårats av teknikbrister. Dessutom har nedsatt syn, hörsel eller kognitiv förmåga hindrat en del boende från att kunna delta fullt ut i samtalen.

Ytterligare en åtgärd har varit att hålla omsorgspersonal som arbetade på olika avdelningar separerade från varandra. Personalbrist har dock medfört att personal från en avdelning ibland fått vikariera på en annan avdelning. Att den timanställda personalen kan ha arbetat på flera olika boenden utan att enhetscheferna haft kännedom om detta har inneburit ett osäkerhetsmoment gällande smittspridning.

Under pandemin ökade behovet av omsorgspersonal på grund av periodvis hög sjukfrånvaro och personalkrävande åtgärder som kohortvård. Ett sätt att hantera den höga sjukfrånvaron var att försöka täcka luckor i bemanningen med befintlig personal. En fördel med detta var att all personal kände till verksamheten, men en nackdel var att övertidsarbetet gick ut över personalens möjligheter till återhämtning. Flera av äldreboendena gjorde även många nyanställningar, vilket medförde problem. Det framkommer i studien att nyanställda inte

alltid hade adekvat utbildning, tidigare erfarenhet och/eller tillräckliga språkkunskaper samt att en del inte hann få en ordentlig introduktion i arbetet innan de började arbeta på egen hand.

Pandemins konsekvenser

Det finns mycket som tyder på att de åtgärder som vidtogs under pandemin påverkade kvaliteten på vården och omsorgen på de studerade äldreboendena. Att Region Stockholm i början av pandemin beslutade att sjuka på äldreboende inte skulle prioriteras för sjukhusvård innebar en medicinsk risk, särskilt i kombination med att flertalet läkare inte kom på fysiska besök under denna tid utan endast var tillgängliga på telefon. Detta påverkade den covid-relaterade vården, men kan även haft negativa konsekvenser för andra sjukdomstillstånd. Insatsernas kvalitet äventyrades av att ny och utbildad personal utförde personnära vård och omsorg på egen hand. Kvaliteten i vård och omsorg påverkades också av att omsorgens sociala aspekter fick stå tillbaka till förmån för ett starkt fokus på hygien och social distansering. De boende isolerades länge från omvärlden och distanserades dessutom från både personal och andra boende. Omsorgspersonal och sjuksköterskor menar att detta ledde till försämrad livskvalitet inklusive ökad nedstämdhet och oro hos de boende. Med inställda aktiviteter följde tristess, minskad fysisk aktivitet och begränsat umgänge med andra personer. Dessutom försvårades kommunikationen mellan personalen och de äldre genom att personalen bar munskydd och/eller visir och höll avstånd.

De åtgärder som vidtogs under pandemin minskade även självbestämmandet hos de boende. Det långa besöksförbudet medförde att de under lång tid inte fick träffa sina anhöriga. Övriga åtgärder, till exempel kring aktiviteter, isolering och samvaro i övrigt, tycks ha utförts utan samråd med de boende. Äldreboendet är den enskildes hem och det är ett stort ingrepp i de grundläggande fri- och rättigheterna att begränsa vad en person får göra och inte göra i sitt eget hem. Att stänga in personer eller förflytta dem mot sin vilja är inte tillåtet. Samtidigt är äldreboendet en kollektiv miljö och enhetschefer och personal ställdes inför svåra avvägningar mellan den enskildes vilja och ansvaret att skydda andra boende mot smittspridning. Detta komplicerades av att en del av de boende har begränsad förmåga att analysera konsekvenser av sina beslut, till exempel att träffa anhöriga.

Även personalens situation försämrades under pandemin. Arbetsbelastningen ökade och enhetschefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal arbetade mer än vanligt. Skyddsutrustningen gjorde arbetet mer belastande, och de åtgärder som vidtogs för att minska smittspridning medförde nya arbetsmoment – som smittspårning och att arrangera videosamtal och smittsäkra besök – samt ökad städning och desinficering. Chefer och sjuksköterskor ägnade mycket tid åt kontakt med oroliga anhöriga, och för cheferna var det tidskrävande att lösa bemanningen. När de läkare som var knutna till äldreboendena inte längre kom på fysiska besök, utan enbart var tillgängliga per telefon, tog sjuksköterskor ett stort ansvar genom att göra svåra bedömningar av vård av sjuka äldre. Sjuksköterskorna hade också en central roll i att övervaka och instruera omsorgspersonal i hygienrutiner. Samtidigt tog omsorgspersonalen ett större medicinskt ansvar för att avlasta och/eller täcka upp för hårt belastade sjuksköterskor. Utöver detta fick den erfarna personalen ta ett stort ansvar när det anställdes ny personal som inte fått tillräcklig introduktion och/eller saknade rätt kompetens.

Pandemin medförde även en ökad emotionell belastning för chefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal. Personal från samtliga yrkesgrupper vittnar om att de känt oro och rädsla för att bli smittade och att smitta andra. Personalen har behövt hantera dilemman som uppstått när åtgärder satts in för att minska smittspridning och därmed skydda de boende från allvarlig sjukdom och död, men som samtidigt motverkat andra aspekter av de boendes fysiska och psykiska hälsa. Frånvaron av aktiviteter och besöksförbud har medfört att sjuksköterskor och omsorgspersonal fått bevittna hur de boende blivit mer passiva och saknat sina anhöriga. På grund av regler om social distansering har de också varit förhindrade att ge den tröst och sociala stimulans som kunnat motverka dessa konsekvenser. Det har varit svårt för personalen att inte kunna trösta med en kram eller sitta nära och prata. Ytterligare en påfrestning för framför allt omsorgspersonalen har varit att i ökad utsträckning möta svår sjukdom och död bland personer de haft en relation till. De har känt sorg, rädsla och maktlöshet.

Lärdomar för utveckling av policy och praktik

ETT SAMORDNAT OCH MÅLGRUPPSANPASSAT INFORMATIONSFÖRFLÖDE

Ett alltför stort ansvar för att samordna information från olika myndigheter och sammanställa information till omsorgspersonalen föll på chefer och sjuksköterskor under pandemin. Vid liknande situationer i framtiden behövs en samordnande funktion på myndighets- eller kommunnivå som även sammanställer information som är anpassad för direkt spridning till omsorgspersonal. Verksamheterna bör också säkerställa en infrastruktur för internkommunikation som gör informationen tillgänglig för personal som arbetar på olika avdelningar liksom under olika tider på dygnet.

RÄTTEN TILL SJÄLVBESTÄMMANDE

Socialtjänstlagen betonar den enskildes rätt till självbestämmande, inflytande och integritet. Att självbestämmandet kraftigt begränsades under pandemin visar på vikten att arbeta systematiskt med dessa frågor. Myndigheter behöver ge rekommendationer och riktlinjer. Kommuner och utförarorganisationer behöver stödja äldreboendenas ledning i att identifiera arbetssätt och metoder, samt tillhandahålla den kompetens som krävs för detta, till exempel för arbete med personer med demenssjukdom. Varje äldreboende behöver identifiera konkreta arbetssätt som fungerar i verksamheten och i relation till varje boende.

FÖRSTÄRKT STÖD OCH VÄGLEDNING TILL OMSORGSPERSONALEN

Omsorgspersonalen – den yrkesgrupp som arbetar närmast de äldre – har tagit ett stort ansvar för de äldres välmående under pandemin. Vård och omsorg för äldre personer är ett komplext arbete och personalen behöver mer stöd och vägledning för att kvaliteten ska upprätthållas. Erfarenheterna från pandemin visar att omsorgspersonalen behöver kontinuerlig vägledning om hur hygienrutiner upprätthålls och hur självbestämmande kan bevaras i den kollektiva miljö som äldreboendet utgör. Omsorgspersonal som är med om ovanligt svåra situationer i arbetet behöver också krisstöd.

FLER ANSTÄLLDA, TRYGGARE ARBETSFORMER OCH HÖGRE KOMPETENS FÖR OMSORGSPERSONAL

Utbildade undersköterskor behövs i äldreomsorgen. Initiativet att reglera undersköterskeyrket och göra det till en skyddad titel är ett steg på vägen för att säkra kompetensen. För att kunna rekrytera och bibehålla personal krävs rimliga arbetsvillkor samt goda möjligheter till vidareutbildning och utveckling i arbetet. Fler tillsvidareanställda i äldreomsorgen är centralt för att upprätthålla kvaliteten på omsorgen och minska organisationernas sårbarhet vid oförutsedda händelser. I huvudsak bör omsorgspersonal vara undersköterskor. Om outbildade och oerfarna personer anställs behövs särskilda insatser i form av längre introduktion och handledning i arbetet. Verksamheterna behöver med stöd av kommunen ta ställning till vilka arbetsuppgifter som omsorgspersonal utan utbildning kan utföra utan risk för en försämrad omsorgskvalitet. Kommunerna bör också tillhandahålla utbildningar för att höja både omvårdnadskompetens och språkkunskaper.

SOCIAL *och* MEDICINSK KOMPETENS BEHÖVS PÅ ÄLDREBOENDEN

Pandemin har synliggjort behovet av medicinsk kompetens på äldreboenden. De som bor där är ofta multisjuka och covid-19 utgjorde ett reellt hot mot dem. För att förbättra det medicinska omhändertagandet och ge kvalitativ omvårdnad behöver sjuksköterskor och omsorgspersonal arbeta tätt tillsammans, och för att kunna göra det krävs fler sjuksköterskor och bemanning av sjuksköterskor dygnet alla timmar. De sociala aspekterna av omsorgen har visat sig vara lika betydelsefulla som de medicinska. Omsorgspersonalen behöver ha både social kompetens och goda språkkunskaper för att kunna möta de äldres sociala behov och värna om deras livskvalitet.

Inledning

Den här rapporten belyser personalens erfarenheter av att hantera covid-19-pandemin på äldreboenden i Stockholm. Med äldreboende menar vi det som myndigheter på nationell nivå kallar för särskilda boenden för äldre, men som i Stockholms stad kallas för vård- och omsorgsboende. Rapporten skildrar personalens vittnesmål om hur deras eget arbete och de äldres omsorg påverkades under två år av pandemi. Den personal som kommer till tals är de som utför eller ansvarar för vård- och omsorgsarbete på äldreboenden, det vill säga de som har närmast kontakt med de äldre och som ansvarar för deras välbefinnande, hälsa och säkerhet. Därmed är det denna personal som i praktiken har det yttersta ansvaret för att skydda och värna de personer som bor på äldreboenden. Eftersom de som bor på äldreboende i regel är mycket gamla och sjuka utgör de en högriskgrupp för att drabbas av allvarlig sjukdom om de blir smittade av covid-19. Dessutom har dödligheten i covid-19 varit hög för denna grupp såväl i Sverige som i andra länder. Av dessa skäl har pandemin fått särskilt stora konsekvenser för både boende och personal på äldreboenden.

I Sverige har hanteringen av pandemin i relation till äldreomsorgen kritiserats från flera håll. Coronakommissionen, som på regeringens uppdrag utvärderade nationella, regionala och kommunala åtgärder som vidtagits för att begränsa spridningen av covid-19, menar att den svenska regeringen var alltför långsam och återhållsam i sina åtgärder i början av pandemin och därför misslyckades med att skydda den äldre befolkningen (SOU 2020:80). Inspektionen för vård och omsorg (IVO) pekade på brister i början av pandemin i både regionens och kommunernas hantering av vård och behandling på äldreboen-

den (IVO, 2020b). Till en början saknades riktlinjer för användning av skyddsutrustning och därefter rådde brist på skyddsutrustning på många håll i landet (SOU 2020:80). En av de mest uppmärksammade åtgärderna är det nationella besöksförbudet på äldreboende som infördes i april 2020 och varade i 6 månader. Coronakommissionen menar dels att beslutet fattades för sent, dels att det borde ha omprövats med kortare intervaller med tanke på de stora sociala konsekvenser besöksförbud medför (SOU 2020:80).

Coronakommissionen menar också att ett orimligt stort ansvar för att förebygga och hantera smittan har lagts på äldreomsorgens baspersonal, det vill säga undersköterskor och vårdbiträden (SOU 2020:80). Studier som genomfördes under pandemin visar att denna yrkeskategori upplevt en stor psykosocial belastning i form av oro för att bli smittad eller att smitta andra och en ökad arbetsbelastning på grund av personalbrist (se t.ex. Rücker m.fl., 2021; Stålö m.fl., 2021).

Även andra personalgrupper på äldreboenden har haft nyckelroller i arbetet med att hantera pandemin. Sjuksköterskors arbete har intensifierats när de boende blivit sjuka. De har också upplevt att de lämnats ensamma med det medicinska ansvaret då läkare inte funnits på plats (Boström m.fl., 2020; Klinga & Uvhagen, 2021; Stålö m.fl., 2021). Chefer på äldreboenden har haft stora utmaningar genom sitt övergripande ansvar för verksamheten. De har ställts inför svåra vägval vid implementering av riktlinjer om smittskydd för att garantera såväl personalens säkerhet som omsorgskvaliteten för de boende, till exempel när och hur undantag från besöksförbudet skulle göras (IVO, 2020c; Region Stockholm, 2020a).

Den tillgängliga kunskapen om hur pandemin påverkat äldreboenden i Sverige bygger till stor del på studier av de förhållanden som rådde i början av pandemin, däribland Coronakommissionens rapport som publicerades i slutet av 2020. Till skillnad från dessa studier belyser vi hur verksamheten på olika äldreboenden påverkats över tid och vilka konsekvenser pandemin fått på längre sikt. Rapporten ger också en fördjupad bild av hur riktlinjer och åtgärder implementerats samt vilka konsekvenser det fått för personalens arbete och de äldres vård och omsorg. Vi har intervjuat tre personalgrupper som alla har erfarenhet av två års arbete på äldreboenden under covid-19-pandemin och därmed kunskap om hur pandemin påverkat verksamheten: 1) om-

sorgspersonal som arbetar med att ge praktiskt, socialt och emotionellt stöd till de som bor på äldreboende, 2) sjuksköterskor som ansvarar för medicinska bedömningar och insatser samt 3) enhetschefer med ansvar för både omsorgspersonalens arbetssituation och omsorgens kvalitet.

Rapportens resultat kan ge underlag till vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra förutsättningarna att hantera framtida pandemier och andra utbrott av smittspridning. Rapporten synliggör även hur pandemins inverkan på äldreomsorgen väcker frågor om vilka resurser och vilken kompetens som behövs för att ge omvårdnad av god kvalitet till äldre personer med omfattande vård- och omsorgsbehov som bor på äldreboende.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att belysa olika personalgruppers erfarenheter av hur covid-19-pandemin hanterats på äldreboenden i Stockholm. Vad kan vi lära oss av det som hänt vad gäller både policy och praktik?

Frågeställningarna är:

1. Vilka var förutsättningarna för att hantera pandemin? Vilken vägledning och vilka resurser fanns respektive saknades?
2. Vilka åtgärder vidtogs under pandemin för att hindra smittspridning? Hur upplevde personalen att det var att genomföra dessa åtgärder?
3. Vilka konsekvenser fick pandemin för personalen och för de boendes vård och omsorg? Vilka prioriteringar och dilemman ställdes enhetschefer och personal inför?

Rapportens disposition

Sammanfattningen och inledningen följs av ett bakgrundskapitel där vi beskriver äldreboenden i Sverige och den personal som arbetar där. Vi beskriver också de åtgärder som nationella och lokala myndigheter vidtog under pandemin och som påverkade äldreboendenas verksamhet. Därefter följer en kunskapsöversikt över nationell och internationell forskning om pandemins påverkan på äldreboenden. Den nationella delen kompletteras med lokala rapporter och myndighetsrapporter. Sedan redogör vi för studiens metod och presenterar studiens resultat

i form av fyra fallbeskrivningar, en för varje äldreboende. Slutligen presenterar vi våra slutsatser och jämför dem med tidigare forskning. Vi diskuterar också vad vi kan lära oss av studiens resultat vad gäller både policy och praktik.

Bakgrund

Äldreboenden i Sverige

I Sverige är äldreomsorgen ett kommunalt ansvar som regleras av socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Kommunen har ansvar för att det finns boendeformer för äldre personer som inte kan bo kvar i den egna bostaden även om de får hjälp i hemmet. Socialstyrelsen benämner dessa boenden som särskilt boende för äldre, men på kommunal nivå förekommer olika benämningar. I Stockholms stad kallas de för vård- och omsorgsboende. I folkmun används ofta äldreboende och det är även den benämning vi använder. Det finns flera olika typer av särskilda boendeformer för äldre. En viktig distinktion är den mellan så kallade korttidsboenden för rehabilitering och utredning, och permanenta boendeformer som tillhandahåller vård och omsorg dygnet runt. Vi har studerat permanenta boendeformer och beskriver här hur de organiseras och bemannas.

Kommunerna kan välja om äldreboendena i kommunen ska drivas i egen regi och/eller av privata utförare. Kommunen är dock alltid ytterst ansvarig för äldreomsorgen även om den utförs i privat regi. För att kunna flytta till ett äldreboende behöver den äldre ansöka hos kommunens socialtjänst. Kommunalt anställda biståndshandläggare tar emot ansökan, utreder den äldres behov och beslutar om äldreboende ska beviljas eller inte.¹

1. Detta förutsätter att kommunpolitikerna har delegerat rätten att fatta sådana beslut till handläggarna. Det förekommer också att handläggarnas chef fattar beslut utifrån underlag från handläggarna.

Individens rätt till äldreomsorg regleras av Socialtjänstlagen som är utformad som en ramlag, vilket ger kommunerna stort tolkningsutrymme. Enligt biståndsparagrafen ska individen tillförsäkras en skälig levnadsnivå genom det stöd denne får, men vad skälig levnadsnivå är definieras inte för att ge utrymme åt kommunerna att anpassa insatserna (Prop. 1979/80:1). Därmed kan standarden för skälig levnadsnivå variera, både inom och mellan kommuner, beroende på kommunens ekonomi (Dunér, 2020). I landet som helhet har en kraftig åtstramning av äldreomsorgen skett under de senaste decennierna, trots att ambitionsnivån vad gäller skälig levnadsnivå inte ändrats (Szebehely & Trydegård, 2014). Sedan år 2000 har antalet platser på äldreboende minskat med över en fjärdedel och andelen av den äldre befolkningen (80 år och äldre) som bor på äldreboende har minskat kraftigt (Szebehely, 2020). Det minskade antalet äldreboendeplatser har inneburit att det krävs allt mer omfattande vård- och omsorgsbehov dygnet runt för att beviljas en plats. Äldre personer bor därför kvar hemma allt längre, och när de väl flyttar in på äldreboende är de sjukare än boende var förr om åren. Många har svår demenssjukdom eller är multisjuka. Följden av denna utveckling är att boendetiderna har minskat, det vill säga de boende dör snabbare efter inflyttning (Schön m.fl., 2016; Socialstyrelsen, 2012). Var femte person som flyttar in på äldreboende avlider inom ett halvår och hälften avlider inom ett och ett halvt år (Socialstyrelsen, 2020c).

I dag bor omkring 80 000 personer över 65 år på ett äldreboende.² Genomsnittsåldern vid flytt till äldreboende är 86 år och mediantiden för hur länge man bor på äldreboende är 770 dagar, alltså cirka två år och en månad. I Stockholm är genomsnittsåldern för flytt till äldreboende något högre, 87 år, och mediantiden för hur länge man bor på äldreboende är 609 dagar, omkring ett år och åtta månader (Socialstyrelsen, 2021b). Variationen i boendetid är dock stor, vilket avspeglar den variation av behov som finns på äldreboenden – vissa behöver palliativ vård redan när de flyttar in medan andra har behov av sociala aktiviteter och stimulans under flera års tid.

Äldreboendenas utformning förändrades genom Äldrereformen år 1992 då kommunerna tog över ansvaret för sjukhem och långvårdskli-

2. Under pandemin minskade antalet som bodde på äldreboende något, men ökade igen mot slutet av 2021 (Socialstyrelsen, 2021b; 2022e).

niker från landstinget. De storskaliga institutionerna med flerbäddsrums ersattes av småskaliga äldreboenden med ambitionen att vara hemlika och betona omsorgens sociala innehåll. Ädelreformen markerar därmed övergången från en medicinsk till en social omsorgsmodell, sett till de politiska ambitionerna (Storm, 2018). Marta Szebehely beskriver dessa ambitioner på följande sätt: Äldreboenden är »byggda och organiserade för att människorna som bor där ska leva ett så normalt liv som möjligt. Moderna äldreboenden är inte institutioner; de har inte sjukhuset utan det privata hemmet och livet i familjen som förebilder. De omsorgspolitiska ambitionerna med äldreboenden [...] är att de ska vara platser där människor med omfattande omsorgsbehov så långt som möjligt får leva och umgås på samma villkor som i det vanliga samhället« (Szebehely, 2020, s. 8).

De äldre personerna hyr en egen lägenhet på äldreboendet som utgör deras hem. Där har de samma grundläggande fri- och rättigheter som andra medborgare. Enligt Socialtjänstlagen ska äldreomsorgen bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet. Insatser inom äldreomsorgen får inte vidtas mot den enskildes vilja utan ska bygga på frivillighet. Tvångs- och begränsningsåtgärder – som vidtas mot en enskild persons vilja och/eller begränsar dennes rörlighet – är med andra ord inte tillåtna. Enstaka undantag kan göras om det finns en allvarlig och överhängande fara för den boendes liv och hälsa (Socialstyrelsen, 2013; Socialstyrelsen, 2022c). Socialstyrelsen har dock konstaterat att tvångs- och begränsningsåtgärder som inlåsning inte är tillåtna för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar som covid-19. Istället rekommenderas förebyggande arbete och arbetssätt för att lösa situationen på ett mindre ingripande sätt (Socialstyrelsen, 2022a).

Lägenheter på äldreboenden har både badrum och kök eller pentry. Vid inflyttning är lägenheten i regel utrustad med en säng, men möbleras i övrigt med den äldres egna möbler. Ofta finns också gemensamhetsutrymmen för måltider och samvaro som delas av ungefär åtta till tolv lägenheter (SKR, 2022). I ett och samma äldreboende finns normalt flera enheter eller avdelningar. Det finns inte någon samlad förteckning över hur stora äldreboendena i Sverige är, men den genomsnittliga storleken har uppskattats till omkring 47 platser (Szebehely, 2020). Det finns olika inriktningar för äldreboenden och de vanligaste är demens och somatisk omvårdnad. Det är också vanligt

att äldreboenden har avdelningar med demensinriktning respektive somatisk inriktning.

Vård och omsorg på äldreboenden finansieras i huvudsak av kommunalskatt, men en mindre del finansieras av den egenavgift som de äldre betalar (ca fem procent av den totala kostnaden för äldreomsorgen). Egenavgiften, som gäller omsorg och kommunal hälso- och sjukvård på boendet, är inkomstrelaterad upp till en nationellt reglerad maxtaxa³ på omkring 2 000 kronor (Socialstyrelsen, 2022b). Därutöver betalar personen även hyra för lägenheten och en avgift för måltider (SKR, 2022).

Delat ansvar mellan kommun och region för hälso- och sjukvård

Kommunerna har ansvar för viss hälso- och sjukvård för äldre enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). För äldreboendena innebär det att kommunerna är huvudmän för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå upp till och med sjuksköterskenivå, medan regionerna ansvarar för primärvård på läkarnivå. Läkarsatserna på äldreboende kan utföras antingen av den enskildes läkare från primärvården eller av en läkarorganisation som anlitas av boendet. Förutom de sjuksköterskor som är del i det dagliga arbetet på äldreboendena ska kommunerna också ha en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS (Socialstyrelsen, 2014). Privata utförare kan ha en egen anställd MAS eller använda kommunens (Socialstyrelsen, 2017). En kommunanställd MAS har ett särskilt ansvar för den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet och patientsäkerhet. Vanligen arbetar MAS med att upprätta rutiner för kommunens hälso- och sjukvård, samt kvalitetsuppföljning, tillsyn och beslut om anmälningar enligt lex Maria (Socialstyrelsen, 2014).

Personal på äldreboende

De största personalgrupperna på äldreboende utgörs av undersköterskor följt av vårdbiträden. De kallas gemensamt för omsorgspersonal och sköter den dagliga omvårdnaden av de boende. Arbetet

3. Maxtaxan regleras som en andel av prisbasbeloppet, se Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) kap. 8.

som undersköterska eller vårdbiträde är kvinnodominerat, omkring 90 procent av omsorgspersonalen på äldreboende är kvinnor. En ökande andel av omsorgspersonalen inom äldreomsorgen (dvs. både hemtjänsten och äldreboenden) är utrikesfödda. År 2020 var 38 procent födda utanför Sverige, majoriteten utanför Europa (Strandell, 2022). Det är också en relativt stor andel av äldreomsorgens personal som har tidsbegränsade anställningar eller som är deltidanställda. Uppgifter från år 2018 visar att över 60 procent av personalen inom hemtjänsten och på äldreboenden var deltidanställd och över 30 procent var tidsbegränsat anställd (Kommunal, 2018).

Arbetet som undersköterska eller vårdbiträde innefattar att hjälpa de boende med förflyttningar, på- och avklädning, hygien och måltider. Det inbegriper också att hjälpa till med promenader och sociala aktiviteter, matlagning och städning samt olika former av dokumentation och kontakter med anhöriga. Det är också vanligt att personalen dagligen ger tröst och emotionellt stöd till de boende (Stranz, 2013). På vardagar är bemanningen i genomsnitt 3,3 boende per omsorgspersonal. På helgerna är den lägre, 4 boende per omsorgspersonal, och på nätter betydligt lägre (Socialstyrelsen, 2019b). IVO har under många år påtalat brister i bemanningstätheten nattetid på äldreboenden och framhållit att det ökar risken för onödigt lidande för de äldre. Oro, rädsla och olyckor riskerar att öka hos äldre när de inte får kontakt med personal när de behöver (IVO, 2020a).

Generellt sett har undersköterskor både längre utbildning inom vård och omsorg och mer formell kompetens än vårdbiträden, men i praktiken arbetar de med samma uppgifter (SOU 2019:20; Stranz, 2013). Omkring 20 procent av personalen på äldreboende saknar adekvat utbildning (Socialstyrelsen, 2019b). Undersköterskor har vanligen en utbildning inom vård och omsorg, antingen från en vuxenutbildning eller från gymnasiet. Innehållet i dessa utbildningar varierar dock eftersom det i nuläget inte finns några nationella kompetenskrav eller någon reglerad examen. I en utredning om stärkt kompetens i vård- och omsorgsarbete konstateras utbredda brister i både omsorgskompetens och medicinsk kompetens bland de som genomgått undersköterskeutbildning. Utöver detta förekommer bristande språkkunskaper, vilket påverkar kommunikation, dokumentation och förmåga att bedöma och förmedla brukares behov (SOU 2019:20). Dessa brister har lett fram till åtgärderna att höja kvaliteten på undersköterskeutbildningen

och göra undersköterska till en skyddad yrkestitel från och med 2023. Socialstyrelsen ska bli utfärdare av bevis (Socialstyrelsen, 2022d).

På äldreboenden arbetar också ett mindre antal sjuksköterskor som ansvarar för såväl medicinska bedömningar och insatser som att ge stöd och handledning till omsorgspersonalen (SOU 2020:80). De kan ha sin anställning på ett eller flera boenden eller en bemanningstjänst. Antalet sjuksköterskor i äldreomsorgen har minskat under 2000-talet trots att behovet är stort (Socialstyrelsen, 2022e). I genomsnitt går det 25 boende per sjuksköterska på vardagar och 166 på helger (Socialstyrelsen, 2019b). På kvällar och nätter finns sjuksköterskor sällan på plats på äldreboenden, då används istället mobila resurser som täcker flera olika boenden (SOU 2020:80). Med stöd av regionen arbetar sjuksköterskor också tillsammans med arbetsterapeuter och fysioterapeuter, bland annat med grundläggande medicinsk behandling, förebyggande arbete och rehabilitering för de boende (Socialstyrelsen, 2019a).

Ett äldreboende har en eller flera chefer. De som har det närmaste ansvaret för den operativa verksamheten, så kallade första-linjen-chefer, benämner vi i denna rapport för enhetschefer. Enhetschefer har ansvar för personal, budget, omsorgskvalitet och samverkan med andra verksamheter (Dellve & Williamsson, 2022; Socialstyrelsen, 2021a). Den vanligaste utbildningsbakgrunden bland chefer i äldreomsorgen (både hemtjänst och äldreboende) är socionom, sociala omsorgsprogrammet eller sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2021a).

Enhetschefers arbete karaktäriseras av att de befinner sig mellan medarbetarna de ansvarar för och äldreboendets ledning. Arbetsgivare, personal, anhöriga och boende har alla förväntningar på enhetschefernas arbete; förväntningar som inte alltid är kompatibla med varandra (Antonsson, 2013). Enhetschefer upplever ofta konflikter och dilemman vad gäller att förena olika värderingar: å ena sidan att hålla budget och göra ekonomiska prioriteringar, å andra sidan att upprätthålla god omsorgskvalitet och se till personalens arbetsvillkor och välmående. Den politiska och strategiska ledningen lägger också stort ansvar på enhetschefer att bedriva utvecklingsarbete och realisera politiska mål, ofta utan att ange hur det ska gå till (Håkansson, 2022; Dellve & Jendebj, 2022; Dellve & Wolmesjö, 2016). Ytterligare en svårighet för enhetschefer i äldreomsorgen är kombinationen av hög administrativ börda och att förväntas vara närvarande i verksamheten (Antonsson, 2013). Enhetschefer har dessutom ansvar för fler medarbetare än andra

chefer i kommunal sektor. En undersökning av Socialstyrelsen visar att enhetschefer på äldreboende i genomsnitt ansvarar för omkring 50 medarbetare, i genomsnitt fler på privata än på kommunala boenden. En fjärdedel av cheferna ansvarar för mer än en enhet eller ett äldreboende (Socialstyrelsen, 2021b).

En studie av omsorgspersonalens arbetsvillkor på äldreboenden mellan 2005 och 2015 visar att arbetsbördan har ökat: de har fler att hjälpa under ett arbetspass på dagtid, de har mer att göra och arbetet har blivit tyngre och mer utmattande. År 2005 hjälpte de i genomsnitt 8,6 boende på dagtid på vardagar, jämfört med cirka 10,1 boende år 2015. Nattpersonalen hjälper dubbelt så många, i genomsnitt 21,8 personer. Under tidsperioden har andelen som uppger att de oftast har för mycket att göra ökat från 40 till 50 procent. Även andelen som uppger att de arbetar underbemannat i stort sett varje dag har ökat, liksom andelen som i princip alltid känner sig kroppsligt trött eller psykiskt uttröttad efter arbetsdagens slut. Dessutom har andelen som överväger att sluta ökat från 40 till 50 procent (Szebehely m.fl., 2017). I linje med dessa forskningsresultat visar en enkät som Kommunal genomfört med förtroendevalda inom äldreomsorgen att 92 procent av dessa anser att bemanningen är för låg. Resultat från samma enkät tyder också på att det finns undersköterskor som är tillgängliga för tillsvidareanställningar inom äldreomsorgen men bara ges tidsbegränsade vikariat (Klingberg Hjort, 2022).

Även sjuksköterskor arbetar under stark tidspress och drabbas i hög grad av arbetsrelaterade problem som psykisk och fysisk utmattning (Josefsson, 2012). Sjuksköterskor som arbetar på äldreboende har ofta stort ansvar men lite inflytande över resurser (Andersson & Hjelm, 2017; Karlsson m.fl., 2009). Eftersom antalet sjuksköterskor är få är de beroende av ett fungerande samarbete med omsorgspersonalen. En källa till stress för sjuksköterskor är bristande kommunikation, liksom att uppleva att omsorgspersonalen inte har tillräcklig kompetens för arbetet, att dokumentationen är bristfällig och att rutiner inte följs (Andersson & Hjelm, 2017). Tidigare studier visar att sjuksköterskor känner sig ensamma i sitt ansvar för den medicinska omvårdnaden och saknar stöd från såväl enhetschefer som läkare (Karlsson m.fl., 2009; Josefsson & Hansson, 2011). De anser också att läkare och sjukhuspersonal har för höga förväntningar på vården som bedrivs på äldreboenden och saknar förståelse för att äldreboenden inte har samma resurser

för medicinsk omvårdnad som sjukhus har (Karlsson m.fl., 2009).

Sammantaget visar forskning att personal och enhetschefer inom äldreomsorgen allt sedan 1990-talet fått ett tyngre och mer omfattande uppdrag med allt större ansvar för mer sköra och sjuka äldre än tidigare. Detta samtidigt som den politiska styrningen satt fokus på äldreomsorgens kostnader med krav på nedskärningar i budget. Denna utveckling har också samspelat med försämringar i arbetsmiljön för både enhetschefer och personal samt ökade svårigheter att balansera krav och resurser (Westerberg & Nordin, 2021).

Pandemins utveckling och myndigheternas agerande

Nationella och lokala myndigheter vidtog en rad åtgärder under pandemin som påverkade äldreboendena. På nationell nivå var det främst regeringen och Folkhälsomyndigheten som spelade en framträdande roll i den nationella pandemihanteringen, och för äldreomsorgen var även Socialstyrelsen och IVO betydelsefulla aktörer. För att ge en bakgrund till äldreboendenas förutsättningar att hantera pandemin det första respektive andra året, beskriver vi i detta avsnitt ett urval av de åtgärder som vidtogs nationellt, men också lokalt i Region Stockholm och Stockholms stad. Vi inleder med att beskriva hur pandemin utvecklades avseende smittspridning.

Från den 1 februari 2020 då covid-19 klassades som en allmänfarlig sjukdom till att klassificeringen upphörde 1 april 2022 kan fyra större smittvågor identifieras på nationell nivå:⁴

- › Första vågen: omkring mars till juni 2020 med en topp i april sett till IVA-vårdade och avlidna.
- › Andra vågen: omkring november 2020 till januari 2021 med en topp i december 2020 för både bekräftade fall och avlidna.
- › Tredje vågen: mars till april 2021 med en topp i april för bekräftade fall.

4. Uppgifterna om smittvågorna baseras på statistik från Folkhälsomyndigheten (2022b) som visar antal IVA-vårdade, antal bekräftade fall och antal avlidna. Då kapaciteten för testning varierade under pandemin har detta mått inte varit lämpligt för att beskriva samtliga smittvågor. Dödligheten till följd av smitta varierade också under perioden, liksom förekomsten av fall på IVA. Därför har olika mått använts för att fånga de förändringar i smittspridning som framträder av statistiken.

- › Fjärde vågen: december 2021 till februari 2022 med en topp för antal bekräftade fall i januari 2022.

Den 1 februari 2020, i samband med det första bekräftade fallet av covid-19 i Sverige, beslutade regeringen att klassa covid-19 som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2022b). Lite mer än en månad senare, under första och andra veckan i mars 2020, observerades smitta på äldreboende i Region Stockholm (Region Stockholm, 2020a). Sveriges första bekräftade dödsfall med covid-19 inträffade under andra veckan i mars (SOU 2020:80). Vid denna tid vidtog myndigheterna ett antal åtgärder i syfte att hindra smittspridning, vilka fick konsekvenser för äldreboendena. Den 13 mars bedömde Folkhälsomyndigheten att risken för samhällsspridning var hög och lyfte behovet av att skydda den äldre befolkningen. Anhöriga rekommenderades att undvika onödiga besök på sjukhus och äldreboenden. Personal inom vård och äldreomsorg uppmanades att stanna hemma vid symtom på förkylning eller influensa (Folkhälsomyndigheten, 2020b; 2022a). Karensavdraget slopades, vilket innebar att anställda kunde få ersättning även för första sjukdagen. Lagen om sjuklön ändrades tillfälligt genom att kravet på läkarintyg efter sjunde sjukskrivningsdagen togs bort (Regeringen, 2022).

I mars 2020 gav regeringen Socialstyrelsen uppdraget att sprida information om coronaviruset till all personal inom socialtjänstens verksamhetsområde, säkerställa tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial samt ansvara för fördelning och omfördelning av material mellan huvudmännen. Flera olika myndigheter gav under pandemin ut rekommendationer för vilken skyddsutrustning som skulle användas och i vilka situationer. Rekommendationerna förändrades ett flertal gånger och olika myndigheters rekommendationer var inte alltid överensstämmande (SOU 2020:80).

Redan innan pandemin fanns föreskrifter för basala hygienrutiner (SOSFS 2015:10) som bland annat innefattar instruktioner för handhygien och vilken basal skyddsutrustning – arbetskläder, skyddskläder och handskar – som ska användas vid arbetsmoment där det finns risk för överföring av smitta. Utöver detta fanns Arbetsmiljöverket föreskrifter (AFS 2018:4) som anger att arbetsgivaren ska se till att personal har tillgång till engångshandskar och visir inom verksamheter där man

riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor, och andningsskydd vid risk för luftburen smitta.⁵

Den första rekommendationen om skyddsutrustning specifikt inriktad på covid-19 kom från Folkhälsomyndigheten i januari 2020. I början av mars 2020, när smittan upptäcktes på äldreboende, hade denna rekommendation ändrats sju gånger och uppgav då att vårdpersonal skulle använda vätskeavvisande munskydd tillsammans med visir eller skyddsglasögon i vårdsituationer (SOU 2020:80). Denna rekommendation ersattes senare samma månad då Folkhälsomyndigheten angav att ögon, näsa och mun ska skyddas mot stänk vid arbetsmoment som innebär risk för kontakt med kroppsvätskor. I juni skärpte Folkhälsomyndigheten rekommendationen och angav att visir alltid ska kombineras med munskydd.

Utöver Folkhälsomyndighetens rekommendationer har även regionala smittskyddsenheter gett rekommendationer om vilken skyddsutrustning som skulle användas. I december 2020 fattade Smittskydd Stockholm i Region Stockholm ett beslut om att all personal inom vård och omsorg skulle använda munskydd och visir under ett arbetspass (Stålö m.fl., 2021). Vidare gav Vårdhygien Stockholm ut ett dokument som beskrev vilken skyddsutrustning som skulle användas i olika situationer vid omhändertagande av patient med misstänkt eller konstaterad covid-19-infektion. Detta dokument kom i sex versioner mellan juli 2020 och februari 2022 (Region Stockholm, 2022).

Risken för brist på vårdplatser på sjukhus fick Region Stockholm att besluta om ett styrande regelverk för patientflöden mellan vårdgivare. Detta skedde i mars 2020 med en uppdatering i maj 2020. Enligt Region Stockholm var syftet med detta regelverk att tydliggöra olika aktörers roller och ansvar samt att säkerställa att de svårast sjuka skulle få tillgång till akutsjukhusens resurser. För äldreboenden innebar detta att sjuka äldre i huvudsak skulle vårdas på boendet med stöd av ordinarie medicinsk kompetens. Vid behov skulle äldreboenden få stöd från avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) för att kunna utföra mer avancerad medicinsk behandling på plats. Läkare skulle dock först göra en individuell bedömning av det medicinska behovet och nyttan av vårdinsatsen innan beslut om sjukhusvård fattades (Region Stockholm, 2020b).

5. Det var länge oklart på vilka sätt covid-19 smittade.

Coronakommissionens kartläggning av samtliga regioners riktlinjer för prioriteringar – vilka patienter som skulle få sjukhusvård – visar att Region Stockholm hade det mest restriktiva regelverket (SOU 2020:80). Regionens regelverk från mars 2020 angav att personer skulle prioriteras för sjukhusvård utifrån en särskild skörhetsskala, som enligt Coronakommissionen innebar att »knappast någon person i ett särskilt boende tillhör de prioriterade kategorierna» (SOU 2020:80, s. 21).

Under våren 2020 kom också en rad olika vägledningar från olika myndigheter med exempel på arbetssätt för att minska smittspridning inom vård och omsorg. Socialstyrelsen lanserade nya webbutbildningar om basala hygienrutiner riktade till personal inom såväl kommuner som regioner (SKR, 2020), och gav ut ett kunskapsstöd med förslag på anpassningar som den kommunala hälso- och sjukvården kunde göra i arbetet under pandemin (Socialstyrelsen, 2020b). Folkhälsomyndigheten gav ut skriften *Exempel på åtgärder för att minska smittspridningen av covid-19 på särskilda boenden för äldre* (Folkhälsomyndigheten, 2020a). I maj 2020 publicerade IVO *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre* (IVO, 2020c), som är en sammanfattning av faktorer och exempel som de granskade verksamheterna lyft fram som viktiga för att minska smittspridning.

Den 18 mars 2020 fattade Stockholms stad ett beslut om besöksstopp på kommunens alla äldreboenden. Flera boenden som bedrivs i privat regi eller på entreprenad hade beslutat om besöksstopp några veckor tidigare. Ett besöksstopp utgör inte ett förbud mot besök, utan en stark rekommendation och vädjan att avstå från besök (Stålö m.fl., 2021).

Det tillfälliga nationella besöksförbudet på äldreboende (SFS 2020:979) trädde i kraft 1 april 2020, men på många håll i landet infördes lokala besöksrestriktioner redan innan det nationella förbudet (Regeringen, 2022). Det nationella förbudet tillät vissa undantag från förbudet vid särskilda omständigheter, till exempel om den verksamhetsansvarige bedömde att risken för smittspridning på boendet var liten (SFS 2020:979). Ungefär tre månader senare kom Socialstyrelsen med allmänna råd som förtydligade vilka omständigheter som kunde motivera undantag från förbudet, exempelvis besök hos boende i livets slutskede (HSLF-FS 2020:41). Besöksförbudet sträckte sig ursprungligen till 30 juni 2020 men kom att förlängas till och med 30 september,

vilket innebär att det gällde i 6 månader. I september 2020 bedömde Socialstyrelsen att besöksförbudet kunde upphöra efter den 30 september, (Socialstyrelsen, 2020a), och tog i samband med detta fram föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre (HSLF-FS 2020:46). Här angavs vilka åtgärder verksamheterna skulle vidta vid anhängigbesök för att begränsa risken för smittspridning.

Det nationella besöksförbudet upphörde den 1 oktober, men några veckor senare gav regeringen Folkhälsomyndigheten möjlighet att förbjuda besök på särskilda boenden för äldre i ett län eller delar av län. Den 3 december beslutade Folkhälsomyndigheten om besöksförbud i en rad svenska kommuner, däribland Stockholms stad. Beslutet för Stockholms stad förlängdes i tre omgångar och gällde till och med 23 februari 2021 (Stockholm stad, 2022). Den 31 maj 2021, strax efter att den tredje vågen avtagit, upphörde möjligheten för kommuner att hemställa till Folkhälsomyndigheten om att tillfälligt förbjuda besök på särskilda boenden för äldre. Verksamheterna fick istället vidta anpassade åtgärder för att säkerställa smittsäkra besök enligt föreskriften HSLF-FS 2020:46 (Folkhälsomyndigheten, 2022b).

Sammanfattningsvis hade äldreboenden i Stockholms stad, efter det inledande besöksstoppet på omkring 2 veckor, olika former av tillfälliga besöksförbud som gällde i nästan 9 månader (först 6 månader – följt av 2 månaders uppehåll – och därefter ytterligare nästan 3 månader).

Ungefär samtidigt som den andra vågen nådde sin topp i slutet på 2020 godkändes det första vaccinet mot covid-19 i Sverige. De första doserna gavs till personer på särskilda boenden för äldre (Folkhälsomyndigheten, 2022b). Vaccinationerna fortsatte under 2021 och 2022 då äldre personer erbjöds en andra, tredje och fjärde dos vaccin. Den 1 april 2022 upphörde covid-19 att klassas som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2022a).

Kunskapsöversikt

Covid-19 slog till i olika omfattning i olika länder och i olika skeden. I Sverige drabbades en del äldreboenden i pandemins inledande fas, medan andra inte fick in någon smitta alls under det första året (Broms m.fl., 2021; Lundberg, 2021). Detta innebär att äldreboendens förutsättningar – vad gäller tillgång till information och möjlighet att förbereda sig – skiljer sig åt, vilket sannolikt påverkat personalens upplevelser och erfarenheter. Syftet med kunskapsöversikten är att ge en bild av vad internationell och nationell forskning på området visar. Den nationella forskningen kompletteras med lokala rapporter och myndighetsrapporter för att ge en mer nyanserad bild av situationen i Sverige.

Information och kommunikation

Den svenska Coronakommissionen konstaterar att det vid pandemins inledning saknades förberedelser och handlingsplaner för äldreomsorgen, både på nationell myndighetsnivå och på lokal nivå (SOU 2020:80). I flera lokala rapporter vittnar personal vid svenska äldreboenden om att de fått olika budskap från olika aktörer, att de haft svårt att hänga med i informationsflödet, och att de varit osäkra på hur informationen ska tolkas (Klinga & Uvhagen, 2021; KPMG, 2020; Stålö m.fl., 2021; Västra Götalandsregionen, 2020). Chefer och sjuksköterskor har varit osäkra på om personal tagit till sig informationen och menar att detta kan bero på bland annat bristfälliga språkkunskaper eller bristande tilltro till myndigheternas information (Boström m.fl., 2020; Klinga & Uvhagen, 2021; Västra Götalandsregionen, 2020).

Den internationella forskningen ger en liknande bild; studier belyser

att det i den inledande delen av pandemin rådde stor osäkerhet kring rutiner för att minska och kontrollera smittspridning (Spilsbury m.fl., 2021). Även senare under pandemin fanns en osäkerhet om hur allmänna eller generella direktiv och anvisningar skulle tolkas (Nyashanu m.fl., 2022). Avsaknad av mer konkreta anvisningar för hur direktiv ska omsättas i praktiken, till exempel gällande skyddsutrustning, testning, smittsäkra besök och undantag för besöksrestriktioner, har medfört att rutinerna har skiljt sig åt bland äldreboenden i ett och samma land (Geugten m.fl., 2022; Hanna m.fl., 2022). Studier pekar även på att det varit svårt att kommunicera anvisningar och direktiv internt och att nå ut till nattpersonal på äldreboenden (Yau m.fl., 2021). Det finns dock undantag, personal som tycker att de fick bra och tydlig information från chefer och sjuksköterskor, både muntligt och skriftligt (Hoedl m.fl., 2022). En norsk studie lyfter fram att chefers kommunikation underlättades av en app som all personal hade i sin telefon (Lyng m.fl., 2021).

Hygienrutiner och skyddsutrustning

I pandemins inledande skede rådde det brist på fullständig skyddsutrustning vid många svenska äldreboenden. Viss skyddsutrustning, som handskar, plastförkläden och desinfektion, tycks ha funnits på plats, medan munskydd, visir och skyddsglasögon antingen saknades eller inte räckte till (Boström m.fl., 2020; Kabir m.fl., 2020; Klinga & Uvhagen, 2021; Rücker m.fl., 2021; Stålö m.fl., 2021). Enligt lokala rapporter från både Göteborg och Stockholm kunde privata äldreboenden göra effektiva inköp och därmed få snabbare tillgång till full skyddsutrustning, än boenden i kommunal regi som var bundna av upphandlingsregler (KPMG 2020; Stålö m.fl., 2021).

Bristen på skyddsutrustning i början av pandemin var inte unik för Sverige. Liknande problem har rapporterats från många länder och har bland annat relaterats till problem med tillverkning och logistik samt att sjukvården har prioriterats framför äldreboenden (Geugten m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2021; SOU 2020:80).

Införandet av nya rutiner och användning av skyddsutrustning skapade ett behov av utbildning och träning för personalen (Hoedl m.fl., 2022). Chefer och sjuksköterskor lade också ner tid på att kontrollera att skyddsutrustningen användes rätt och att personalen inte hamst-

rade skyddsutrustning av rädsla för att den skulle ta slut (Hoedl m.fl., 2022; Lyng m.fl., 2021). En kanadensisk studie visar att nattpersonal fick mindre information och träning än personal som arbetade dagtid (Yau m.fl., 2021). Nya rutiner medförde ibland ett behov av ändringar i den fysiska miljön, till exempel ordna särskilda lokaler för byte av skyddskläder och för att lära ut och träna på olika procedurer relaterade till smittskydd (Lyng m.fl., 2021). En svensk studie av hemtjänsten under pandemin visar att instruktioner för nya rutiner kring hygien och skyddsutrustning var svåra för personalen att ta till sig och omsätta i praktiken. De skriftliga instruktionerna var alltför långa och krångliga för personal som arbetar under stark tidspress. Dessutom var de standardiserade och utgick från sjukhusmiljöer; de var inte anpassade till arbete i vanliga hem som saknar de utrymmen som sjukhus har för att kunna följa hygienrutiner (Dellve & Skagert, 2022).

Utökade hygienrutiner och användning av full skyddsutrustning, så kallad PPE (*personal protective equipment*), har ökat personalens arbetsbörda. Ytterligare arbetsuppgifter har tillkommit i form av övervakning av symtom hos de boende samt städning och desinfektion av olika utrymmen (Hanna m.fl., 2022; Hoedl m.fl., 2022). Arbetet har tagit längre tid för all personal eftersom skyddsutrustningen har bytts ut efter vård och omsorg av varje boende. En del av de boende har reagerat negativt på skyddsutrustningen varför personalen lagt vikt vid att förklara och påminna om varför de använder skyddsutrustning, något som också ökat tidsåtgången. En del av personalen har fått olika besvär av att använda munskydd eller skyddsmask, bland annat utslag i ansiktet och hosta. De har även fått eksem på händer av den intensifierade handhygien (Hoedl m.fl., 2022). Liknande problematik noteras i en svensk rapport, som också visar att kommunikationen med kollegor och boende har försvårats av munskydd och visir (Johansson & Fjällström, 2021).

Social distansering och besöksrestriktioner

För att motverka smittspridning införde många länder regler om social distansering och besöksrestriktioner på äldreboenden under våren 2020 (Hugelius m.fl., 2021). Dessa regler innebar i många fall att familj och vänner liksom externa yrkesgrupper som fysioterapeuter, arbetsterapeuter och hårfrisörer inte fick besöka äldreboenden (Chen

m.fl., 2020; Dichter m.fl., 2020; Geugten m.fl., 2022; Verbeek m.fl., 2020). I Sverige rådde ett nationellt besöksförbud mellan 1 april och 31 september 2020 (Lood m.fl., 2021), som övergick i lokala rekommendationer om säkra besök, till exempel att använda munskydd och träffas utomhus. Först i april 2021 rekommenderade Folkhälsomyndigheten att återinföra gemensamma aktiviteter på äldreboenden och att tillåta de vaccinerade att uppsöka platser utanför äldreboendet, exempelvis för att träffa anhöriga eller besöka serviceinrättningar (Winblad m.fl., 2021).

Besöksrestriktioner infördes på olika sätt i olika länder och med lokala variationer inom respektive land. Dessutom förändrades de över tid. Av dessa skäl är det svårt att ge en fullständig bild av hur de tillämpades. Dock står det klart att besöksförbudet i Sverige varade längre än i flera andra länder (SOU 2020:80). I bland annat Nederländerna och delar av Tyskland tillät man – efter två månaders totalt besöksförbud – enstaka besökare under kontrollerade former (Dichter m.fl., 2020; Geugten m.fl., 2022; Leontowitsch m.fl., 2021; Verbeek m.fl., 2020).

Parallellt med att besöksrestriktioner infördes på äldreboenden i många länder, introducerades även regler om social distansering. De innebar att gruppaktiviteter och gemensamma måltider endast fick genomföras om det var möjligt att hålla 1,5–2 meters avstånd mellan deltagarna (Dichter m.fl., 2020; Geugten m.fl., 2022; Kaelen m.fl., 2021; Keller m.fl., 2021; Leontowitsch m.fl., 2021; Verbeek m.fl., 2020). Lokala svenska rapporter visar att social distansering genomfördes på olika sätt på olika äldreboenden, och att det varierade över tid. Exempelvis upphörde gruppaktiviteter och gemensamma måltider helt i perioder på vissa platser, medan andra ibland ordnade gruppaktiviteter i mindre grupper på samma avdelning och med större avstånd (Klinga & Uvhagen, 2021; KPMG, 2020; Smittskydd Västra Götaland, 2020; Stålö m.fl., 2021).

KONSEKVENSER FÖR DE BOENDE

Trots att besöksrestriktioner varierat i längd och omfattning är forskningen enig om att det haft stor negativ påverkan på många som bor på äldreboende. Redan när besöksrestriktionerna trädde i kraft varnade forskare för att allomfattande besöksrestriktioner skulle få negativa hälsokonsekvenser, baserat på tillgänglig kunskap om att social isolering och ensamhet kan leda till för tidig död, eskalering av kognitiva

besvär och så vidare (Plagg m.fl., 2020). Enligt ett flertal studier som genomfördes under pandemin har personal och anhöriga upplevt att besöksrestriktioner i kombination med social distansering på äldreboende minskat de äldres livskvalitet (Jacobsen m.fl., 2021; Sizoo m.fl., 2020; Vries m.fl., 2022), samt försämrat de äldres fysiska och psykiska hälsa, kognitiva förmåga, aptit och näringsintag (Frahse m.fl., 2020; Hugelius m.fl., 2021; Jacobsen m.fl., 2021; Leontjevas m.fl., 2021; Paananen m.fl., 2021; Roest m.fl., 2020; Sizoo m.fl., 2020). Svenska rapporter visar att färre aktiviteter i kombination med uteblivna besök medfört ökad ensamhet, nedstämdhet och oro bland de boende (Stålö m.fl., 2021). Några studier lyfter fram att personer med svår demenssjukdom inte tycks ha reagerat lika negativt på besöksrestriktioner. I vissa fall har de till och med reagerat positivt på att boendemiljön blivit lugnare (Leontjevas m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2021; Sizoo m.fl., 2020).

Olika studier ger olika bild av hur relationen mellan de boende och personalen har påverkats. Enligt vissa studier har personalen fått mer tid för personlig kontakt med de boende när besök och aktiviteter blivit inställda (Leontjevas m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2021). Andra studier indikerar att personal, åtminstone i perioder, minskat sina sociala kontakter med de boende av rädsla för att sprida smitta (Hoedl m.fl., 2022). Det framkommer även att personal ibland gjort undantag från påbud om social distansering för att bevara de äldres psykiska hälsa, till exempel genom att krama om dem (Geugten m.fl., 2022).

Några studier behandlar personliga upplevelser av att leva på äldreboende under pandemin och belyser bland annat att de äldre har känt sig avskärmade från samhället och att isoleringen liksom avsaknaden av aktiviteter medfört att deras fysiska och kognitiva förmåga försämrats (Chee, 2020; Kaelen m.fl., 2021; Leontowitsch m.fl., 2021; Lood m.fl., 2021). De har upplevt att de fråntagits sin autonomi och att de inte fått tillräckligt med information (Kaelen m.fl., 2021; Lood m.fl., 2021). I en studie från Belgien uppger några att de känt sig diskriminerade då deras frihet begränsats mer än andras (Kaelen m.fl., 2021). Många har också saknat sina anhöriga och saker som anhöriga brukar ta med sig, som tidning, blommor och nya kläder (Chee, 2020; Lood m.fl., 2021). De uteblivna besöken från anhöriga har ökat deras beroende av personalen för sociala kontakter, varför samtal med personalen har varit viktiga för välmåendet (Leontowitsch m.fl., 2021; Lood m.fl., 2021). Samtidigt har de visat en medvetenhet om att det är brist på

personal och att personalen har hög arbetsbelastning (Chee, 2020). Intervjuer på ett svenskt äldreboende visar att de boende inte velat störa personalen genom att ta upp deras tid med samtal eller be om att få gå en promenad (Lood m.fl., 2021).

En studie av svenska första-linjen-chefer visar att arbetet med omsorgskvalitet och inflytande minskat under pandemin – fokus har istället legat på smittskydd och säkerhet (Dellve & Williamsson, 2022). Flera studier som behandlar konsekvenser av besöksförbud och annan social distansering betonar att psykisk hälsa måste vägas in mer i policybeslut, att sociala kontakter måste möjliggöras för personer som bor på äldreboenden samt att äldre personer och deras anhöriga borde få vara med och bestämma om de ska träffas eller inte och ges möjlighet att påverka policybeslut (Kaelen m.fl., 2021; Leontowitsch m.fl., 2021; Lood m.fl., 2021; Vries m.fl., 2022).

KONSEKVENSER FÖR PERSONALEN

Den internationella forskningen på området visar att social distansering och besöksrestriktioner förändrat personalens arbetssituation på flera sätt. Personal på äldreboende har försökt att kompensera för uteblivna gruppaktiviteter, till exempel genom att organisera utomhusaktiviteter (Lyng m.fl., 2021). De har också till viss del tagit över arbetsuppgifter som tidigare legat på andra yrkesgrupper, som att organisera fysiska aktiviteter, dock inte med samma kvalitet och intensitet som tidigare (Frahsa m.fl., 2020). Personalen har på olika sätt försökt kompensera för uteblivna besök från anhöriga, bland annat genom att i högre utsträckning vara ett emotionellt stöd till de boende (Hanna m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021). Många äldreboenden har hjälpt till med att arrangera videosamtal mellan boende och anhöriga. Detta har dock försvårats av hög arbetsbelastning och begränsad tillgång till den teknik som krävs.

Av såväl internationella forskningsöversikter som svenska lokala rapporter framgår att anhörigas ökade oro och behov av information har ökat personalens arbetsbelastning (Hugelius m.fl., 2021; Klinga & Uvhagen, 2021; Palacios-Cena m.fl., 2021; Rücker m.fl., 2021; Stålö m.fl., 2021). När besöksrestriktionerna tillåtit besök under förutsättning att social distans upprätthållits har personalen ägnat tid åt att skapa säkra mötesplatser, organisera besök och kontrollera att anhöriga använder skyddsutrustning och håller avstånd (Lyng m.fl., 2021).

I samband med att besöksförbudet på äldreboenden upphörde i Sverige kom Socialstyrelsen ut med föreskrifter för hur besök kan genomföras på ett säkert sätt (HSLF-FS 2020:46). IVO granskade hur dessa efterlevdes och bedömde att följsamheten var god. De vanligaste åtgärderna som äldreboenden i Sverige vidtog var att utse besöksvårdar; inrätta besöksstationer med tillgång till handtvätt, handsprit och munskydd; organisera föranmälda besök; inrätta besökstider; anpassa lokaler för att undvika trängsel. IVO framhåller att besöksrutinerna tagit tid från personalen, samtidigt som det ibland varit brist på personal på grund av sjukdom. Det har också förekommit konflikter med besökare som inte velat följa råd och rekommendationer eller använda skyddsutrustning (IVO, 2021a; 2021b; 2021c). En del äldreboenden vidtog åtgärder för att genomföra smittsäkra besök, till exempel utomhus, redan innan besöksförbudet upphörde (Stålö m.fl., 2021).

Bemanning

Den krisartade situationen på äldreboenden i många länder har länkats till strukturella brister i äldreomsorgen, som många års underfinansiering (OECD 2020). Äldreboenden var generellt sett lågt bemannade före pandemin, vilket medverkade till att bemanningen av äldreboenden runt om i världen var en stor utmaning under pandemin (Chu m.fl., 2021). Stor sjukfrånvaro bland personalen har ökat den närvarande personalens arbetsbelastning och påverkat kvaliteten på omsorgen negativt (Palacios-Cena m.fl., 2021). Lokala svenska rapporter belyser att Sverige följer det internationella mönstret. Många äldreboenden har drabbats av periodvis hög sjukfrånvaro som tros ha berott på både sjukdomssymtom och rädsla hos personalen (Klinga & Uvhagen, 2021; KPMG, 2020; Smittskydd Västra Götaland, 2020; Stålö m.fl., 2021; Västra Götalandsregionen, 2020). På enskilda äldreboenden har sjukfrånvaron ibland varit så hög att det bara funnits vikarier som arbetat på vissa avdelningar (Klinga & Uvhagen, 2021).

De åtgärder som vidtogs under pandemin ökade behovet av omsorgspersonal. Ett exempel är kohortvård, när sjuka och smittade boende separeras från friska (Palacios-Cena m.fl., 2021; Verbeek m.fl., 2020). En vanlig åtgärd var att hålla olika grupper av omsorgspersonal separerade från varandra, så att varje person bara arbetade på en avdelning (Verbeek m.fl., 2020). Även svenska lokala rapporter

belyser att det funnits en ambition att hålla personalgrupper separerade från varandra (Klinga & Uvhagen, 2021; KPMG, 2020; Smittskydd Västra Götaland, 2020; Stålö m.fl., 2021). Detta har dock varit svårt att upprätthålla på grund av personalbrist (Klinga & Uvhagen, 2021; Lundberg, 2021). En svensk studie av bemanningen på kommunala äldreboenden under pandemin lyfter fram att tillgången på personal påverkat möjligheten att begränsa smittspridningen; författarna exemplifierar med kohortvård där personalbehovet ökat från 5 till 18 personer på en avdelning (Lundberg, 2021).

På grund av hög sjukfrånvaro och brist på utbildad personal samt ett påtagligt ökat behov av personal, har äldreboenden ibland behövt rekrytera personal från andra branscher (Chu m.fl., 2021; Lundberg, 2021; Lyng m.fl., 2021). I en kanadensisk provins snabbutbildades arbetslösa för att utföra icke-medicinsk omsorg som att assistera vid måltider, koordinera virtuella besök och sysselsätta de boende (Chu m.fl., 2021). I Sverige införde flera kommuner högre grundbemanning i form av både fasta tjänster och långa vikariat, bland annat genom att rekrytera arbetslösa utan omsorgsutbildning och erfarenhet. En del äldreboenden slutade helt att använda timvikarier på grund av att de ansågs kunna sprida smitta eftersom de ofta arbetar på flera arbetsplatser, medan andra äldreboenden valde att använda vissa timvikarier i högre utsträckning. Att en del av personalen varit nyanställd och oerfaren har medfört att den ordinarie personalen som känner brukare och är insatta i rutiner har fått ta ett stort ansvar och i många fall arbetat extra pass, vilket chefer menar har utgjort en risk för deras hälsa (Lundberg, 2021).

Vård av sjuka

En åtgärd som vidtagits för att minska smittspridning på äldreboenden såväl i Sverige som i andra länder är kohortvård av smittade. Detta innebär att smittade boende isoleras från icke smittade, antingen i sin lägenhet eller på en särskild avdelning där de får sin omvårdnad av särskilt avdelad personal (Verbeek m.fl., 2020). Kohortvård som bedrivs genom att smittade isoleras i sin egen lägenhet kräver mer personal eftersom den personal som vårdar den eller de smittade inte får arbeta med andra boende. I svenska lokala rapporter framkommer att kohortvården varit svår att bemanna, i synnerhet under perioder

av hög sjukfrånvaro (Region Stockholm, 2020a; Stålö m.fl., 2021).

Flera lokala svenska rapporter uppmärksammar att det är svårt att isolera personer med demens som har svårt att förstå instruktioner och som vill röra på sig (Klinga & Uvhagen, 2021; KPMG, 2020; Rücker m.fl., 2021; Smittskydd Västra Götaland, 2020; Stålö m.fl., 2021). I en norsk studie framkommer goda erfarenheter av att använda rörelsedetektorer för att uppmärksamma omsorgspersonalen på om en isolerad person närmar sig en utgång (Lyng m.fl., 2021). En annan strategi, som använts av Stockholms stad, är att flytta personer som är svåra att isolera till korttidsboenden som bemannas med särskild personal (Stålö m.fl., 2021). Särskilda covid-avdelningar eller boenden kan potentiellt ha fördelen att det går att etablera särskilda covid-team som arbetar med smittade (Lyng m.fl., 2021). Kohortvård vid annan avdelning innebär dock att den äldre måste flytta från allt hen är van vid; lägenheten, personalen och grannarna (Dichter m.fl., 2020).

IVO konstaterade allvarliga brister i det medicinska omhändertagandet på äldreboende under pandemin, bland annat att sjuka äldre inte alltid fått en individuell bedömning av läkare eller sjuksköterska (IVO, 2021c). Läkare har inte alltid kommit till äldreboendena på fysiska besök. Sjuksköterskor har saknat läkares stöd och även haft svårigheter att nå läkare på telefon i akuta lägen (Arén m.fl., 2022). I en enkätundersökning som genomfördes sommaren 2020 uppger sjuksköterskor att läkare sällan eller aldrig var på plats för bedömningar och beslut vid misstänkt eller bekräftad covid-19. I samma enkät framkommer att sjuksköterskor tvingades göra medicinska bedömningar utan att kunna konsultera läkare. Nästan hälften av sjuksköterskorna (46 procent) uppger att möjligheterna för god medicinsk vård påverkades i stor utsträckning (Boström m.fl., 2020).

Region Stockholm beslutade i mars 2020 att fler personer än normalt skulle vårdas på äldreboende för att värna om sjukhusens resurser. I en utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin framkommer att sjuksköterskornas ansvar och arbetsbelastning ökade när omfattningen av medicinsk behandling eskalerade och att den samlade kompetensen på äldreboenden inte alltid var i nivå med uppdraget (Stålö m.fl., 2021).

Vård i livets slutskede för personer som bor på äldreboende påverkades negativt i många länder under pandemin (Spacey m.fl., 2021). En god vård i livets slut innefattar vårdplanering, symtomlindring och

att få vara tillsammans med sina närstående. Besöksrestriktioner under pandemin minskade närståendes möjligheter att delta i vårdplanering och spendera tid med den döende. Även läkare och palliativa team närvarade i mindre utsträckning (Spacey m.fl., 2021; Strang m.fl., 2020). Studier visar att personal på äldreboende inte alltid haft tid att vaka vid den döende och att de fått överta vissa sjukvårdsuppgifter, bland annat dödförklara och ge mediciner (Spacey m.fl., 2021). Under pandemics första månader i Sverige undersöktes färre boende av läkare under de sista levnadsdagarna, konsultation av palliativt team skedde i lägre grad och den sjukes behov av smärtlindring bedömdes mer sällan (Martinsson m.fl., 2021). IVO pekade på likande brister under pandemin, till exempel att inte alla fått adekvat medicinering på grund av brist på sjuksköterskor, och att äldreboendena haft svårt att avvara omsorgspersonal till att vaka hos de döende (IVO, 2021c). Av de som dog i covid-19 på äldreboende under första månaderna av pandemin hade endast 13 procent någon familjemedlem närvarande, och hela 39 procent dog helt ensamma (Strang m.fl., 2020). Lokala svenska rapporter visar att äldreboenden gjort undantag från besöksförbudet och låtit anhöriga besöka svårt sjuka och döende personer, samtidigt som det varit svårt att bedöma när och hur undantag skulle göras (Klinga & Uvhagen, 2021; Region Stockholm, 2020a; Smittskydd Västra Götaland, 2020; Stålö m.fl., 2021).

Påverkan på arbetet och personalens reaktioner

Den internationella forskningen om personalens situation under covid-19-pandemin är samstämmiga – personalens arbetsbelastning ökade (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Briggs m.fl., 2021; Giebel m.fl., 2021; Leontjevas m.fl., 2021), likaså stressen (Briggs m.fl., 2021; Lethin m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2021). En svensk studie av sjuksköterskors arbetssituation under pandemin visar att arbetsbelastningen var mycket hög på grund av deras ansvar för många boende och för omsorgspersonalens arbete. En källa till stress var att omsorgspersonalen inte alltid hade tillräcklig kunskap för att klara arbetet under pandemin (Arén m.fl., 2022). En undersökning av äldreboendepersonal i Stockholms stad visar också att personalen periodvis arbetade såväl med högre intensitet som fler och längre pass än normalt, med begränsade möjligheter till återhämtning mellan passen (Stålö m.fl., 2021).

Personalen har också erfårit en stor emotionell belastning. En aspekt av den belastningen har varit oro för att själv bli smittad och att smitta andra, till exempel den egna familjen eller de boende (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Nyashanu m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021). Oklara direktiv och förändringar i den information som gick ut ökade stressen och oron (Nyashanu m.fl., 2022). Personal på äldreboenden i olika länder har också upplevt stor sorg. Många har i ökad utsträckning exponerats för död och döende utan tillräckligt stöd att bearbeta detta (Geugten m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021; Spacey m.fl., 2021). Personal har upplevt maktlöshet och skuld känslor över att inte veta hur de skulle hjälpa de äldre som insjuknade innan behandling och vaccin fanns på plats (Rücker m.fl., 2021). Även besöksrestriktioner har fört med sig en ökad emotionell belastning, dels för att personalen försökt kompensera för uteblivna besök genom att ge känslomässigt stöd till de äldre (Hanna m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021), dels för att restriktionerna skapat konflikter mellan personal, boende och chefer (Palacios-Cena m.fl., 2021).

Även svenska rapporter visar att chefer och omsorgspersonal haft en påtaglig oro, både för att smittas själva och för att smitta boende eller egna anhöriga (Region Stockholm, 2020a; Stålö m.fl., 2021). Oron bland personalen har inneburit att chefernas arbete med att informera, utbilda och stötta personal blivit mer tidskrävande, särskilt när personal saknat tillit till verksamhetens rådande riktlinjer och rekommendationer (Region Stockholm, 2020a).

Studier visar att personal på äldreboenden utsatts för etisk stress när de på grund av olika åtgärder som vidtagits för att minska smittspridning inte kunnat ge en omsorg som de anser varit tillräcklig för de äldres fysiska och psykiska hälsa (Bunn m.fl., 2021; Hanna m.fl., 2022; Keller m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2021). Det har till exempel handlat om att inställda aktiviteter påverkat de äldres hälsa och välmående på ett negativt sätt och att besöksförbudet utsatt de äldre för stora påfrestningar (Geugten m.fl., 2022). Detta har medfört att omsorgspersonal och sjuksköterskor upplevt lägre tillfredsställelse med sitt arbete (Hanna m.fl., 2022; Arén m.fl., 2022).

De påfrestningar som personalen utsatts för har också skapat en stolthet över att klara av situationen, och göra ett viktigt arbete (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Hanna m.fl., 2022). Utmaningarna har skapat sammanhållning i personalgrupper (Leontjevas m.fl., 2021;

Palacios-Cena m.fl., 2021; Rücker m.fl., 2021), vilket kunnat utgöra en viss motvikt till påfrestningarna (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Navarro Prados m.fl., 2022). Stöd från chefer har också varit betydelsefullt. Att chefer varit närvarande på arbetsplatsen och inte arbetat på distans har varit viktigt för informationsspridning och organisering av arbetet, men också haft en symbolisk betydelse för personalen (Hanna m.fl., 2022; Rücker m.fl., 2021). En svensk studie visar att första-linjen-chefer hade bättre möjligheter att vara närvarande i verksamheten och att arbeta nära sina medarbetare under pandemin, eftersom många möten och utvecklingsprojekt ställdes in. Studien visar också att chefer kände stolthet över sina medarbetare och tacksamhet för deras insatser under pandemin (Dellve & Jendeby, 2022).

Metod

Syftet med denna rapport är att belysa olika personalgruppers erfarenheter av hur covid-19-pandemin hanterats på äldreboenden i Stockholm. Studien undersöker vilka förutsättningarna var för att hantera pandemin, vilka åtgärder som vidtogs under pandemin för att hindra smittspridning samt vilka konsekvenser pandemin fick för personalen och för de boendes vård och omsorg. För att undersöka detta genomförde vi en fallstudie av fyra äldreboenden i Stockholms stad; vi intervjuade enhetschefer och sjuksköterskor samt omsorgspersonal – undersköterskor och vårdbiträden – på respektive äldreboende. Dessutom samlade vi in uppgifter om äldreboendenas storlek och bemanning samt lokalernas utformning.

Urval

Region Stockholm är den region i Sverige som drabbats hårdast av pandemin och som haft den högsta dödligheten i covid-19 på äldreboenden (SOU 2020:80). Det finns dock stora variationer i hur stor utsträckning äldreboenden drabbats av smitta och under vilka perioder. Med Stockholms stad som utgångspunkt för urval av äldreboenden var det möjligt att fånga erfarenheter av att hantera utbrott av smitta på äldreboende under ett tidigt skede av pandemin och samtidigt visa på en bredd av erfarenheter inom samma kommun. Det var dock inte möjligt att göra ett urval av boenden utifrån smittspridningens omfattning eftersom dessa uppgifter inte var tillgängliga. För att få en variation av erfarenheter eftersträvade vi att inkludera äldreboenden i stadsdelar med olika socioekonomisk karaktär samt äldreboenden i både kommunal och privat regi.

För att komma i kontakt med äldreboenden använde vi kontaktpersoner i Stockholms stad och hos större privata utförare och sammanställde en lista över äldreboenden. För att kunna fånga olika erfarenheter inkluderades endast äldreboenden som har avdelningar med inriktning på både demensvård och somatisk vård. Ytterligare en avgränsning var att exkludera äldreboenden med färre än 50 lägenheter utifrån ett antagande om att det skulle bli lättare att rekrytera intervjupersoner från äldreboenden med fler anställda. Utifrån denna förkortade lista valde vi ut ett antal äldreboenden i kommunal och privat regi i olika delar av staden.

Våra kontaktpersoner vidarebefordrade vår förfrågan om att medverka i studien och kontrollerade att minst en chef och en sjuksköterska arbetat på boendet sedan pandemins början. Tre av de äldreboenden som tillfrågades kunde inte medverka på grund av att de inte uppfyllde kriteriet om att ha personal som arbetat sedan pandemins början. Ett boende tackade nej till att medverka på grund av hög arbetsbelastning. I dessa fall gick vi vidare med att fråga andra boenden på listan. Denna process resulterade i att fyra äldreboenden – två i kommunal regi och två i privat regi – i olika stadsdelar i Stockholms stad, medverkade i studien.

Datainsamling

Att vi genomfört en fallstudie innebär att vi utforskat de fyra äldreboendena från olika perspektiv. Vi har intervjuat representanter för olika personalgrupper som utifrån sina olika roller och ansvarsområden kan ha skilda erfarenheter av pandemin samt av de åtgärder som vidtagits och hur de fungerat. Vi har också samlat in bakgrundsuppgifter om varje äldreboende och gjort vissa observationer av lokalernas utformning. Ingen data som gäller observationer av enskilda personer har samlats in.

INTERVJUER

Inledningsvis etablerades en kontakt med en chef på varje äldreboende. Denna person tillfrågades om att medverka i en intervju och ombads skicka vidare en förfrågan till sjuksköterskor och undersköterskor/vårdbiträden om att medverka i studien. För varje äldreboende eftersträvades att intervjua en chef och en sjuksköterska samt undersköterskor/vårdbiträden som dels arbetar på olika avdelningar (demens och

Tabell 1. Intervjuade personer (SSK = Sjuksköterska, USK/VB = undersköterska/vårdbiträde).

	Chef	SSK	USK/VB demens- avdelning	USK/VB somatisk avdelning	USK /VB tim- anställd	USK/VB natt	Totalt
Kommunalt boende 1	1	1	1	1	–	–	4
Kommunalt boende 2	1	1	1	1	1	1	6
Privat boende 1	1	1	1	1	1	–	5
Privat boende 2	1	1	1	1	1	1	6

somatisk), dels har olika anställningsform (ordinarie personal⁶ och timvikarie) och dels arbetar olika tider på dygnet (dag och kväll/natt). Vi eftersträfvade också att intervjupersonerna skulle ha arbetat på äldreboendet sedan pandemins början. Det var inte möjligt att intervju personal i samtliga kategorier vid alla äldreboenden eftersom personal som arbetat under pandemin slutat eller tackade nej till att medverka. Sammanlagt genomfördes 21 intervjuer, varav fyra på Kommunalt boende 1, sex på Kommunalt boende 2, fem på Privat boende 1, och sex på Privat boende 2 (se tabell 1).

INTERVJUPERSONER

De intervjuade cheferna hade varit chefer på det aktuella boendet i 2 till 6 år, men alla besatt betydligt längre erfarenhet än så genom att de arbetat som chefer inom social omsorg mellan 15 och 35 år. Tre av cheferna har en socionomutbildning som grund och en är utbildad sjuksköterska. Sjuksköterskorna som intervjuades hade arbetat på det aktuella äldreboendet mellan 3 och 16 år och deras yrkeserfarenhet

6. Ordinarie personal avser fast anställd personal eller personal med långtidsvikariat som arbetar enligt schema.

sträckte sig från 5 till 19 år.⁷ Totalt intervjuades elva undersköterskor och två vårdbiträden. Deras erfarenhet av arbete inom äldreomsorgen sträckte sig mellan 2 år och över 40 år, och på det aktuella boendet hade de arbetat mellan drygt 1 år och 20 år. Tre av de intervjuade, en timanställd undersköterska, ett timanställt vårdbiträde och en sjuksköterska, påbörjade sin anställning på det aktuella äldreboendet under pandemin, övriga arbetade på samma boende under hela pandemin. Av intervjupersonerna var 17 kvinnor och 4 män.

INTERVJUERNAS GENOMFÖRANDE

Intervjuerna ägde rum i mars och april 2022. Samtliga intervjuer genomfördes i ett avskilt rum på intervjupersonernas arbetsplatser, med undantag för en intervju som gjordes via telefon.

Intervjuerna hade en semistrukturerad karaktär och utgick från en intervjuguide med fyra teman: förutsättningar, åtgärder, konsekvenser och lärdomar. Samma intervjuguide användes vid alla intervjuer. Intervjupersonerna uppmanades att prata fritt utifrån en introducerande fråga i varje tema, och därefter ställdes följdfrågor om de aspekter som intervjupersonen inte nämnt spontant. De inledande öppna frågorna gjorde det möjligt att vara följsam med intervjupersonernas egna berättelser, samtidigt som följdfrågorna innebar att samma ämnen täcktes i alla intervjuer. Intervjuerna var omkring 30 till 90 minuter långa med en genomsnittlig intervjulängd på 51 minuter.

ÖVRIG DATAINSAMLING

För att öka förståelsen för varje äldreboendes förutsättningar att hantera pandemin har vi även samlat in bakgrundsuppgifter om äldreboendenas storlek (antal avdelningar och lägenheter), bemanning och lokalernas utformning. Denna information har tillhandahållits av chefer genom ett skriftligt ifyllt formulär. Den skriftliga informationen har kompletterats med observationer av äldreboendenas lokaler i samband med intervjuerna. Observationerna har använts för att kontextualisera de fallbeskrivningar som vi presenterar i rapporten. Uppgifterna om äldreboendenas bemanning och storlek presenteras också i fallbeskrivningarna för att ge en bild av hur stort boendet är och personalens arbetssituation.

7. Uppgift saknas om en person.

Analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades därefter tematiskt i två steg. I det första steget läste vi igenom alla intervjuer och kodade dem för att identifiera uttalanden relaterade till: 1. förutsättningar för att hantera pandemin, 2. åtgärder som vidtogs, 3. konsekvenser för personal och 4. konsekvenser för de boende. Kodningen innebar att vi markerade de delar av intervjuutskriften som gällde dessa fyra teman. Därefter gick vi vidare med att lägga samman de intervjuer som tillhörde ett och samma äldreboende för att få en helhetsbild av händelseförloppet på just det äldreboendet. I detta skede använde vi även anteckningar om de olika äldreboendenas lokaler och de insamlade bakgrundsuppgifterna för att kontextualisera personals berättelser. Denna del av analysen redovisas som fallbeskrivningar i rapportens resultatdel. I fallbeskrivningarna finns citat från dem vi intervjuade som illustrerar händelseförlopp och upplevelser. För att öka läsbarheten av dessa citat har vi genomfört vissa redigeringar, till exempel har vi tagit bort vissa upprepningar och utfyllnadsord. Dessa ändringar har dock inte påverkat innebörden i citaten.

I det andra steget analyserade vi likheter och skillnader mellan olika äldreboenden. I detta steg fokuserade vi på att besvara studiens tre frågeställningar. Det är denna del av analysen som ligger till grund för de slutsatser som redovisas i rapportens avslutande del.

Forskningsetiska överväganden

Studien har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2021-05464-01). De som intervjuades fick skriftlig och muntlig information om studien, vad intervjuerna kommer användas till, att de kommer spelas in och hur det inspelade materialet kommer förvaras. Vidare fick de information om att det är frivilligt att delta och att de har rätt att avbryta sin medverkan. Intervjupersonerna fick också möjlighet att ställa frågor om studien innan samtycke inhämtades.

I denna rapport använder vi pseudonymer när vi presenterar de olika äldreboendena. För att äldreboendena inte ska bli igenkännbara har vi valt att inte uppge vilka stadsdelar de är belägna i. Av samma anledning redovisar vi inte heller det exakta antalet lägenheter, avdelningar och våningsplan för varje äldreboende. Boendena har mellan

fem och sju avdelningar fördelade på två till fyra våningar. För att ge läsaren en uppfattning om boendenas storlek uppger vi det ungefärliga antalet platser för varje boende. Eftersom intervjuerna genomförts på intervjupersonernas arbetsplatser kan det vara känt bland chefer och kollegor vilka som deltagit. I rapporten har vi dock bemödat oss om att inte redovisa uppgifter som gör att enskilda personer kan identifieras. Det innebär bland annat att vi inte uppgett intervjupersonens kön – vi kallar alla för hen – och att vi avrundat uppgifter om antal år i yrket och antal år på det aktuella äldreboendet istället för att uppge exakt antal år.

Metodreflektioner

Syftet med att genomföra en fallstudie var att få en djupare inblick i ett fåtal verksamheter, snarare än att få en mer översiktlig bild av många verksamheter. Fallstudiedesignen lyfter fram komplexitet genom att belysa olika perspektiv på ett händelseförlopp (jfr Simons, 2014). Olika personalgrupper har, utifrån sina olika roller, olika erfarenheter av pandemin och vilka konsekvenser den haft för äldreboendenas verksamheter. Genom att inkludera tre olika yrkesgrupper – enhetschefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal – som alla befinner sig i omsorgens vardag, har vi fått en mer nyanserad bild än vad som åstadkommits om enbart en personalgrupp inkluderats. Studien har dock inte omfattat all personal som arbetar på äldreboenden, till exempel inkluderas inte samordnare och administratörer eller fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Trots detta har bredden av perspektiv från de personalgrupper vi intervjuat gett oss förutsättningar att belysa både gemensamma och särskiljande erfarenheter inom respektive boende, liksom att i rapportens resultatdel presentera dessa erfarenheter i ett sammanhang. Genom att inkludera flera boenden blir det också möjligt att skildra både skillnader och likheter i erfarenheter mellan boenden inom samma kommun.

Datainsamlingen för studien genomfördes efter två år av pandemi. Detta innebär att intervjupersonerna inte alltid kunnat minnas alla detaljer från den första tiden med pandemin. Samtidigt har den tid som förflutit gjort det möjligt för dem att reflektera över vad som förändrats och utvecklats under tidens gång. Detta har gett oss möjlighet att belysa erfarenheter både från det initiala skedet av pandemin och

över tid. Intervjupersonerna har också kunnat delge sina erfarenheter av olika åtgärder samt vilka konsekvenser de fått på kort och lång sikt.

Samtliga boenden som ingått i studien finns i Stockholm, som haft en stor smittspridning. Ändå visar våra fallbeskrivningar att de olika äldreboendena haft olika omfattning på smittspridningen, vilket gör att det finns en variation även inom vårt urval. Det är också troligt att det finns likheter i erfarenheter mellan kommuner med olika smittspridning, till exempel när det gäller den första tidens okunskap om hur viruset skulle hanteras och besöksförbudet som angick alla äldreboenden i landet oavsett det lokala smittläget.

Det urval vi gjort kan ha fått konsekvenser för resultatet. Urvalskriteriet – att chefer och sjuksköterskor hade arbetat på respektive äldreboende sedan pandemins början av pandemin – medför att vi fått en bild av händelser som skett under hela pandemin. Det är dock tänkbart att vi på detta sätt indirekt selekterat äldreboenden med mer stabil organisation än genomsnittet, vilket kan innebära att de haft bättre organisatoriska förutsättningar att hantera pandemin än andra äldreboenden. Trots att vi eftersträvat att få variationer i yrkeserfarenhet bland dem vi intervjuat har majoriteten en lång erfarenhet av att arbeta i äldreomsorgen. Detta kan innebära att de haft bättre individuella förutsättningar att hantera pandemin och behövt mindre stöd än personer med kort yrkeserfarenhet. Samtidigt kan det också innebära att de genom sin långa erfarenhet har en mer kritisk blick på hur omsorgen och arbetsvillkoren påverkats, jämfört med personal som inte arbetat så länge inom yrket och därför har mindre erfarenhet av hur verksamheterna fungerar under normala förhållanden.

Ambitionen med denna rapport är att genom att ta del av olika erfarenheter dra slutsatser, till exempel om vilket stöd som varit viktigt och vad som saknats samt vilka konsekvenser olika åtgärder fått, och dra lärdomar om hur vi kan bli bättre förberedda för framtiden. I rapportens avslutande kapitel diskuterar vi studiens resultat i förhållande till både internationellt publicerad forskning och olika lokala rapporter och utredningar som genomfördes under pandemin. Detta placerar rapporten i ett vetenskapligt sammanhang och synliggör vad som är specifika omständigheter för de äldreboenden vi inkluderat och vilka erfarenheter som delas av andra äldreboenden i och utanför Sverige.

Resultat

Kontext för fallbeskrivningarna

Stockholms stad är indelat i 13 stadsdelsområden med egna förvaltningar som ansvarar för bland annat äldreomsorg inom stadsdelsområdet. I Stockholms stad finns också Äldreförvaltningen som ansvarar för kommunövergripande frågor om äldreomsorg. I kommunen finns en blandning av kommunala och privata utförare av äldreboende och den som får sin ansökan beviljad har möjlighet att själv välja bland ett flertal olika boenden.

I Stockholms stad finns i huvudsak två olika särskilda boendeformer för äldre personer: servicehus och vård- och omsorgsboende. Det senare är den boendeform som är avsedd för äldre med mer omfattande behov. De 140 vård- och omsorgsboenden som Stockholm stad och dess kranskommuner erbjuder består i genomsnitt av 63 lägenheter (medianen är 54, enligt vår egen beräkning som baseras på uppgifter på Stockholms stads hemsida 2022-02-09). I Stockholms stad har äldreboendena avtal med i huvudsak två olika läkarorganisationer som står för läkarinsatserna (Stålö m.fl., 2021).

Fallbeskrivning: Kommunalt boende 1

UPPGIFTER OM ÄLDREBOENDET

Kommunalt boende 1 har omkring 70 platser, varav en tredjedel på somatisk avdelning och två tredjedelar på demensavdelning. På avdelningarna ligger lägenheter längs med båda sidor av en korridor med gemensamhetsutrymmen i mitten. Avdelningarna som är på samma

våningsplan är avskilda med dörrar och den gemensamma hisshallen. Huvudingången har två hissar och ett trapphus.

Grundbemanningen för omsorgspersonal på dagtid på vardagar är 3,6 boende per omsorgspersonal, på helger 4,2 boende per omsorgspersonal och nattetid 18 boende per omsorgspersonal. Grundbemanningen för sjuksköterskor på dagtid på vardagar är 20 boende per sjuksköterska. På helger och nattetid finns inga sjuksköterskor på plats, istället tillkallas en sjuksköterskepatrull vid behov. Ledningen består av en chef och två biträdande chefer.

INTERVJUPERSONER

På Kommunalt boende 1 har fyra personer intervjuats:

- › En chef som har haft denna befattning på äldreboendet i flera år. Hen har tidigare varit chef på andra boenden. Hen är sjuksköterska i botten och har arbetat inom äldreomsorgen i sammanlagt över 20 år.
- › En sjuksköterska som har haft denna befattning på äldreboendet i flera år. Hen har tidigare arbetat som undersköterska inom vård och omsorg.
- › En undersköterska på en demensavdelning. Hen har arbetat inom äldreomsorgen i drygt 20 år och på olika avdelningar på det aktuella äldreboendet under större delen av den tiden.
- › En undersköterska på en somatisk avdelning. Hen har arbetat på äldreboendet i mer än 10 år och dessförinnan på andra arbetsplatser inom äldreomsorg och sjukvård.

SMITTA

Det första fallet av smitta på Kommunalt boende 1 kom tidigt, i slutet av februari eller början av mars 2020. Sjuksköterskan berättar att en äldre person på boendet smittades av en anhörig, att det började som en förkylning och att den drabbade hann smitta flera andra innan de förstod vad det var. Till en början mårde kvinnan bra, men sedan vände det och förloppet gick så snabbt och dramatiskt att sjuksköterskan betecknar det »som en skräckfilm«:

De här första dagarna liksom, hon mårde så bra, jag trodde, ja men om det här är covid då är det ingen fara ... Sen efter tre fyra dagar hon fick feber och började försämrats i allmäntillstånd och dagen efter dog hon. Då var det som en skräckfilm.

Den avdelning som fick det första fallet, en demensavdelning, var hårt drabbad av smitta i början och många av de boende på avdelningen dog. Undersköterskan som arbetade på denna avdelning minns att det var skrämmande och känslomässigt påfrestande när så många dog, särskilt som personalen känt dem i många år. Dessutom kunde det gå väldigt fort, en person kunde dö dagen efter konstaterad smitta. Personalen hann inte reflektera över vad som hände. På frågan vad som var svårast att hantera i början av pandemin, svarar undersköterskan: »Att folk dog på löpande band. Man fick verkligen ... fortfarande jag kan inte ... jag fattar inte, hur kunde det hända så.« En morgon när hen kom till arbetet kom de från bårhuset för att hämta sju kroppar. Hen försökte att inte titta och tillägger: »Men det *sätter* sig liksom ...«

Fler och fler av de boende fick covid och under april 2020 var det många som dog. Enligt chefen dog nästan lika många under den månaden som på ett helt år i vanliga fall. Enligt sjuksköterskan hade de flesta som blev smittade i början av pandemin en demenssjukdom och var därför svåra att isolera. Efter de många dödsfallen i april och maj 2020 kom en behandling med kortison och blodförtunnande som gjorde att fler av dem som smittades klarade sig. Smittspridningen avtog under sommaren och hösten. Mot slutet av 2020 hade de åter några fall av smitta bland de boende.⁸ Smittan återkom ännu en gång vid årsskiftet 2021/2022 då några blev smittade men inte sjuka, till skillnad från i början då alla blev mer eller mindre svårt sjuka. Undersköterskan på den somatiska avdelningen beskriver förloppet som tre vågor, där den första vågen var tuffast eftersom de ställdes inför något nytt som de inte visste hur de skulle hantera. Den andra vågen gick bra eftersom de lärt sig hur de skulle hantera viruset. Under den tredje vågen »var det mycket lättare, vi kunde det här, det var ingenting«.

Chefen berättar att det var svårt att inte kunna svara på de anhörigas frågor i början när kunskapen om sjukdomen var bristfällig. Sjuksköterskan menar att det var tidskrävande att hantera oroliga anhöriga. Vissa dagar fick de ha en sjuksköterska som bara tog emot samtal från anhöriga. Äldreboendet fick flera IVO-anmälningar där anhöriga framförde att de inte fått information om att deras närstående på äldreboendet var dåliga. Anmälningarna var också riktade till läkare som inte skickat

8. Här avses de som redan bodde på boendet, det vill säga inte de som kom utifrån till det så kallade covid-kortidsboendet som vi redogör för längre fram.

den närstående till sjukhus. Men chefen menar att sjukdomsförloppet gick så fort att anhöriga inte hann få information om förändringarna av hälsotillståndet i tid:

Men det var många anhöriga, ett par av de som gick bort sådär jättefort, som var väldigt ... missnöjda. Och jag kan förstå det också, men jag känner att vi kunde inte ha gjort något annat. Och just att det gick jättefort. En vanlig person som dör blir ju kanske sakta sämre, och sen kan de ligga i några dagar. Det kan ju vara olika, men man är mer förberedd.

Sjuksköterskan berättar att anhöriga ville skicka sjuka närstående till sjukhus, samtidigt som det var läkarnas beslut. Läkarna var inte på plats utan tog beslut utifrån den information de fick av sjuksköterskorna och efter egna rutiner beroende på hur sjuk patienten var. Det var sjuksköterskorna som fick föra läkarnas talan inför anhöriga som ville att deras närstående skulle till sjukhus och som ifrågasatte hur läkaren kunde fatta motsatt beslut utan att ha träffat personen ifråga. Det förekom att anhöriga ringde 112 för att de ville att deras närstående skulle in till sjukhus. Sjuksköterskan menar att de hamnade i en svår situation:

Men det var svårt för anhöriga att förstå, vi fick många samtal liksom att hur kan ni besluta att min pappa, att han får inte åka in [till sjukhus] fast ingen läkare har träffat [honom]. Då stod vi mitt emellan, okej vad ska vi säga. Läkarna kommer inte, men anhöriga vill att en läkare ska träffa den närstående och ta beslut.

Undersköterskan på demensavdelningen menar att det var en »jättesvår fråga« om de skulle skicka en boende till sjukhus eller inte. I vissa fall hjälpte det inte. En boende som var dålig skickades till sjukhus, färdigbehandlades och kom tillbaka till äldreboendet och dog där efter två dagar. I andra fall var sjukdomsförloppet så snabbt att personalen inte hann skicka personen till sjukhus:

Jag ska aldrig glömma henne. Det var en tant som jag känt i så många år och kom jättenära hennes anhöriga, *älskade* henne, *älskade* henne. Om någon skulle skickas, jag skulle bära henne till sjukhuset. Men det *gick* inte liksom. [...] Det gick så fort, så fort, så fort.

I början av pandemin hände det att anhöriga varken fick eller hann komma för att ta avsked av närstående i livets slut. Omsorgspersonalen berättar att de tog sina privata telefoner och satte på kameran för

att anhöriga skulle kunna ta avsked. Om lägenheten låg på bottenvåningen förekom det att anhöriga stod utanför huset och pratade med närstående genom ett öppet fönster. Senare tilläts anhöriga komma och säga farväl. Då gick personalen ner och hämtade dem och de fick ta på sig skyddsutrustning. Men det var inte alla som valde att komma.

KUNSKAP, VÄGLEDNING OCH INFORMATION

Chefen berättar att det var mycket oro och osäkerhet bland personalen i början och frågorna var många. De saknade kunskap om sjukdomen och var osäkra på hur de skulle kunna skydda de boende och sig själva samt i förlängningen sina familjer. En av undersköterskorna berättar att rädslan för att smitta sin familj medförde att de höll avstånd inom familjen – barnen fick inte sova med hen och de åt inte tillsammans. Personalen kunde också känna skuld för att de kanske förde med sig smitta till de boende fast de inte visste om det. Personalen vände sig till sjuksköterskorna för att få svar. Sjuksköterskan berättar att det var omöjligt att svara på alla frågor. Vid det första fallet fanns i stort sett ingen vägledning för hur smittan skulle hanteras, så chefer och sjuksköterskor kom tillsammans fram till hur de skulle arbeta, utifrån befintlig kunskap. Enligt chefen använde de »sunt förnuft« vad gäller att isolera boende, följa basala hygienrutiner och inte flytta personal mellan avdelningarna. Sjuksköterskan menar att de hade behövt vägledning i hur smittsamt covid-19 var, om den var luftburen eller inte, hur mycket man skulle sprita, hur man skulle hantera den döda kroppen och vem som skulle skickas till sjukhus och inte.

Under de första två eller tre veckorna var många i personalen rädda och samarbetet fungerade inte så bra, men senare blev det mycket bättre, menar sjuksköterskan. Hen betonar betydelsen av såväl initiativen från personalen som chefernas stöd för att komma fram till hur de skulle arbeta för att stoppa smittan. Om personalen säger hen att »många var väldigt aktiva och tog initiativ och jobbade på. Många var pålästa, man läste hela tiden«. Hen ger också en positiv bild av chefernas stöd:

Jag hade alltid på morgnarna ett krismöte. Vi satt och pratade och chefen var väldigt tydlig: Jag har varit sjuksköterska, jag är en människa som ni. Kom bara med förslag, hur ska vi jobba, hur ska vi stoppa smittan i huset.

Chefen berättar att det kom mängder av information i början av pandemin, flera gånger varje dag eller varje vecka, och från flera olika aktörer, både kommunala och statliga. Till slut hann eller orkade hen inte ta till sig allt och valde att prioritera information som kom direkt från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. Stadsdelens MAS⁹ hjälpte också till med att sälla bland informationen. Sjuksköterskan berättar att de fick information från cheferna om hur de skulle arbeta och att den ändrades ofta: »Varje dag kom nya beslut, så vi hade inga fasta rutiner. [...] De [cheferna] gick efter vad Folkhälsomyndigheten råder, och vi gick efter dem.«

Chefen beskriver basala hygienrutiner som något som alla undersköterskor borde kunna och följa, men att så inte alltid varit fallet: »Så, det här med basala hygienrutiner, egentligen ska man ju alltid ha jobbat med det [...] och det gör man inte, eller det har man inte gjort.« Före pandemin brukade en hygiensjuksköterska komma från Stockholms stad en gång om året och föreläsa för personalen om basala hygienrutiner. Under ett par veckor i början av pandemin anordnade de själva genomgångar om detta varje eftermiddag, bland annat hur man skulle tvätta händerna och hur man skulle använda skyddsutrustning. Chefen informerade också via mejl flera gånger i veckan. De biträdande cheferna gick runt på avdelningarna varje dag för att se hur situationen var och berättade om det var något nytt. Så småningom var alla i omsorgspersonalen tvungna att gå webbutbildningar i basala hygienrutiner. Enligt chefen och undersköterskorna tog personalen till sig informationen eftersom de var rädda. MAS kom också och visade hur de skulle sköta hygienrutiner.

Chefen säger att de inte samverkade med andra verksamheter och att de inte heller saknade det. Äldreförvaltningen höll videomöten för alla enhetschefer i Stockholms stad varje fredag, men chefen tyckte inte att det gav något eftersom det blev upprepningar av sådant som hen redan tagit till sig.

BEMANNING

Den första tiden var det många i personalen som blev sjuka eller var hemma för att de var oroliga eller rädda. Chefen var kritisk till att personalen fick vara hemma så länge utan sjukintyg. Hen berättar att de

9. MAS är en förkortning av medicinskt ansvarig sjuksköterska.

fick »panikanställa« och inte hann lära upp all den extra personal de tog in under påsken 2020:

Då fick vi bara *panikanställa* folk. Jag och biträdande, vi satt liksom och anställde *hur många som helst* för vi behövde ha folk på golvet. [...] Det var helt *kaotiskt*, och i påsken då kom det någon sån här topp, så att vi anställde säkert tjugo tjugofem. Och då kanske det kom nya som inte kunde allt, som inte kunde rutiner... Det fanns ingen möjlighet heller att lära upp dem. Det ser jättefint ut på pappret att alla ska kunna basala hygienrutiner och hej och hå, bla, bla. [...] Men vi måste ju ha nån som duschar dem och ger dem mat på morgonen. Vi hinner inte att gå igenom och ge dem en massa utbildningar och grejer.

Ordinarie personal som var på plats arbetade mer än vanligt, särskilt i början när många var borta. De som kunde arbetade övertid, såväl omsorgspersonal som sjuksköterskor. De beskriver att de arbetade extra på helger och kvällar eller arbetade från sju på morgonen till nio på kvällen. De ställde upp eftersom de ville finnas till hands för de äldre och kände att de behövdes. Undersköterskan på demensavdelningen berättar hur ansvaret för de boende ställdes mot risken att bli smittad:

Jag var ledig den dag när de testade positiv en boende. Och nästa dag jag börjar mitt pass klockan ett och då kommer jag och kliver ut från hissen. Och då stoppar vår ansvariga sjuksköterska mig och säger, vänta, vill berättat att en är positiv. Och jag tänkte bara hur mitt hjärta bubblar, delvis att jag är i riskgrupp själv [...]. Och jag tänkte bara nej, nu vänder jag och går *hem, verkligen*. Så min chef föreslog att jag kan byta avdelning under den tiden. Men då sa jag nej, jag måste fundera först. [...] Jag satt så här och tänkte, nej nej nej nej, du måste kämpa, du ska jobba, du har valt det här yrket, du ska vara till hands.

Undersköterskan på den somatiska avdelningen minns första gången hen fick information om viruset av chefer och i medier, och när boende började dö. Då blev hen rädd och ville inte komma till arbetet. Hen berättar hur rädslan för viruset gjorde att ingen i personalen ville arbeta med boende som var smittade: »Först vi var rädda, *alla* var rädda, ingen vågade gå in. Men till sist vi sa *nej*, vi jobbar som undersköterskor, vi har kunskap, vi *måste* gå in.«

Enligt chefen tvingades eller beordrades aldrig någon att arbeta med smittade, vilket bekräftas av undersköterskan. De tog in ny personal för

att ersätta ordinarie personal som var frånvarande, men de tog också in extra personal och hyrde in sjuksköterskor. Bristen på personal innebar dels att de saknade extrapersonal till alla som var dåliga, dels att det inte alltid fanns någon som kunde »sitta vak« hos boende i livets slut. Men om någon var dålig fick denne mer tillsyn än vanligt. Chefen säger att de kanske behövt ytterligare personal av den anledningen, samtidigt som hen är »otroligt tacksam« över att de kunde isolera smittade boende. Hen hade stöd från sin chef på stadsdelsförvaltningen att öka bemanningen för att kunna isolera smittade och behövde inte ens fråga om ekonomin: »Min chef, hon litar fullständigt på mig, hon har backat upp mig *jättemycket*.«

Chefen menar att de boende kanske inte fick all den hjälp som de brukade få, eller på det sätt som de brukade få den, eftersom den nya personalen inte kände de boende och ibland saknade rätt kompetens. Genom att de boende dessutom var tvungna att vara inne i sina lägenheter blev kanske hjälpens kvalitet lägre, menar chefen. Hen tillägger att överlevnad var det prioriterade målet och att den personliga omvårdnaden inte påverkades.

Läkaren kom inte på rond under en fem till åtta veckor lång period. Sjuksköterskan tycker att samarbetet ändå fungerade bra genom att läkarna fanns till hands på telefon: »De var ändå behjälpliga och verkligen, de litade på oss när vi sa att den här personen kan åka in, då fick de åka in.« Chefen ger en mer negativ bild: »Sköterskorna tyckte det var jobbigt att vara så mycket själva även om man pratade med någon i telefon. [...] Det blev inte bra.«

KOHORTVÅRD

På äldreboendet bedrevs kohortvård i två former: på ordinarie avdelning för enskilda smittade och på covid-avdelning för flera smittade. Kohortvård för enskilda bedrevs på ordinarie avdelningar i början innan den särskilda covid-avdelningen öppnade, men också senare med boende som gick att isolera i sina lägenheter eller som väntade på att flyttas till covid-avdelningen.

Kohortvård på ordinarie avdelning innebar att den smittade isolerades i sin lägenhet och vårdades av personal som enbart arbetade med den smittade, så kallad kohortpersonal. När kohortpersonalen inte hjälpte den smittade satt hen på en stol i korridoren utanför den smittades lägenhet. Kohortpersonalen fick inte vara i köket eller nära

övrig personal och andra boende, vare sig på dagen eller på natten.

Undersköterskan på demensavdelningen menar att det var lättare att isolera smittade personer i lägenheterna på de somatiska avdelningarna eftersom det räckte att säga till dem att hålla sig i lägenheten. Men detta fungerade inte på demensavdelningen eftersom de boende glömde varför de måste stanna i sina lägenheter. Hen berättar att det var särskilt svårt att isolera boende som är »självgående«:

Lättare när du har en som sitter i rullstol, du kan köra in liksom, isolera. Men nej, alla var självgående liksom och de förstår inte. Du kan inte låsa in dem på rummet eller nånting. Och de går och hälsar på varandra och kramar och pussar och liksom allt möjligt. Så var det.

Om boende med demenssjukdom blev så dåliga att de var sängliggande var de lättare att isolera. En strategi som tillämpades för smittade som ville vandra omkring var antingen att en personal följde den personen hela tiden och såg till att denne inte gick och satte sig med någon annan, eller att de hittade på aktiviteter för den personen.

Den andra formen av kohortvård som bedrevs på äldreboendet innebar att flera smittade flyttades till en särskild avdelning enbart avsedd för smittade, en så kallad covid-avdelning. Den ordinarie avdelning som var hårdast drabbad av smitta i början blev den första covid-avdelningen. Lägenheterna som tillhört boende som dött städades och andra smittade i huset flyttades dit. Senare skapade de en annan covid-avdelning med 13 lägenheter genom att omplacera boende. Friska fick flytta ut och de som var smittade flyttade in. Detta pågick i två till tre månader ungefär, med start i april eller maj 2020.

Därefter började de ta emot smittade från hela Storstockholm och då fungerade covid-avdelningen som ett covid-korttidsboende. Avdelningen var öppen till januari 2022, men var inte i bruk i perioder. Personalen på äldreboendet ifrågasatte varför de tog in smittade utifrån, men enligt chefen var de tvungna efter ett beslut av Stockholms stad.

På covid-avdelningen arbetade en särskild grupp på åtta personer som rekryterades från olika avdelningar på äldreboendet. Gruppen arbetade bara på covid-avdelningen och vistades enbart på sin våning och bytte om där. De som ingick i gruppen beskrivs som erfaren personal, både ordinarie personal och timanställda, och en sjuksköterska fanns på plats från sju på morgonen till tio på kvällen.

Undersköterskorna som båda arbetade på covid-avdelningen menar att de backades upp av alla yrkesgrupper – chefer, MAS och sjuksköterskor. Undersköterskorna vittnar om ett gott och nära samarbete med sjuksköterskorna. På covid-avdelningen hade de dagliga möten för planering och avrapportering mellan olika pass och personalgrupper. Där fick de chans att prata ut och reflektera. Chefen brukade komma två gånger per dag och var tillgänglig via telefon under helger. Om det var något som sjuksköterskorna inte kunde hantera kontaktades läkaren som fick bedöma om personen skulle skickas till sjukhus eller inte.

När de skapade covid-avdelningen beslutade chefen att flytta personer från sina lägenheter utan att fråga om samtycke. Hen berättar att så fort någon blev smittad skickades de upp oavsett hur sjuka de var. När de var friska fick de komma tillbaka. Hen menar att det inte var »läge att fråga« och säger:

Det spelar ingen roll om anhöriga inte vill flytta upp dem. Nu flyttar vi upp dem för nu handlar det liksom om liv och död. De får tycka vad de vill. Och det *står* jag för, och det känns skönt att jag är trygg i det.

Enligt personalen blev det tryggare på äldreboendet när de kunde flytta smittade till en särskild avdelning. Men undersköterskan på den somatiska avdelningen minns att boende på hens avdelning kunde ifrågasätta varför de skulle flytta från sin lägenhet till ett i princip tomt rum.

Undersköterskan på demensavdelningen minns hur det var i november 2020 när det var fullt på covid-avdelningen. De kunde gå ner med en friskförklarad person till transporten och städa rummet snabbt medan nästa person var på väg upp i hissen. En del av de som kom var väldigt sjuka och behövde syrgas, andra hade lindriga symtom. En del hade en demenssjukdom, andra inte. Den andra undersköterskan berättar att de kallade covid-avdelningen för »det lilla sjukhuset« och att det var »mycket annorlunda« att arbeta på denna avdelning. Det kom patienter som de inte kände och de hade ofta kontakt med anhöriga som de inte kände. De behövde sätta sig in i journaler och dubbelkolla så att informationen stämde. Båda undersköterskorna menar att de utvecklats av arbetet på covid-avdelningen eftersom de fick göra mer medicinska arbetsuppgifter som att mäta blodtrycket och ge den blodförtunnande medicinen Fragmin.

HYGIEN OCH PERSONLIG SKYDDSUTRUSTNING

I början av pandemin fanns inte munskydd och visir tillgängliga – de saknades på många håll inom äldreomsorgen – så de som arbetade med de första smittade använde endast förkläden och handskar vid personlig omvårdnad, som de skulle gjort i vanliga fall. Personalen tillverkade under några dagar eller veckor egna munskydd av engångsunderlägg, men när väl munskydd och visir levererades framåt april genom inköp som ordnades centralt i stadsdelen rådde det ingen brist på dem. Personalen berättar att de kände sig lugnare när munskydden kom. Chefen ville först inte att all personal skulle använda munskydd eftersom hen ansåg att vissa inte kunde hantera det på rätt sätt. Det skulle göra mer skada än nytta om munskyddet sattes på felaktigt och om bäraren gick och »pillade« på det. Sedan kom nya rekommendationer från Folkhälsomyndigheten om att all personal skulle använda munskydd, vilket de gjorde.

Rekommendationer om vilken typ av personlig skyddsutrustning – utöver handskar och förkläden – som skulle användas vid olika arbetsmoment varierade under pandemins gång. I början var det bara de som arbetade med smittade som använde extra skyddsutrustning. Längre fram skulle *all* personal använda *både* munskydd *och* visir, men i ett senare skede av pandemin fick personalen välja munskydd *eller* visir. Chefen menar att det var jobbigt för personalen att använda både och, det blev varmt och svårt att andas om man till exempel skulle duscha en boende. Hen anser också att de i början använde mer skyddsutrustning än nödvändigt, som långärmade rockar.

Vad gäller möjligheten att följa hygienrutiner fanns vissa utmaningar. Eftersom svenska äldreboenden är utformade för att erbjuda så hemlik miljö som möjligt saknas utrymmen för hygienrutiner. De utrymmen som finns – i de boendes rum, på personaltoaletter eller i köket – är inte optimala för den typen av handtvätt som skulle göras och det fanns inte några rena ytor att lägga visiren på när de spritats av.

På covid-avdelningen gjorde de i ordning ett förråd för skyddsutrustning. Där kunde personalen ta på sig skyddsutrustningen och slippa gå oskyddade i korridoren. De använde långärmade förkläden, handskar, visir och munskydd. Undersköterskorna berättar att innan de gick in till en smittad person tvättade de sig och satte på sig all skyddsutrustning i tur och ordning. Innan de gick ut, när de var klara med allt arbete i den boendes lägenhet, tog de av sig all skydds-

utrustning, slängde den i en påse, knöt ihop påsen och kastade den. Samma sak upprepades för nästa boende. De placerade ut det material de behövde i rummen för att de inte skulle behöva gå ut och hämta något. Hos vissa boende med demenssjukdom förvarades handsprit i skåp med lås eller kedjor för att säkerställa att de inte skulle komma åt att dricka den. Personalen kunde också ha ett bord i hallen utanför rummet med all utrustning.

Rutinen på alla avdelningar var att sprita handtag och ledstänger två till tre gånger per dag. Golv torkades av med desinfektion. Under-sköterskorna berättar att de spritade händerna ofta, vilket gjorde att händerna blev torra och de fick sår och eksem. Det var varmt att arbeta i skyddsutrustningen, men en del av personalen menar att de vande sig. Några boende hade svårt att höra vad personalen sa när de använde både munskydd och visir, och vissa förstod inte varför personalen bar utrustningen. Personalen kunde hålla avstånd, ta av munskyddet och visa vilka de var för att underlätta. Sjuksköterskan berättar att de under en period ville att de boende också skulle ha munskydd men att det var svårt att få dem att göra det: »Vad skulle man göra? De fick vara ifred.«

ÖVRIGA SMITTSKYDDSAÅTGÄRDER

Personal

Chefen berättar att de undvek att flytta personal mellan enheterna för att minska smittspridning, men ibland var det svårt, speciellt i början när de inte hade tillräckligt med personal. För att det inte enbart skulle vara nya timanställda på en avdelning fick ordinarie personal från en annan avdelning rycka in ibland. Andra åtgärder för att undvika smittspridning var att de som arbetade på covid-avdelningen bytte om där och inte i det gemensamma personalrummet. De begränsade också antalet personer som fick vara i personalrummet till fem åt gången.

Chefen menar att det tog lång tid innan de började covid-testa personalen, först omkring juli 2020. Under en period behövde personalen gå till vårdcentralen för att testa sig och vänta på resultat, vilket innebar att två arbetsdagar gick förlorade om resultatet var negativt. Med hjälp av sjuksköterskorna kunde personalen sedan testa sig på äldreboendet och därefter kom snabbtest att ta hemma vid symtom. När smittspårningsrutinerna kommit på plats började man testa de boende och personal som varit i kontakt med någon smittad. För att upptäcka nya fall av smitta testade man också all personal och alla boende på en

avdelning där någon boende uppvisat symtom. Undersköterskan på demensavdelningen berättar att de smittade som dog behandlades annorlunda av smittskyddsskäl när de avlidit. De gjordes inte lika fina och behandlades inte lika respektfullt som i vanliga fall. Kropparna skulle packas i svarta liksäckar och det fick personalen själva göra.

Boende

När smitta konstaterades i början av pandemin isolerades alla boende i sina lägenheter. Ingen fick vistas i allmänna utrymmen, alla boende fick äta inne hos sig. De boende tyckte att det var tråkigt att bara sitta i sin lägenhet och frågade varför de måste sitta ensamma och varför de inte fick träffa anhöriga. Så småningom, beroende på smittläget, kunde de symptomfria och icke-smittade äta tillsammans; de satt två per bord istället för fyra för att kunna hålla avstånd. Även personalen försökte hålla avstånd till de boende även om det var problematiskt. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar:

Vi kan stå där och prata, men jag får inte komma nära dig. Och de vill ha lite kram och sådär, men nej jag får inte. Jag brukar säga, nej tyvärr, inte just nu. Du vet att man känner nej nej nej. Ja, det gör ont i hjärtat faktiskt.

Innan smittan kom in på äldreboendet ordnades gemensamma aktiviteter och fikastunder dagligen. Detta ställdes in under en lång period; när det var som värst lades alla aktiviteter med musik, dans och film ner i omkring ett halvår. Personalen försökte ha aktiviteter med enskilda boende i deras lägenhet, men det var svårt att avsätta personal till det. På sommaren kunde de ta ut de boende på promenad och då var de noga med att bara åka två åt gången i hissen. De anställde ungdomar på sommaren som gick ut med de boende. Men de boende var rastlösa och uttråkade.

Efter den första vågen prioriterade de att ha aktiviteter och avsatte personal för detta. Aktiviteterna arrangerades på respektive avdelning med begränsningar för hur många som fick vara med åt gången. När intervjuerna gjordes, under tidig vår 2022, hade de precis börjat igen med några gemensamma aktiviteter över avdelningsgränserna.

I början av pandemin var chefen negativt inställd till att de äldre skulle få lämna äldreboendet. De sa först nej men gjorde sedan undantag, till exempel när någon fick åka ut till landet »för anhöriga ville verkligen det« och de kunde ju inte hindra dem egentligen, menar

chefen: »I början var vi väldigt mycket säga nej, nej, nej. Men vi hade ju aldrig kunnat ... Står de här nere med färdtjänst kan vi liksom inte låsa dörren och säga nej.« Under en period hade äldreboendet även intagningsstopp, det vill säga inga nya personer flyttade in.

Anhöriga

Chefen anser att det var ett misstag att Stockholms stad dröjde med att införa besöksstopp. De införde det senare än mindre kommuner. På äldreboendet kunde de inte införa något besöksstopp på egen hand, men när stoppet väl infördes av Stockholms stad blev det ganska långvarigt eftersom det ersattes av det nationella besöksförbudet och senare lokala besöksförbud. Chefen menar att den begränsade kunskapen om sjukdomen kanske gjorde besöksstoppet nödvändigt, men att det blev alltför långvarigt. Hen beskriver besöksstoppet som »jättesträngt« till en början, men sedan blev det juridiskt ifrågasatt om de hade rätt att neka. Vid tillfället för intervjun, våren 2022, menar hen att de kunde avråda från besök men hade inte rätt att säga nej.

Intervjupersonerna ger olika bilder av hur besöksförbudet hanterades. De tycks ha hanterat det på olika sätt under olika skeden och gjorde individuella bedömningar när undantag var motiverade. Generellt sa de aldrig nej till anhöriga om deras närstående låg för döden. De berättar om en gång då anhöriga absolut ville komma och de verkligen sa nej, det går inte. Men de berättar också om fall där anhöriga inte ville komma och fall där de inte hann meddela anhöriga. Sjuksköterskan säger:

Jag kan säga, de flesta själva ville inte komma heller. Vi sa *aldrig* till nån att ingen får komma. [...] [För] dem som vi och läkare beslutade att det är palliativt skede, då hade vi öppet, då får de komma. Några kom och hann, men några ville inte komma. Så det var inte för att vi stoppade dem.

Chefen berättar om ett undantag från besöksförbudet när den boende inte låg för döden. Hen hade inte »hjärta att säga nej« när en äldre släkting rest från Norrland för att träffa sin närstående, så de fick ses i entrén till äldreboendet.

Under besöksförbudet infördes nya sätt för boende att hålla kontakt med sina anhöriga, som videosamtal och att skicka foton. Till en början använde personalen sina egna privata telefoner för att boende skulle kunna ha videosamtal eller ringa. Under sommaren 2020 tog äldreboendet emot besök ute i trädgården. Anhöriga fick ringa och boka

ett besök. Besökarna fick använda visir och munskydd och hålla ett par meters avstånd – inte sitta nära varandra, inte kramas. Personalen övervakade besöken, så det var resurskrävande.

Sjuksköterskan säger att det enda positiva med besöksförbudet var att smittspridningen kunde minska: »Det var väldigt negativt att de inte fick komma. De boende var oroliga och anhöriga var oroliga själva.« Men chefen berättar att några boende med svår demenssjukdom blev lugnare när anhöriga inte kom på besök; även om många uppskattar besök, kan de bli oroliga när besöket tar slut: »När du kommer och hälsar på mig, ja jättetrevligt. Sen när du går härifrån kan jag bli jätteorolig, för nu går min dotter och jag fattar inte *varför*.«

Cheferna tog en stor del av samtalen med de anhöriga om besöksförbudet. Personalen kunde informera, men om någon ifrågasatte beslutet fick cheferna ta det. Vissa anhöriga var svårare än andra, men de flesta visade uppskattning och förståelse för restriktionerna.

Efter att besöksförbudet hävdes fortsatte äldreboendet med vissa restriktioner för besökare. Enligt chefen avrådde de från besök när en boende var smittad, men kunde inte tvinga någon att avstå från sitt besök. Anhöriga behövde höra av sig i förväg inför ett besök och meddela när de kommer. De fick endast vistas i den boendes lägenhet, ha munskydd eller visir, hålla avstånd och sedan gå ut. Men det var förstås omöjligt att veta om de höll avstånd och bar munskydd när de väl var inne i lägenheten.

PERSONALENS LÄRDOMAR AV PANDEMIN

Chefen och sjuksköterskan betonar betydelsen av att förstärka sjukvårdskompetensen hos personalen, dels genom att öka antalet sjuksköterskor, dels genom att öka sjukvårdskompetensen hos undersköterskor. Med fler sjuksköterskor får varje sköterska ansvar för färre boende och bättre kännedom om behoven hos omsorgspersonal och boende. Chefen menar att om äldreboendet haft en sjuksköterska per avdelning under pandemin skulle sjuksköterskorna kunnat ägna mer tid åt svårt sjuka boende samt arbeta närmare omsorgspersonalen och stödja dem i basala hygienrutiner. Även om omsorg, delaktighet och självbestämmande är viktiga delar i undersköterskeutbildningen, behöver delarna om hälso- och sjukvård förstärkas vad gäller basala hygienrutiner, trycksår och nutrition. Undersköterskorna behöver ha en mer klinisk blick för att kunna veta när de behöver rapportera till sjuksköterskan. Sjuksköterskan instämmer i detta och förklarar:

För vi, sköterskorna, har inte kontakt med alla, vi hinner inte. Om jag har ansvar för 20 patienter då *hinner* jag inte. Om jag jobbar en kväll och vi har 65 boende, 75 boende, eller 85, jag kommer inte ... Det är de [undersköterskorna] som ska förmedla till mig. Om det inte kommer fram då händer det inte. Så det är på golvet man måste jobba, så att informationen kommer vidare. Så kan vi vidta åtgärder, så kan vi kontakta, i vår tur, läkare. Så det är en *kedja*.

Chefen, sjuksköterskan och undersköterskorna vill se satsningar även på vidareutbildning av personal. En av undersköterskorna betonar vikten av goda språkkunskaper hos omsorgspersonalen. Chefen framhåller vikten av sjukvårdskompetens även i ledningen och tror att hen var tryggare i de medicinska frågorna under pandemin eftersom hen är sjuksköterska i botten.

För att kunna bemanna äldreboenden krävs att personalen vill vara kvar i yrket. Undersköterskorna anser att omsorgspersonalens insatser på äldreboende inte värdesattes lika mycket under pandemin som vårdpersonalens insatser på sjukhus. De anser vidare att arbetsgivare behöver måna mer om den befintliga personalen och inse betydelsen av deras kompetens. Även chefen talar om betydelsen av att ha en kunnig och stabil personalgrupp. Att förbättra undersköterskeutbildningen, vidareutbilda befintlig personal och få personalen att vilja stanna kvar är därför ett sätt att förbereda sig inför nästa pandemi. Hen menar att den kompetenta personalen och låga personalomsättningen på äldreboendet gav den trygghet och stabilitet som krävdes för att de trots allt lyckades hantera pandemin på ett bra sätt.

I övrigt vill chefen att myndighetsinformation ska komma från en samlad källa – *en* riktlinje istället för flera. Personalen vill se bättre beredskap, till exempel genom att ha ett lager med skyddsutrustning.

Fallbeskrivning: Kommunalt boende 2

UPPGIFTER OM ÄLDREBOENDET

Kommunalt boende 2 har omkring 60 platser jämnt fördelade mellan demensavdelningar och somatiska avdelningar. På varje avdelning ligger lägenheterna längs två kortare korridorer med större gemensamhetsutrymmen där korridorerna möts. Avdelningarna är avskilda från varandra med dörrar och trapphus och hiss. Äldreboendet har en huvudingång.

Grundbemanningen för omsorgspersonal på vardagar och helger är 3,5 boende per personal på dagtid, 5,25 boende per personal på kvällstid och 15,75 boende per personal på nattetid. Grundbemanningen för sjuksköterskor på dagtid på vardagar varierar mellan 15,75 och runt 60 boende per sjuksköterska. Under helger mellan klockan 7 och 15 på dagen är grundbemanningen omkring 60 boende per sjuksköterska. Nattetid tillkallas en sjuksköterskepatrull vid behov. Ledningen bestod vid pandemins början av en enhetschef och en biträdande chef.

INTERVJUPERSONER

Sex anställda har intervjuats på äldreboendet:

- › En chef som är utbildad socionom. Hen har arbetat som chef på äldreboendet i flera år och inom äldreomsorg och andra omsorgsverksamheter i totalt över 30 år.
- › En sjuksköterska som har arbetat på äldreboendet i mer än 10 år. Hen arbetar deltid och har arbetat inom vård och omsorg i sammanlagt över 30 år.
- › En undersköterska som arbetar på en demensavdelning. Hen har arbetat på äldreboendet i omkring 20 år och något längre inom äldreomsorgen som helhet.
- › En undersköterska som arbetar på en somatisk avdelning. Hen har arbetat på äldreboendet i drygt 10 år.
- › En undersköterska som arbetar nattetid på heltid. Hen har arbetat som undersköterska i mer än 40 år.
- › Ett vårdbiträde som är timanställd. Hen började arbeta på äldreboendet sommaren 2020 och har tidigare erfarenhet av arbete inom äldreomsorgen.

SMITTA

Kommunalt boende 2 fick in smitta under den första vågen av pandemin, det första fallet var i april 2020. Intervjupersonerna har delvis olika erfarenheter av hur förloppet med smittspridning såg ut på äldreboendet, eftersom de arbetade på olika avdelningar och hade olika roller. Äldreboendet tycks ha haft smittspridning i omkring sex veckor under våren 2020, och i slutet av 2020 då ytterligare några äldre blev smittade. Under 2021 förekom ingen smitta, men under våren 2022, när intervjuerna gjordes, fanns det åter omfattande smittspridning på äldreboendet. Chefen berättar att det var två avdelningar som drabba-

des hårdast i början av pandemin, men att de sammantaget kom lindrigt undan. Personalen anser att de inte hade så många fall av smitta och inte heller så många dödsfall – enligt sjuksköterskan var det till och med underdödlighet på äldreboendet under det första pandemiåret 2020.

Även om äldreboendet kom lindrigt undan vad gäller antal fall av smitta och antal dödsfall, upplevde personalen stark oro i början av pandemin. Det första fallet på äldreboendet hade ett snabbt sjukdomsförlopp. Sjuksköterskan berättar:

Första fallet vi hade var en kvinna som hade varit inne på sjukhuset [...] och kom tillbaks och hade symtom, och man då skulle provta. [...] Hon var positiv. Och så gick det några timmar och så *dog* hon. Och då kände man men *gud*, nu är det här. Det här är en sån sjukdom så du *dör* efter några *timmar*.

Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar att de var smittfria i början och att personalen var väldigt rädda för att smitta de boende: »Jag kan vara frisk idag, men när jag går till tunnelbanan så vet jag inte om någon smittar mig på vägen. Så att vi var mycket paranoidea.« Rädslan innebar att de inte hjälpte de boende mer än nödvändigt, utan begränsade sina insatser till den grundläggande personliga omvårdnaden.

Chefen och den biträdande chefen började snabbt informera anhöriga genom att ringa runt och skicka veckobrev samtidigt som de såg till att vara tillgängliga för frågor. Chefen upplever inte att anhöriga fick för lite information. Samtidigt berättar både chefen och sjuksköterskan att det var svårt att veta vad de fick säga till anhöriga i början av pandemin och att de så småningom fick handledning i hur de skulle hantera frågor från anhöriga. De ställde inte bara frågor om sin närstående; de ville också veta om andra boende som de kände blivit smittade, hur utbredd smittan var på äldreboendet och hur många som dött. På grund av sekretess kunde personalen inte lämna ut uppgifter som berörde andra boende, men sjuksköterskan menar att det var oklart vad som egentligen omfattades av sekretessen och vilka uppgifter som de fick lämna ut. Hen säger att de fick någon form av direktiv – oklart varifrån – att de inte skulle lämna ut några uppgifter om hur utbredd smittan var på äldreboendet, något som var svårt att följa:

Vissa hade vi ju liksom daglig telefonkontakt med, vissa anhöriga. Då brukade jag ju säga att du behöver inte vara orolig. Jag kan inte säga

något, men det är ju ingen smitta på din mammas avdelning, eller att vi har ingen smitta i huset just nu. [...] *Det* måste man ju kunna säga liksom. Sen tror jag att det lättade, lättade lite grann vad vi fick säga och inte fick säga. Men i början var det, då var det nog att vi skulle liksom hålla helt, helt tyst om. Jag vet inte var direktiven kom ifrån, nej.

Sjuksköterskan minns att många av de boende blev skrärrade när de fick covid under den första vågen eftersom de trodde att det var en dödsdom. När smittan återkom under tidig vår 2022 drabbades ganska många men då hade de boende fått tre doser vaccin och blev inte särskilt sjuka. Två boende blev lite sämre men kunde få ordinationer av särskilda mediciner – kortison, Betapred och Fragmin – som hjälpte. Sådana ordinationer fanns inte från början.

KUNSKAP, VÄGLEDNING OCH INFORMATION

Bristen på kunskap om covid-19 i samhället bidrog till oro bland personalen. Kommentarer som »ingen visste vad det var« återkommer i intervjuerna. Chefen säger: »Det som var jobbigast var väl att vi inte visste, alltså okunskapen, eller ovissheten.« Chefen är socionom, så hälso- och sjukvård är inte hens främsta kompetensområde. Hen menar att det var en svårighet under pandemin, även om denna kompetens fanns i ledningen, hos den biträdande chefen. Chefen försökte vara en god förebild och finnas på plats för att stötta personalen. Hen fick själv stöd från sin chef, och av MAS på stadsdelsförvaltningen som informerade om rutiner och hjälpte dem att tolka och sälla bland all information som kom.

»Vi var väldigt snabba med att rigga upp rutiner och riktlinjer«, säger chefen, och att »tala om för personal hur de skulle göra«. Att se till att personalen fick relevant information var dock arbetskrävande. Mycket information gavs på papper. Hen hade önskat mer stöd i att utforma informationsmaterial och använda digitala kanaler. En hel del vägledning till personalen gavs på plats, främst genom att cheferna utbildade personalen i basala hygienrutiner och hur skyddsutrustningen skulle användas. Cheferna gick ofta runt på avdelningarna och påminde om detta. Chefen menar att alla dessa instruktioner och påminnelser kan ha bidragit till en viss osjälvständighet hos de anställda; de rådfrågade cheferna istället för att fatta egna beslut. Samtidigt uttryckte undersköterskorna uppskattning för att cheferna sa vad de ska och bör göra.

Sjuksköterskan berättar att riktlinjer om arbetsrutiner kom ganska snabbt men att de ändrades allteftersom, vilket skapade en osäkerhet om man hade det senast uppdaterade dokumentet eller inte. Hen fick sin information via den biträdande chefen. Undersköterskorna fick både skriftlig och muntlig information om nya rutiner och regler.

BEMANNING

Chefen säger att hen inte behövde tänka på ekonomin när det gällde bemanningen: »Vi *fick* ju sätta till resurser och behövde inte tänka ekonomi« och »vi tog ju in väldigt mycket personal om vi hade smitta på något rum«. Sjuksköterskan menar att de inte behövde tjata – de fick kohortpersonal när de behövde det: »Helt plötsligt fanns det ju pengar till allting. Det fanns ingen skyddsutrustning men det fanns kohortpersonal.«

De tog in extra personal via Stockholms stad för att utföra kohortvård. Den ordinarie personalen förmedlar olika erfarenheter av den extra personalen. Undersköterskan på demensavdelningen berättar att de tog in personal från hemtjänsten som var kunnig men även »vilket folk som helst«, till exempel från restaurang- och hotellbranschen. Den nya personalen fick lära sig allteftersom; de fick läsa på om rutiner medan de arbetade. Undersköterskan tycker att nackdelen med att ta in okunnig personal var att de boende fick ta emot hjälp från någon som inte kunde arbetet, eller språket, och att det skapade mycket extra arbete för den ordinarie personalen att förklara och rätta till sådant som blivit fel. Hen kände sig otrygg, kunde inte lita på att den nya personalen förstod vad hen sa och menar att det varit bättre att se till kompetens än till antal personal i den extra bemanningen:

För det ger inte lättare jobb om man är *många* om man har ingen kunskap. [...] Det räcker bara med två som *kan* och inte fyra som inte kan. För vi får lära upp dem och det tar kanske inte bara en timme. För att när de säger hela tiden ja ja, men det blir nej, de gör tvärtom. Så det är det som tar vår kraft och energi.

Det fanns personal som inte ville arbeta med smittade på grund av oro för att själva bli smittade. Chefen menar att de försökte övertala dem men att det löste sig ändå med personal som ville arbeta. Att de, under en kort tid i början, fick lite mer betalt kan ha bidragit. Även om många i personalen blev sjuka på vissa avdelningar, bekräftar några av

undersköterskorna att de hade tillräckligt med personal under pandemin och att ordinarie personal blev skyddad genom att det togs in mycket kohortpersonal.

Chefen menar att de inte kunde ha koll på om timanställda arbetade på andra boenden, men tänkte att om de arbetade många timmar på äldreboendet minskade deras möjlighet att arbeta på annat håll. Hen tror dock att de hade nattpersonal som arbetade på flera boenden.

På äldreboendet arbetar vanligen fem sjuksköterskor på deltid. En del av dem blev sjuka och kunde därför inte arbeta under pandemin. Chefen menar att de tog in förstärkning när de kunde och att sjuksköterskorna som var på plats arbetade extra under våren 2020. Undersköterskan på demensavdelningen berättar att omsorgspersonalen avlastade sjuksköterskorna mycket under den här tiden, både för att det var brist och för att de var rädda för smittspridning. Genom att omsorgspersonalen skötte en del av sjuksköterskornas uppgifter behövde de inte komma till avdelningarna lika ofta och riskera att sprida smitta. På frågan om undersköterskorna har fått göra lite av sjuksköterskornas uppgifter, svarar undersköterskan på demensavdelningen: »Inte bara lite. Jättemycket [...] Så vi var lite självständiga den där tiden. Vi vet att den här är förkyld, [sjuksköterskan] kommer att ordinera igen temp eller blodtryck, vi tar i förväg för att avlasta dem.«

På natten finns inga sjuksköterskor på plats på äldreboendet, så personalen som arbetar natt behöver ringa sjuksköterskepatrull om något händer med de boendes hälsa eller om medicin behöver ordineras. Patrullen åker till flera boenden och undersköterskan som arbetar på natten berättar att det ibland tar lång tid innan de kommer, men att det ändå fungerade väl under pandemin.

Cheferna var tillgängliga dygnet runt under pandemin, i början hade de jour även på helgerna. De ringde till nattpersonalen nästan varje kväll och frågade om någon fått symtom. Att hålla koll på bemanningen för att undvika smittspridning var som att lägga ett pussel, berättar chefen: »Det kändes som den *stora* frågan: vilka jobbar, var är den, var är den, och den var hos Kalle igår, kan den vara hos Stina idag. Alltså det var ett *himla* pussel att lägga, faktiskt.«

När den läkarorganisation som anlitas av äldreboendet beslutade att läkarna skulle sköta kommunikationen med sjuksköterskorna över telefon istället för att göra fysiska besök, kom läkaren inte till äldreboendet på flera månader. Sjuksköterskan kommenterar detta på följande

vis: »Och det var ju ett jätteproblem för de får ju inte bara covid. Våra boende får allt möjligt och det är jättemycket saker som ska följas upp. Och det funkar inte att bara ha det per telefon.« Hen berättar att de hade en bra läkare i början av pandemin. Senare fick de en annan läkare som gjorde helt olika bedömningar om ordinationer till covid-smittade, vissa fick alla åtgärder medan andra inte fick någon åtgärd: »Man blev så osäker och det var så otydligt«, säger sjuksköterskan och tillägger att ingen skickades till sjukhus när de hade den läkaren. Hen berättar också att läkarorganisationen ska tillhandahålla det material som sjuksköterskorna behöver, men att det rått delade meningar om vad de behöver. Under pandemin fick de den utrustning de efterfrågat sedan lång tid tillbaka men aldrig fått, samtidigt som det togs för givet att de alltid haft den utrustningen. Sjuksköterskan säger:

Så mycket saker som vi har efterfrågat tidigare, som saturationsmätare, att man mäter syresättningen, det har vi tjatat om i många år. Det är vår läkargrupp som ska tillhandahålla det material vi behöver för att ta reda på det vi behöver veta, men vi ska ju inte ta reda på saker vi inte kan åtgärda här. Men då tycker jag [...], för boendes egen skull att det blir jobbigt för dem och rent samhällsekonomiskt [...], att vi skickar in en boende med ambulans till akuten och belastar dem för att vi kanske tror att de syresätter sig dåligt, istället för att vi kan kolla här att de ligger på 96 i saturation. Vi kan behålla dem här fast de är lite blå om läpparna. Men när covidén kom då diskuterades det mycket mer och vi fick köpa in saturationsmätare. Då togs det för givet att vi hade det, som att vi alltid skulle ha haft det.

KOHORTVÅRD

Sjuksköterskan menar att de i början knappt visste vad kohortvård var men att de lärde sig snabbt. De bedrev kohortvård på avdelningarna, det vill säga varje avdelning tog hand om »sina« smittade. Om det kom in smitta på en avdelning stängdes dörren till den avdelningen. Personalen på den avdelningen skulle fortsätta arbeta där och inte någon annanstans på äldreboendet. Den smittade skulle isoleras i sin lägenhet och de satte in en extra personal för att enbart arbeta med denne. Var det flera smittade på en avdelning fick man göra bedömningen om man kunde ha samma personal till alla. Om en boende med dubbelbemanning blev smittad, blev det två extra personal till den personen, även på natten. Kohortpersonal fick inte vistas i allmänna utrymmen

och för att inte riskera att sprida smitta behövde de avvakta innan de kunde arbeta med friska boenden.

Under pandemin ökade bemanningen på natten med 50 procent – en personal per avdelning utöver kohortvård – så att inte nattpersonalen skulle behöva gå mellan avdelningarna och därmed riskera att sprida smitta. I början avsattes en kohortpersonal per smittad eller misstänkt smittad även på natten, men under våren 2022 gick kohortpersonal till flera boende på olika avdelningar.

Chefen beskriver att kohortpersonalens uppdrag »nästan var som att sitta och vakta en dörr«. Samtidigt skulle de sköta all omvårdnad av den som var smittad. Kohortpersonalen tog tempen regelbundet på de smittade och såg till att de åt och drack. Det var viktigt att ge vätska och att lägesändra regelbundet, det vill säga att ändra patientens läge eller position med hjälp av till exempel ett vändningsschema. Kohortpersonal som inte kunde omsorgsuppgifterna fick instrueras av van personal som stod utanför dörren. Undersköterskan på demensavdelningen berättar hur de fick stå utanför dörren och skrika för att försöka ge instruktioner till en kohortpersonal som inte hade kunskap om hur man byter en kateter.

Flera i personalen vittnar om svårigheter att isolera smittade personer som inte förstår varför de behöver vara isolerade. Eftersom personalen inte får stänga in dem, vaktade man dem och försökte avleda med någon aktivitet i lägenheten. Personalen ville inte att personen skulle komma ut i korridoren, även om ingen annan var där, eftersom de inte ville riskera att det skulle komma virus på allmänna ytor. Samtidigt berättar chefen om tillfällen då det inte gick att hindra en smittad person på en demensavdelning att komma ut i korridoren. Istället fick de se till att ingen annan vistades i korridoren när personen kom ut:

Men vi kan ju inte med våld ... vi kan ju inte hålla för dörren. Nej, vi har gjort så gott det går. Och då har det varit så, är det någon som har mycket spring i benen då får man ju plocka bort de andra istället. Så att är det någon som vill ut och gå i korridoren, ja men då måste man ju se till att ingen annan är i korridoren när den med covid vill vara i korridoren.

Medan chefen menar att »vi kan ju inte hålla för dörren« till en individs lägenhet på äldreboendet för att förhindra smittspridning, berättar personal på andra demensavdelningar att kohortpersonal gjorde just detta. De som varit sjuka skulle hållas isolerade tills de blivit friskförklarade.

rade, men det var svårt att hålla kvar dem som inte varit så sjuka i deras lägenhet, särskilt om de hade svårt att förstå varför. Det hände därför att smittade eller misstänkt smittade kom ut till allmänna utrymmen, men också att kohortpersonal försökte avleda och mota dem i dörren. Undersköterskan som arbetar nattetid menar att det inte alltid var möjligt:

För om den boende har bestämt sig, jag ska ut, då är det så. Då står du och håller för dörren, det är fruktansvärt faktiskt. Men de var ju tvungna att göra så. [...] Ja, det kan jag säga, ganska hemskt. Tills de var friskförklarade. Fanns inget val heller i det fallet.

HYGIEN OCH PERSONLIG SKYDDSUTRUSTNING

Chefen berättar att det varit många turer kring vilken skyddsutrustning de skulle använda och i vilka situationer. I början skulle personalen inte använda någon särskild skyddsutrustning utan bara tvätta händerna. Sedan skulle munskydd användas, först endast vid nära omvårdnad men därefter under hela arbetspasset. Ibland har de använt både munskydd och visir under hela arbetspasset, men när intervjun gjordes i mars 2022 använde de bara munskydd.

Personalen hade inte tillgång till allt skyddsmaterial den första tiden, men enligt chefen hade de tillgång till den skyddsutrustning som de behövde när de fick riktlinjer om att den skulle användas. Först när de fick riktlinjer om att använda munskydd kom utrustningen på plats. Sjuksköterskan berättar att de till en början fick egentillverkade visir av overheadblad och arkivklämmor från förvaltningen. När hen ville börja bunkra upp med skyddsutrustning omkring sportlovet 2020 fick hen nej från cheferna; utrustningen skulle gå till akutsjukvården och IVA, inte ligga på lager på boendena. Chefen beskriver att de senare beställde via Stockholms stad varje vecka och byggde upp ett lager. Undersköterskan på demensavdelningen menar att de fick massor, att de inte saknade skyddsutrustning.

Undersköterskorna har delade meningar om skyddsutrustningen; en tycker att munskydd hade varit bra i början för att skydda boende och personal, en annan kände ingen oro över att det rädde brist på skyddsutrustning eftersom de inte visste vad det rörde sig om. Sjuksköterskan menar att personalen efterfrågade munskydd, men att ingen använde dem rätt:

Ett munskydd håller inte speciellt lång stund, det är genomfuktat ganska snabbt. Och du ska inte röra munskyddet under tiden du har det, och det finns inte en enda en som inte rör sitt munskydd. Men många i personalen kände ju att det är räddningen. Det här kanske är något jag släpar hem till min familj, min familj kommer att dö. De lindade in sig i torkpapper. Man är ju olika hur man hanterar saker och vad man har för rädsla.

Personalen menar att pandemin har inneburit ett ökat fokus på basala hygienrutiner och hur man använder skyddsutrustning. Sjuksköterskan framhåller att de skärpte upp rutinerna – trots att de har en erfaren personalgrupp som arbetat länge på äldreboendet och som kan basala hygienrutiner. Bland annat tillsattes en hygienansvarig som gick runt och påminde om rutinerna, det fanns en maskin på plats som kunde kontrollera hur väl de rengjort händerna och de satte upp ställningar i varje lägenhet och i allmänna utrymmen för förvaring av skyddsutrustning.

När de varit inne hos en boende skulle de under en period byta både munskydd och visir, oavsett om den boende var smittad eller inte, vilket sjuksköterskan tycker var ett slöseri med utrustning. Senare kunde det räcka med visir, och om de var hos en boende som inte var smittad kunde de behålla visiret på hos nästa boende. Undersköterskorna berättar att de var extra försiktiga i början och att de slängde mycket utrustning efter första användningen, till exempel använde de handskar när de öppnade en dörr och slängde dem direkt efter. När de arbetade med smittade följde de vanliga basala hygienrutiner och använde visir, munskydd, förkläde och handskar som de slängde efter besöket.

Det var påfrestande för personalen att använda munskydd hela dagarna. Det var varmt och svårt att andas, framför allt med visir, men även jobbigt att klä på och ta av all skyddsutrustning. De tvättade och desinficerade händerna ofta, så de blev torra. De fick sår i pannan av de hemmagjorda visiren, sår av munskydden och bakterier i munnen av att använda både munskydd och visir. Personalen framhåller även att det var svårt för de boende att höra vad de sa när de bar munskydd och visir, vilket medförde att de fick prata högt och långsamt eller skriva. En del boende blev desperata och krävde att personalen skulle ta bort munskyddet för att de skulle kunna höra vad personalen sa. Sjuksköterskan berättar att hen med tiden sett sig tvungen att fuska med munskydden för att kunna kommunicera på ett bra sätt med de boende och möta deras behov:

Sen är vi ju nu efter två år väldigt trötta på munskydd och slarvar väldigt mycket med munskydden. Det funkar inte att jobba i vårt jobb med människor som hör dåligt och behöver läsa läppar, behöver vara nära. Och hålla två meters avstånd och ha munskydd det funkar inte. Vi jobbar ju med människor som *bor* här, som behöver närhet, som behöver information, som behöver se ens ansiktsuttryck. De kunde inte leva i två år utan att få ett leende.

ÖVRIGA SMITTSKYDDSÅTGÄRDER

Personal

Enligt chefen följde äldreboendet gällande regelverk för smittskyddsåtgärder; personalen stannade hemma och testade sig vid minsta symptom och kom tillbaka till arbetet när de varit symptomfria i två dygn. De hade inga större personalmöten. I början av pandemin testades alla på arbetet en gång i månaden, vid sammanlagt kanske tre tillfällen. Tidigare kunde personalen arbeta på olika avdelningar, men nu fick de hålla sig till en avdelning. Till exempel arbetar nattpersonalen i vanliga fall på flera våningar och hjälper varandra, men inte under pandemin. De skapade förrådsutrymmen för förbrukningsartiklar på de olika avdelningarna för att kunna undvika det gemensamma förrådet. Att personalen inte längre samarbetade mellan avdelningarna var en stor förändring som innebar att cheferna fick informera personalen på en avdelning om läget på en annan avdelning, inte minst för att undvika ryktesspridning.

När en sjuksköterska varit inne hos en smittad boende skulle hen inte arbeta med friska och skulle helst inte gå mellan olika avdelningar. Samtidigt berättar sjuksköterskan att den som är i tjänst på morgonen behöver gå till alla avdelningar för att ge insulin till dem som behöver. På helger hade de en extra sjuksköterska till kohortavdelningen och en till övriga avdelningar om det var smitta i huset. På natten tillkallades en sjuksköterskepatrull vid behov som gick runt till flera boenden.

Smittspårningen kom igång senare under pandemin och då sattes en undersköterska på att göra smittspårningslistor och ringa runt till alla som behövde komma in och testa sig. Reglerna för vilka som omfattas av smittspårning har varierat över tid. Chefen menar att smittspårningen innebar en hel del extra arbete och oro. Personalen hade en checklista för symptomkontroll och var uppmärksamma på symptom hos de boende – alla symptom skulle rapporteras till en sjuksköterska på plats eller till sjuksköterskepatrullen.

Personalen desinficerade hela korridorerna två eller tre gånger per dag. När de inte bar skyddsutrustning försökte de hålla avstånd. De åkte inte tillsammans i hissen och försökte undvika kontakt med varandra över avdelningar. De hade visserligen gemensamma omklädningsrum, men användningen var begränsad till tre personer åt gången. Personalen följde basala hygienrutiner och höll avstånd även till de boende, vilket gjorde att de inte kunde umgås med dem på samma sätt – inte sitta nära och prata som förut. När intervjuerna genomfördes våren 2022 var det fortfarande så.

Omsorgspersonalen vittnar om bra samarbete där mer erfaren personal gav stöd till dem med mindre erfarenhet. De påminde varandra om att göra rätt med skyddsutrustning och hygienrutiner, och de var särskilt noga med kommunikation och rapportering. Samtidigt förlorade de lite av den vanliga kontakten med kollegor på andra avdelningar.

Boende

När smitta fanns på en avdelning åt de boende inte tillsammans. Personalen tog bort stolar och dynor så att de inte skulle sitta nära varandra. De boende fick hålla sig till sin avdelning och det ordnades inga gemensamma aktiviteter på avdelningen. Förut arrangerades pubaftnar, musik och fester, de firade midsommar och hade kräftskivor. Allt sådant slutade de med, men kunde samla boende från en avdelning i taget och ordna bio.

Chefen menar att de boende som »hängde med«, som förstod, följde de restriktioner som gällde, men att det var svårare att få boende att hålla avstånd på demensavdelningar. Undersköterskan på demensavdelningen berättar att om någon på avdelningen blev smittad fick ingen av de boende lämna avdelningen eller gå ut. Istället kunde de gå ut på den stora balkongen som var gemensam för avdelningen. De ordnade aktiviteter på avdelningen i form av bingo, pyssel och kortspel samt promenader inne på avdelningen. Personalen hade också egen tid med de boende och genomförde extra aktiviteter med de som visade tecken på att behöva det, som att ta en promenad inomhus, baka eller sitta i massagestol. Enligt sjuksköterskan fungerade det olika bra på olika avdelningar med dessa extra aktiviteter:

Det har hängt mycket mer på personalen på avdelningarna att ha aktiviteter på avdelningen och det har fungerat väldigt varierande. Och jag har tur att ha en avdelning där det är superpersonal. De är jätteduktiga på, de har rutin på att hålla frågesporter och hålla samtal igång. Men vissa avdelningar, där är man lite mer rädd. Man kanske inte fullt behärskar språket, inte själv vet svaren på frågesporten och tycker det är lite jobbigt att hålla i det och drar sig för det.

På avdelningar utan smitta gjorde personalen mer som vanligt, men med avstånd så gott det gick. Så fort restriktionerna tillät det anordnade de aktiviteter och hade mer nära kontakt med de boende, men med tre personal på tio boende var det inte så lätt. De boende fick inte heller samma utbyte av varandra eftersom de knappt kunde höra vad den andra sa på grund av avståndet. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar att personalen inte längre kunde sitta nära de boende, de kunde varken hjälpa till i konversationer eller ge en kram, vilket var påfrestande för både boende och personal. Personalen berättar att de boende hade det tråkigt under pandemin och blev nedstämda och mer passiva. Enligt sjuksköterskan gjorde nästan ingen av de boende vanliga sjukhusbesök, vissa valde till och med bort operationer eftersom det skulle innebära covid-test och isolering – karantän – i lägenhet i en vecka vid hemkomst.

Även om personalen menar att den sociala kontakten och aktiviteter minskade under pandemin, tycker sjuksköterskan att de boende i vissa avseenden fick mer och bättre omsorg. Hen framhåller att den extra kohortpersonalen innebar att de smittade fick mer omvårdnad än vid andra sjukdomar, liksom att personalen hade mer tid för de boende och kunde fokusera mer på dem genom att anhörigas besök och de boendes aktiviteter utanför äldreboendet minskade. Hen påpekar också att de boende höll sig friska i övrigt och inte fick förkylningar, vinterkräxjuka eller influensa.

Anhöriga

När besöksrestriktioner infördes skedde mer av kontakterna via telefon. Äldreboendet började med videosamtal och anhöriga fick boka tid för samtal. Undersköterskan på den somatiska avdelningen menar att bara en liten del av de boende ville använda den möjligheten, men de var nöjda. När det blev besöksförbud kunde de boende sitta inomhus bakom en glasvägg och besökarna utomhus på den andra sidan av

glasväggen. På så sätt kunde de se varandra medan de pratade i telefon. Den första sommaren efter pandemins utbrott arrangerades besöken i en park utanför äldreboendet. Anhöriga fick boka sitt besök i förväg och personal övervakade, såg till att de höll avstånd. Äldreboendet gjorde undantag från besöksförbudet när en boende låg för döden, men anhöriga fick bara komma en åt gången och skulle använda visir.

Undersköterskorna berättar om anhöriga som inte ville följa reglerna vid besök och att det var energikrävande att hantera dem som inte skötte sig, även om de inte var många. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar om anhöriga som inte bar munskydd eller visir i den närståendes lägenhet: »Anhöriga visar inte respekt alls. Och det var jobbigt, man måste rätta till och säga till som polisen där.« Hen menar att det blev psykiskt påfrestande och nästan ovärdigt att behöva agera polis, samtidigt som hen egentligen inte hade mandat att göra det: »Jag kan inte vara polis i deras hem och man kan inte göra så mycket.« När intervjuerna gjordes på äldreboendet våren 2022 skulle besökare fortfarande bära munskydd under hela besöket och endast vistas i den boendes lägenhet, inte uppehålla sig i allmänna utrymmen.

Även om personalen menar att besöksförbudet påverkade både de boende och deras anhöriga negativt, fanns det boende som föredrog att anhöriga inte kom. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar:

För vissa var det fruktansvärt jobbigt. De var jätteledsna och de var så känsliga. Andra som har en sjukdom och är lätta att smitta, där bara förkylning kan göra att de kan hamna på sjukhus, de var nöjda att de [anhöriga] inte kom.

PERSONALENS LÄRDOMAR AV PANDEMIN

Chefen menar att det sätt som Stockholms stad löste bemanningen på under pandemin tyder på en bristande insikt i eller bristande respekt för vilken kompetens som krävs för att arbeta på ett äldreboende:

Jag vet inte om jag tycker att det var så bra att ta in timanställda som inte ens kunde språket, som inte visste vad de gjorde här eller nånting. Jag tror inte att det förvärrade någon smittspridning, men jag tycker också det var ett konstigt sätt att tycka att vem som helst kan jobba med det här, faktiskt.

Samtidigt framhåller chefen att grundkompetensen behöver höjas hos äldreomsorgens personal. Undersköterskorna måste ha de grundläggande kunskaperna, inte minst om basala hygienrutiner: »De kunskaperna behöver ju sitta, alltså att vi börjar lära oss att tvätta händer igen och hur man sätter på sig ett par handskar och allt det där.« En undersköterska menar att man behöver satsa mer på att utbilda undersköterskor och göra lönen och arbetstiderna attraktiva. En annan framhåller att omsorgspersonalen inte fått rätt uppskattning för det arbete de utfört under pandemin och menar att de vill ha högre lön, inte tårta.

Enligt chefen innebär pandemin ett dilemma genom att smittskyddsåtgärder och det medicinska omhändertagandet fick en så framträdande plats på bekostnad av den sociala kontakten och ambitionen att skapa en hemlik miljö. Ett exempel är att den ombonade miljön gick förlorad när en lägenhet skulle desinficeras:

Man tror att man flyttar in till en trevlig lägenhet med mycket rysch pynch och ja, det ska vara gardiner och det ska vara kuddar och allting. Och allt det där skulle ju ut, vi skulle inte ha mysigt någonstans. [...] Ta bort allting, bort med allt mys, ta bort alla kuddar, ta bort alla dukar, nu spritar vi allting.

Chefen menar att de som bor på äldreboende i dag är sjukare än förr – bortsett från covid – och att ambitionerna att erbjuda social kontakt i en hemlik miljö utformats med en friskare målgrupp i sikte. Hen ser det som en utmaning inför framtiden att värna om vikten av social kontakt och hemtrevlig miljö på äldreboenden, så att de inte enbart anpassas till de mest sjuka äldre:

Det gäller ju att få hela spannet från att man vill ha sociala aktiviteter, och klarar sig rätt så bra och behöver bara stöd vid måltider och toalettbesök, till att behöva hjälp dygnet runt. Det är väl det som blir utmaningen. Vilka ska bo på ett vård- och omsorgsboende? [...] Jag tycker ju faktiskt att man ska kunna bo här när man inte är jättedålig, så man ändå får mat och gemenskap. För dem som vill.

Fallbeskrivning: Privat boende 1

UPPGIFTER OM ÄLDREBOENDET

Privat boende 1 har omkring 60 platser, drygt hälften på demensavdelningar och knappt hälften på somatiska avdelningar. Äldreboendet är beläget i en fastighet som också rymmer ett annat äldreboende. På avdelningarna ligger lägenheter på båda sidor längs en korridor med gemensamhetsutrymmen i mitten. Avdelningarna är avskilda från varandra med dörrar. Äldreboendet har tre ingångar med huvudentré i mitten. Varje ingång har en egen hiss.

Grundbemanningen för omsorgspersonal på dagtid, både vardag och helg, är 4,15 boende per omsorgspersonal. Nattetid är grundbemanningen 14,5 boende per omsorgspersonal. Grundbemanningen för sjuksköterskor dagtid på vardagar är 29 boende per sjuksköterska. Nattetid och helger har äldreboendet tillgång till sjuksköterskor i ett mobilt team. Ledningen består av en chef och en biträdande chef på halvtid.

INTERVJUPERSONER

Sex anställda har intervjuats på äldreboendet:

- › En chef som är utbildad socionom och tillträdde posten före pandemin. Hen har arbetat mer än 30 år inom äldreomsorgen som undersköterska och chef.
- › En sjuksköterska, även biträdande chef, som har arbetat på äldreboendet i flera år. Hen har även arbetat som sjuksköterska på sjukhus.
- › En undersköterska som arbetar på en demensavdelning. Hen har arbetat på äldreboendet i omkring 10 år.
- › En undersköterska som arbetar på en somatisk avdelning. Hen har arbetat på äldreboendet i flera år.
- › En undersköterska som är timanställd. Hen har arbetat på äldreboendet i ungefär 1 år och inom äldreomsorgen i omkring 20 år.
- › En undersköterska som arbetar nattetid. Hen har arbetat på äldreboendet i omkring 10 år och runt 30 år inom äldreomsorgen.

SMITTA

Privat boende 1 fick in smitta under den första vågen av pandemin, någon gång under våren 2020 – ingen av de intervjuade kommer ihåg exakt när. Under denna tid öppnades en särskild covidkorttidsavdelning på äldreboendet. Sjuksköterskan berättar att det första fallet på en »vanlig« avdelning på äldreboendet kom efter att covid-korttidsavdelningen öppnat, men att det inte rörde sig om spridning från covid-korttidsavdelningen. Enligt en av undersköterskorna gällde det första fallet en av de boende på en demensavdelning som »rymde«. Det blev dock ingen stor spridning på äldreboendet. Det största utbrottet tycks ha varit hösten 2021 då några boende också avled. Sjuksköterskan uppger att det inte var någon skillnad mellan somatiska avdelningar och demensavdelningar vad gäller hur många som blev smittade.

Trots att smittan skapade oro och rädsla bland personalen är den sammantagna bilden att äldreboendet klarade sig relativt väl från stora utbrott och att de inte hade så många dödsfall till följd av covid. Chefen säger »vi var *ytterst* förskonade« och beskriver sin bild av pandemin på äldreboendet på följande sätt: »Allt det här i media om hur hemskt det var på äldreboende och hur hemskt allt var och det var katastrof. Den upplevelsen hade vi inte här faktiskt.«

KUNSKAP, VÄGLEDNING OCH INFORMATION

I början saknades kunskap om själva smittan, hur det smittar och hur man skyddar sig och andra, vilket bidrog till oro och rädsla bland personalen. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar:

Jag kommer ihåg att första veckan var värst, det var skräck. Vi var jätterädda, personal var skiträdda. Det minsta lilla symtom, alltså vi reagerade som vanliga människor, att det är något nytt som man inte känner till. [...] Och vi saknade information för allt var ju helt nytt för alla och vet inte hur man smittas. [...] Du vet att nyheter gör saker mycket större, att de fokuserar bara på att det är folk som avlider [...] En del av mina kollegor var *jätterädda*, det minsta lilla symtom så började de *vägra* gå in till brukare. Och då reagerade faktiskt [chefens namn] och [biträdande chefens namn]. De började dela ut information, hur vi skulle reagera om man känner sig rädd, man är inte tvungen att gå [in till boende med smitta]. Hellre att inte gå än att det blir skräck och ingen bra kvalitet på det arbete man gör.

Samtliga intervjuade beskriver en situation med stor rädsla bland personalen, där vissa vägrade gå in till boende med misstänkt smitta. Det spreds rykten bland personalen om sjukdomen. Även när personalen fått ta del av informationsinsatser ville vissa inte arbeta med smittade av olika anledningar. Sjuksköterskan (som även var biträdande chef) berättar om situationen:

De var rädda, ville inte gå in till brukare om det är misstänkt nånting. De ville ha skyddsutrustning som vi inte hade *tillgång* till. I början var det jättesvårt att få speciella munskydd eller visir [...]. Vi kunde inte så mycket om den här sjukdomen, så att vi kunde inte kanske förklara för dem på ett bra sätt kanske. Eller vi fick ju information hela tiden som vi satt med personalen, försöka liksom förklara till dem vad de skulle göra och så. Men ändå det hjälpte inte med vissa personer liksom, nej jag går inte in, jag har bakomliggande sjukdomar. Det är det ofta liksom, jag har en familj, jag har barn, jag är gravid. Och då ska vi liksom hantera *de här* frågorna, hur vi ska göra så att de går in.

Chefen och sjuksköterskan berättar att de främst fick information och vägledning från den privata utföraren och dess MAS, liksom att de följde Folkhälsomyndighetens rekommendationer. De upplevde att informationen var tydlig. Chefen fick också vägledning av Smittskydd Stockholm och Stockholms stad samt information från äldreboendets sjuksköterskor och läkare. Chefen saknade inte information, utan menar att det snarare fanns väldigt mycket information. Eftersom rekommendationerna förändrades över tid var det mycket att hålla reda på om vad som gällde just då, vilket kunde kännas rörigt. Hen kände också osäkerhet kring om de lyckades nå fram med all information till alla i personalen eftersom det är en dygnet-runt-verksamhet. Samtidigt menar hen att de arbetade på flera sätt med att sprida information till personalen och gav dem formulär att fylla i för att fånga upp om någon inte förstått.

Personalen tycker inte att det saknades information, de fick både muntlig och skriftlig information om hur smittan fungerar och hur de ska agera och prioritera. Chefen och sjuksköterskor gick dessutom runt och »kollade läget» och fanns tillgängliga för frågor. Några framhåller att de också har ett eget ansvar, dels att ta till sig information, dels att dela den inom personalgruppen, vilket sjuksköterskor, verksamhetschef, samordnare och aktivitetssamordnare gjorde.

BEMANNING

Frånvaron bland personalen var hög i början på grund av oro att bli smittad. Eftersom det fanns personal som var rädda för att arbeta med smittade, även senare när de hade tillgång till rätt skyddsutrustning, blev det diskussioner om vem som skulle arbeta i kohort. Att lösa bemanningen var tidvis krävande, men chefen menar att det alltid löste sig.

Chefen berättar att de anställde timvikarier för att inte ordinarie personal skulle behöva arbeta övertid. De kunde sålla bland ansökningarna för att hitta dem med erfarenhet, utbildning och gott språk. Alla fick introduktion, om än inte så lång. Den gemensamma bilden är att äldreboendet haft bra bemanning – de var aldrig underbemannade och arbetade ständigt med att fylla upp med personal. Men det har funnits nackdelar, de har ibland »gått på nitar«, som chefen uttrycker det, vad gäller nyanställningar. Personalen upplever att en del som anställdes, särskilt i början, inte hade rätt känsla för arbetet och därför missade viktiga relationella aspekter av omsorgsarbetet. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar:

Folk som jobbade där det viktigaste är att ta upp dem, ge dem mat, städa. De saknade den här ... De bor inte här bara för att de ska komma upp och äta och sen ligga och sova. De vill ha *närhet*, det är det, de vill ha *sällskap*.

Många av de nyanställda hade också bristande språkkunskaper. Detta kan få allvarliga konsekvenser i omsorgsarbetet och därmed för de boende. En av undersköterskorna berättar om när en nyanställd gick bredvid under fyra dagar för att introduceras till arbetet men inte fick fortsätta på grund av stora språkbrister:

Jag sa till chefen: »Nej, det är jätteallvarligt att sätta in en person som inte förstår språket *alls*.« För det kan vara småsaker. Du kanske säger, speciellt om du har folk som har sväljsvårigheter: »blanda förtjockningsmedel med vatten.« Så går de och ger vatten direkt, då blir det sådär *akut* grej. Och faktiskt så fick hen [chefen] avsluta henne direkt, för att hen märkte att det var *stora* kunskapsbrister och språkbrister. Det var lite minus tycker jag att de började anställa hur som helst bara för att få resurser. De tänkte inte på kompetensen och språket. Äldre är jättekänsliga för språket.

Samma undersköterska framhåller att språkbrister hos ny personal får konsekvenser även för den ordinarie personalen i form av minskad

trygghet och risk för överbelastning. Går det inte att lita på att den nya personalen förstår vad de säger utför de arbetsuppgifterna själva istället.

Trots problemen med en del av de nyanställda beskriver personalen ett gott samarbete mellan personal på avdelningarna med bra stöd av sjuksköterskor. När det varit brist på personal har det även förekommit att avdelningens ansvariga sjuksköterska gått in och hjälpt till i omvårdnaden. Undersköterskan på den somatiska avdelningen beskriver trygga sjuksköterskor och läkare som inte tvekade att gå in till boende som var smittade. Hen menar att detta kan ha haft betydelse för att minska rädslan hos omsorgspersonalen:

[Namn på sjuksköterska] gick in till *varenda* patient som blev smittad och var där och hjälpte till och tog kontroller. [...] För att det är ju så, hon är ju en *förebild*. Om hon är rädd då blir vi också rädda, ah, varför går inte *hon* in.

KOHORTVÅRD

Kohortvård för ordinarie boende bedrevs på avdelningen direkt vid misstanke om smitta. Rutinen var att isolera och boka in extra personal. Sjuksköterskorna ordinerade kohortvård och hade enligt chefen fullt mandat att öka bemanningen för att bedriva vården på korrekt sätt, vilket de gjorde i samråd med samordnaren som har till uppgift att bemanna äldreboendet. »Hellre en gång för mycket än en gång för lite, att man inte slarvar med det«, beskriver chefen sin inställning till att ordinera behov av kohort.

Extra personal sattes in för att arbeta med den sjuka personen, även på natten, och de hade inte kontakt med friska. Kohortpersonalen satt i eller i anslutning till den smittades lägenhet. De fick inte vistas i köket eller dela toaletter med andra. Kohortpersonalen hade en egen tvättkorg för sina arbetskläder, separat från annan personals arbetskläder.

Omvårdnaden av smittade var samma som för övriga boende, samtidigt som de fick göra anpassningar beroende på den enskildes behov. För en del räckte det att berätta att de behövde stanna i sin lägenhet medan andra var svårare att isolera. Eftersom personalen inte kan tvinga någon att stanna i sin lägenhet, påverkades hela avdelningen när det inte gick att isolera en smittad boende. Då fick övriga boende – de som kunde – stanna i sina lägenheter för att undvika smittspridning. Sjuksköterskan säger:

Om vi har svårigheter att isolera och vi inte kan göra kohortvård på just den här personen då har vi kohortvård på hela avdelningen blir det tyvärr. För att vi kan inte, vi kan inte, ja, vi kan inte låsa in liksom och tvinga någon att inte komma ut. [...] De som kan vara på sina rum, då kan de vara i rummet. Och de som är rörliga, då kan de vara ute. Och sen smittspårar vi då, hela tiden blir det. Så det blir ju extra jobb, men vad kan man göra.

Företaget som driver äldreboendet beslutade att öppna en covid-korttidsavdelning. Denna avdelning var öppen i ungefär ett år, från våren 2020 till våren 2021, och hit kom covid-sjuka från hela Stockholms stad och närliggande kommuner. Det var äldre som inte längre behövde avancerad vård på sjukhus, men som inte kunde flyttas tillbaka till sitt ordinarie boende eftersom de fortfarande hade smitta. Detta innebar att covid-korttidsavdelningen också var ett covid-korttidsboende. Chefen berättar:

I april var det väl, då fick jag ju såhär, då ska du öppna en covid-korttidsavdelning, tjoff bom. Jaha, jag hade liksom inget val. [...]. För jag hade en avdelning där som vi tömde och flyttade ut till tomma rum i övrig verksamhet. Och det var både spännande och lite skrämmande. Och där var det ju att vi tog emot från hela stan, och även andra kommuner, Sollentuna och Nacka och allt möjligt. Det var världens tryck. Och det var sådär, jag satt med telefonen, de ringde sent på kvällarna, kan vi skicka en *mm*.

Sjuksköterskan fick ansvar för covid-korttidsboendet eftersom det öppnade på våningen hen ansvarade för. Det var en tuff arbetssituation eftersom hen saknade erfarenhet av korttidsboende, ett arbete där många brukare antingen skrivs in eller skrivs ut och där kontakter med biståndshandläggare och anhöriga är frekventa – det kunde vara två inskrivningar och två utskrivningar samt 50 till 60 samtal per dag. Dessutom hade hen kvar ansvaret för sina övriga ordinarie boende, och när en samordnare slutade ansvarade hen under en tid även för att sköta den dagliga bemanningen. En eller två månader innan avdelningen stängde fick hen uppbackning av ytterligare en sjuksköterska på covid-korttidsavdelningen. Så här i efterhand tänker hen att de kunde ha varit bättre förberedda, även med tanke på patientsäkerheten:

Vi pratar om att efteråt man tänker, skulle ha gjort på ett annat sätt. Ja okej, *fine*, man kan öppna, men kanske skulle vara förberedd på ett annat

sätt liksom. Men det handlar också om patientsäkerhet och det kanske man inte tänkt på alla punkter där. För det var ju brister självklart, men vi har ju tack och lov inte fått några stora klagomål eller skador. Det har vi liksom klarat oss, det har vi gjort bra ändå. Men det kunde varit bättre, och de kunde varit sämre också. Om det har liksom uppstått någon skada eller hänt nånting, ja vad ska man göra *då*.

Sjuksköterskan berättar att de bemannade covid-korttidsavdelningen med den befintliga personalstyrkan, främst timanställda med viss erfarenhet. De ville inte ha någon med kort erfarenhet »för att det blir väldigt, väldigt jobbigt för oss, för brukare och för de andra kollegor som jobbar«. Personalen på covid-korttidsavdelningen arbetade inte på andra avdelningar och använde en egen hiss. De roterade i skift: två på morgonen, två på kvällen och en på natten, vilket är samma bemanning som i vanliga fall. Nattpersonalen på covid-korttidsavdelningen arbetade ensam – övrig nattpersonal fick inte komma in på den avdelningen och hjälpa till. Nattpersonalen på covid-korttidsavdelningen försökte göra det nödvändigaste på egen hand och lät andra saker vänta tills morgonpersonalen kom, ibland gjorde de vissa saker innan kvällspersonalen gick, och vid behov ringde de sjuksköterskepatrullen. Undersköterskan som arbetar nattetid arbetade på covid-korttidsavdelningen och berättar:

Alltså det som var jobbigt var det när man behövde hjälp med någon. Det *fick* man inte för att jag kunde inte ringa någon från avdelningarna eftersom man var själv här. Då fick man antingen ringa till sköterskan, eller att man fick göra det bästa man kunde själv. Var det så att de fick problem med andningen eller sådana grejer då är det sköterskan som fick rycka in.

HYGIEN OCH PERSONLIG SKYDDSUSTRUSTNING

»Basala hygienrutiner är alltid viktigt, även innan corona«, säger chefen, men vi »gjorde ett omtag«, samtidigt som pandemin medförde att »man var extra noggrann med att se till att personalen skötte sig«. De genomförde webbutbildningar i hygienrutiner och hur man använder skyddsutrustning samt arbetade med att se till att rätt material fanns på plats och användes rätt. De spred information muntligt, skriftligt och genom att visa hur man gör rent praktiskt. För att förhindra ryktes-spridning försökte de informera personalen och vidta åtgärder för att fånga upp personer som inte tagit till sig information. Chefen berättar:

Vi har även uppmanat att om du hör någonting som låter konstigt så kom då till mig eller till sjuksköterskorna, för att just det här med att man får fel information, eller du läste i Aftonbladet någonting som du blev rädd för.

I början kände sig personalen inte trygga med den skyddsutrustning som var tillgänglig och efterfrågade skyddsutrustning som inte var tillgänglig. Sjuksköterskan menar att det var »en kort kort stund bara« som de inte hade skyddsutrustning och att det berodde på att den inte gick att få tag på, men när korttidsavdelningen öppnade fanns all skyddsutrustning. Chefen hävdar däremot att de alltid hade tillgång till skyddsutrustning. De beställde från utförarens inköpsavdelning, men kunde även beställa från Stockholms stad.

Vid omvårdad av boende som var smittad eller misstänkt smittad tog personalen på sig heltäckande förkläde, långa handskar, visir och munskydd. En låda med skyddsutrustning fanns tillgänglig i anslutning till rummet. När det inte fanns misstanke om smitta använde personalen munskydd och vanliga förkläden. Undersköterskorna vittnar om att skyddsutrustningen innebar merarbete i och med att de först behövde ta på sig all skyddsutrustning inför ett besök, för att sedan ta av sig den och slänga den innan de gick ut. Dessutom desinficerade och tvättade de sina händer varje gång. Undersköterskorna beskriver det som jobbigt att arbeta med skyddsutrustning ett helt pass, att göra hela proceduren gång på gång. Det gällde dels att inte glömma ta av eller på sig något, dels att tänka till och försöka göra så mycket som möjligt vid ett besök för att inte behöva göra om hela proceduren med skyddsutrustningen igen. Men om någon annan boende larmade fick de göra om processen ändå. Dessutom blir det varmt och svårt att andas med skyddsutrustning, särskilt med visir och särskilt på sommaren.

En ytterligare aspekt var att munskydd försvårade kommunikationen med de boende. Undersköterskan som arbetar nattetid berättar att en återkommande kommentar från de boende var »kan du ta bort det där, jag hör inte vad du säger«. Hen tillägger: »Men många var medvetna att man måste ha det. Och det var ju det att man fick *skraka* eller prata tydligare och höja rösten. Och, ja, det är det enda sättet.« Från att ha använt munskydd i arbetet med alla boende och under hela passet, skulle de från april 2022 användas enbart i arbete som innebär nära kontakt med de boende.

ÖVRIGA SMITTSKYDDSGÅTGÄRDER

Boende

Undersköterskorna menar att de under pandemin var mer uppmärksamma på symtom hos de boende och informerade sjuksköterskan som var den som tog test på den med symtom. Den med misstänkt smitta isolerades i väntan på provsvar. De möblerade om i kök och tv-rum så att boende inte skulle sitta för nära varandra, men det var svårt att hålla isär boende som hade nära relationer med varandra och ibland gick det inte. Vid misstanke om smitta på en avdelning var huvudregeln att alla fick äta i sina lägenheter tills smittspårningen var klar. Men ibland var inte heller det möjligt, om några av de boende blev alltför oroliga fick de göra undantag, menar chefen. En av undersköterskorna berättar att det hände att boende med demens rörde sig mellan avdelningarna, eftersom det inte var möjligt att hålla stängt mellan dem.

All personal menar att aktiviteterna försämrades, att de boende hade tråkigt under pandemin och att några blev nedstämda. Aktiviteter för de boende ställdes in eller anpassades av smittskyddsskäl, något som chefen kommenterar på följande vis: »Så där måste jag ärligt erkänna att visst har det varit torftigt med aktiviteter. Det har det ju varit. Men vi är sakta på väg uppåt igen.« Större aktiviteter lades ner. En anställd ansvarade tidigare för aktiviteter, som musikframföranden och besök från kyrkan, men detta ställdes in och det var svårt att ersätta dessa aktiviteter. Ordinarie personal försökte aktivera de boende genom att gå ut på promenader, lägga pussel, spela spel, rita och pyssla, men det blev ändå sämre kvalitet på aktiviteterna. Chefen beställde så kallade demensdockor föreställande katter och hundar som var uppskattade bland boende med demens. Under sommaren blev det lite bättre med aktiviteter eftersom de kunde vara ute, till exempel ordna utomhusfika.

Personal

Av smittskyddsskäl fick personalen hålla sig till sin respektive avdelning i större utsträckning än tidigare. Även timanställda fick hålla sig till en avdelning. Före pandemin arbetade många timanställda på flera äldreboenden och när det började komma smitta ombads de att avstå från detta. Personalen undvek att dela utrymmen, som hissar, med personal från andra avdelningar, och åt lunch på den egna avdelningen istället för i det gemensamma personalrummet. De slutade att ha större personalmöten, cheferna gick istället runt på avdelningarna och informerade

rade omsorgspersonalen. Andra anpassningar som genomfördes var att varor levererades direkt till de avdelningar som hade egna förråd, så att personalen inte behövde hämta upp material på andra avdelningar.

Personalen instruerades att stanna hemma vid symtom, testa sig och invänta provsvar. Sjuksköterskan gjorde regelbundna tester på personalen som arbetade där det fanns sjuka. Personalen kontrollerade sin kroppstemperatur före varje pass. De som hade över 37,5 grader fick gå hem. Chefen säger att det dröjde innan smittspårningen kom igång under den första vågen, men efter hand blev det mycket smittspårning. Sjuksköterskan berättar att detta innebar merarbete; om en anställd fick konstaterad smitta var de tvungna att provta alla anställda och boende som under de senaste 48 timmarna hade varit i nära kontakt med den smittade i mer än 15 minuter. »Och sen får vi svar dagen efter om vi har en ny smitta eller inte. Har vi ny smitta då måste vi spära igen.«

Anhöriga

Chefen menar att äldreboendet var tidigt ute med att införa besöksstopp, före det nationella besöksförbudet. Och efter att besöksförbudet i Stockholm upphört införde de egna tillfälliga besöksstopp vid misstanke om smitta. Någon laglig rätt att hindra anhöriga från att komma hade de dock inte. Sjuksköterskan berättar om besöksstopp som infördes sommaren 2021 för att hindra smittspridning, men också för att de inte hade kapacitet att ta emot besökare om det medförde ytterligare arbete med smittspårning. Men anhöriga till boende i livets slutskede fick komma, och de gjorde även andra undantag från besöksstoppen efter individuella bedömningar. Chefen berättar:

Sjuksköterskorna har ju väldigt mycket kontakt med anhöriga, som har informerat på så sätt, att vi har besöksstopp, eller vi rekommenderar. Eller vi, vad ska jag säga, vädjar. Sen har det varit någon gång någon som har varit såhär jättearg och bara vägrat, utan *ska* bara komma och då har vi fått lösa det på något sätt. Skyddsutrustning, och bara på rummet. *Absolut* vid livets slut så har anhöriga fått komma, självklart. Ja. Man får göra en riskbedömning, i fall till fall, att är det värt att stå och säga nej nej nej här. Det kanske är bättre för båda parterna att vi, okej ni får komma, men då får det bli på det här sättet.

Sjuksköterskan menar att de uteblivna besöken var påfrestande för de boende som är vana vid besök. Vissa blev frustrerade över besöks-

restriktionerna och trodde inte på att de behövdes. Undersköterskan som arbetar nattetid säger att de boende var ledsna över att anhöriga inte fick komma och att en del trodde att anhöriga inte ville komma, att de blivit övergivna. Personalen försökte trösta och lugna, samtidigt som de försökte att inte förklara för mycket eftersom de boende kunde bli mer oroliga av det.

Äldreboendet köpte in surfplattor för att de boende skulle kunna kommunicera med sina anhöriga genom videosamtal. Det trådlösa nätverket på äldreboendet fungerade dock dåligt, så personal fick många gånger låna ut sina egna telefoner för att lösa situationen. Det hände också att anhöriga stod utanför äldreboendet och vinkade till sina närstående för att hålla kontakten. Under sommaren kunde de boende träffa sina anhöriga utomhus, fast med avstånd. Personal var med under besöken och fick emellanåt se mellan fingrarna när anhöriga inte höll avstånd. De insatser som gjordes för att kompensera för de uteblivna besöken räckte inte till, de kunde inte ersätta den närhet som de äldre behöver, säger undersköterskan på den somatiska avdelningen. Hen berättar att en del av de boende blev ledsna av att inte få besök:

Vi hade flera som blev *jättedepimerade*. [...] Så gjorde vi undantag, att de fick träffas med avstånd och munskydd och allt, för att vi kände att det var mycket bra för dem att träffas. För att den här personen skulle inte återhämta sig annars. [...] Det hjälper inte att skicka en blomma. För att för de äldre är det närheten som de vill ha och inte någon blomma eller chokladask, det ersätter inte närheten.

Trots att det var svårt för de boende och deras anhöriga framhåller personalen att det var nödvändigt att stoppa besöken. Undersköterskan på den somatiska avdelningen säger: »Hos oss en patient blev smittad för två månader sedan på grund av att hon hade närkontakt med sina anhöriga [...]. Man behövde *verkligen* besöksstoppet.« Besöksrestriktionerna orsakade även oro och frågor bland anhöriga. Sjuksköterskan säger: »Vi pratade med anhöriga regelbundet och informerade om vad som händer, så att de kan känna sig trygga, de kan känna sig delaktiga i vården.« Förutom att sjuksköterskorna berättade för anhöriga vad som gäller vid besök skickade äldreboendet även ut veckobrev med information.

Under våren 2022 när intervjuerna genomfördes tillämpade äldreboendet fortfarande vissa begränsningar för besök: anhöriga bokade

besöket i förväg, vistades enbart i den boendes lägenhet och använde munskydd.

PERSONALENS LÄRDOMAR AV PANDEMIN

Chefen framhåller att de som bor i dagens äldreboenden i regel är mycket sjuka och att verksamheterna behöver mer medicinska resurser för att klara sitt uppdrag, samtidigt som hen inte vill tillbaka till den gamla institutions- och sjukvårdspräglade långvården som upphörde med den så kallade Ädelreformen:

De som flyttar in idag är inte lilla Greta som sitter och rullar skedar i servetter och går omkring med rullar i håret, utan de är ganska sjuka, multisjuka. Vi har haft att man kommit in torsdag och avlidit söndag, eller två veckor bara. Man måste ha lite andra resurser i äldreomsorgen. Det får inte heller bli för sterilt så som det var innan Ädelreformen, att det är sjukhem med fyrsalar, inte *alls* så. Men ändå att man måste tänka på bättre resurser att kunna ta hand om svårt sjuka.

De medicinska resurser som chefen efterlyser är tillgång till syrgas och förstärkt sjukvårdskompetens genom att ha sjuksköterskor på plats även kvällar, nätter och helger. Detta skulle öka den medicinska säkerheten och stärka kompetensen bland omsorgspersonalen. Chefen menar att det är problematiskt att det finns flera olika undersköterskeutbildningar som inte har samma innehåll och kvalitet, och anser att undersköterskornas sjukvårdskompetens kan stärkas med vad hen ser som en riktig undersköterskeutbildning. Vad gäller sjukvårdskompetens betonar chefen särskilt vikten av hygienrutiner och ser de strikta hygienrutinerna under pandemin som en bidragande orsak till att de inte drabbades av vare sig vinterkräksjuka eller influensa:

Då har man fått lära sig att se hur viktigt det faktiskt är. Det har väl jag förstått. Men jag har jobbat så många år så jag vet hur slarvigt det kan vara emellanåt, om man ska vara riktigt ärlig.

Flera av de intervjuade tar upp att undersköterskeutbildningen inte alltid håller måttet och att den behöver förbättras. Efter genomgången utbildning kommer undersköterskor som inte kan språket och saknar grundläggande vård- och omsorgsförmågor. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar om sina erfarenheter av låga krav på

utbildningen: »Alltså jag brukade anstränga mig och de sa, men varför, du får E [godkänt betyg] ändå.« Hon fortsätter:

Jag märkte att det var skandal, att man bara satt där. Vissa kunde inte ens språket. [...] Så jag tycker att staten kanske ska satsa på att höja kraven på dem som ska jobba inom äldreomsorg, för till slut är det människor som vi jobbar med.

Fallbeskrivning: Privat boende 2

UPPGIFTER OM ÄLDREBOENDET

Privat boende 2 har omkring 50 platser, varav två tredjedelar på demensavdelningar och en tredjedel på somatiska avdelningar. På avdelningarna ligger lägenheter på båda sidor längs en korridor med gemensamhetsutrymmen. Avdelningarna är avskilda från varandra med dörrar.

Grundbemanningen för omsorgspersonal på dagtid, både vardag och helg, är 4,5 boende per omsorgspersonal. På natten är det 18 boende per omsorgspersonal. Grundbemanningen för sjuksköterskor dagtid på vardagar är 27 boende per sjuksköterska. Kvällar, nattetid och helger har äldreboendet tillgång till sjuksköterskor i ett mobilt team.

INTERVJUPERSONER

Fem anställda har intervjuats på äldreboendet:

- › En chef som är utbildad socionom och har varit chef på äldreboendet sedan februari 2020. Hen har varit chef inom framför allt äldreomsorg i totalt över 20 år.
- › En sjuksköterska som har arbetat på äldreboendet sedan flera år tillbaka. Hen har arbetat som sjuksköterska i 10 år och inom äldreomsorgen i sammanlagt omkring 20 år.
- › En undersköterska som arbetar på en demensavdelning. Hen har arbetat i mer än 5 år på äldreboendet.
- › En undersköterska som arbetar på en somatisk avdelning. Hen har arbetat på äldreboendet i mer än 5 år. Hen har arbetat i sammanlagt över 10 år inom äldreomsorgen.
- › Ett vårdbiträde som har en timanställning. Hen började arbeta på äldreboendet strax före pandemin och har enbart arbetat på det aktuella äldreboendet under pandemin.

SMITTA

Privat boende 2 hade ett tidigt fall av covidsmitta, i slutet av februari eller i början på mars, som resulterade i att en boende dog. Det blev inte någon ytterligare smittspridning på äldreboendet i samband med det första fallet. Sjuksköterskan berättar om det skrämmande snabba sjukdomsförloppet i det första fallet. Efter att ha haft feber och hosta blev mannen feberfri och märkbart piggare under några dygn, för att sedan plötsligt bli akut sjuk:

Och så bara kraschade han. Han blev liksom, på bara några minuter, blå i hela kroppen och rosslig i lungorna. Och jag ringde till anhöriga och sa det liksom att det inte ser bra ut, så de hann ju precis komma hit. Men alltså från att ha varit pigg i liksom fyra fem dygn och sen bara [svischande ljud] och så *borta*. Nej, det, *riktigt* otäckt.

Omsorgspersonalen beskriver att den första tiden var skrämmande och svår, inte minst för att de inte visste något om sjukdomen. Med ökad kunskap om hur de skulle arbeta för att inte själva bli smittade och inte sprida smittan blev de mindre rädda. Undersköterskan på den somatiska avdelningen beskriver den första tiden på följande sätt:

Man var orolig för *allt*. Hur ska vi skydda, alltså vi visste inte vad, de sa det kommer från *allt*, man blir smittad från allt. Man visste inte hur ska man skydda sig. [...] Men första året det var svårt, men sen vi har lärt oss. Nu vet vi hur vi ska jobba, vad vi ska göra, hur ska vi skydda oss.

Sjuksköterskan kände oro för situationen på arbetsplatsen vad gäller bemanning och smittade boende en period i början av pandemin. Till skillnad från omsorgspersonalen var det inte bristen på kunskap som var orsak till oro, utan tvärtom – yrkeskunskapen bidrog till hens rädsla att bli smittad. Samtidigt som äldreboendet fick in smittan, kom rapporter från sjukvården som fick hen att dra slutsatsen att skyddsutrustningen som användes inom äldreomsorgen inte var tillräckligt bra:

Vi fick ju en, en som blev covid-positiv väldigt tidigt, och i det skedet så började man få höra om vårdpersonal, läkare, alltså unga personer som blev liksom väldigt exponerade, hamnade i respirator, och att [...] det är luftburet. Och med den erfarenhet som jag har innan, liksom den kunskapen, så tänkte jag att [...] om det är på det sättet, worst case, så är ju

inte de skydden vi använder tillräckligt bra. [...] Jag tänkte ju flera gånger när jag tog på mig allt det där liksom att, okej, nej, nu, jag kommer inte undan, nu blir jag smittad.

Både chefen och sjuksköterskan menar att de var noga med att själva gå in till smittade för att visa omsorgspersonalen att det ingår i arbetet, och om möjligt minska deras rädsla. Sjuksköterskan berättar om det första covid-fallet på äldreboendet:

Jag måste ju visa att det här är en gammal människa som är smittad, men fortfarande behöver vård, omsorg. Och om *jag* inte kliver in där varför ska de göra det [...] det är det här som är vårt jobb. Och samtidigt tänkte jag när jag stod därinne, nu har [jag] varit här mer än en kvart hos honom. Du har liksom stått nära och vänt honom på sidan för att han har hostat. Ja jag har ju garanterat blivit smittad. Men inte visa något sånt ute.

Chefen berättar att rädslan för smitta ledde till att den personal som vågade arbeta med det första covid-fallet på äldreboendet blev utfrysta av sina kollegor. De vågade inte vistas i omklädningsrummet eller i personalmatsalen samtidigt som dem. »Vi pratade väldigt mycket om det här, men ja, jag vet inte om det blev bättre för det var en inbyggd rädsla. [...] Man pratade mycket, att personalen blev smittad på sjukhus, personal *dog*.« Förutom ökad kunskap tror chefen att det faktum att det dröjde lång tid innan smittan återkom till äldreboendet bidrog till att personalens rädsla avtog: »Det gick *lång* tid, så att man hann vänja sig vid den här sjukdomen innan nästa omgång kom till oss.«

Efter det första tidiga fallet av smitta, då en boende dog, dröjde det flera månader innan smittan återkom. Äldreboendet hade också ett större utbrott i januari 2022, när alla var vaccinerade. Denna omgång yttrade det sig mer som en vanlig förkylning, eller helt symtomfritt. Enligt sjuksköterskan spreds inte smittan mellan avdelningar. Att de lyckades begränsa utbrottet till en smittad boende i början ser hen som en förutsättning för att det gick så pass bra som det gjorde under pandemin som helhet:

Den här första som blev smittad, om vi hade fått en spridning *där*, då hade det kunnat bli riktigt illa. Men i och med att vi lyckades isolera det under den här första kritiska perioden så blev det aldrig [...] övermäktigt [...], alltså det har aldrig *spårat ur* på något sätt. På den biten har det känts lugnt, stabilt liksom.

Kunskap, vägledning och information

Vid det första covidfallet på äldreboendet fanns inga etablerade rutiner för just covid, men sjuksköterskan och chefen beskriver att de utgick från den kunskap och de rutiner som gällde andra smittsamma sjukdomar för att komma fram till hur de skulle göra.

Enligt chefen kom det ett stort inflöde av information från den privata utföraren, Stockholms stad och Region Stockholm. Sjuksköterskan fick sin främsta information från chefen, den privata utförarens MAS, Region Stockholm och Folkhälsomyndigheten. De fick information om övergripande rutiner från den privata utföraren som de sedan anpassade till lokala förutsättningar. Informationen ändrades gång på gång och det var en utmaning att hantera det. Sjuksköterskan beskriver det på följande sätt:

Det var mycket nytt hela tiden. Från ena dagen till den andra så kom det mer information. Och information som man hade fått ena dagen gällde inte längre andra dagen. Och det var såhär daglig uppdatering mitt i den här *stormen* liksom. Så det var bara att, ja, hänga med så gott man kunde.

Chefen menar att det var en utmaning att förmedla information till samtlig personal, dels för att de inte skulle samlas i större grupper, dels för att alla inte var på plats hela tiden. Men hen samlade personal i mindre grupper och visade filmer om hur man tar på sig skyddsutrustning. Hen kom personligen in på nätterna och instruerade personal hur skyddsutrustningen skulle användas. Filmvisningarna blev i praktiken även handledningstillfällen, där personalen fick möjlighet att ventileras sin oro och ställa frågor. Sjuksköterskan berättar att de delade en hel del information med personal skriftligt för att inte gå runt på avdelningarna för mycket, men att de samtidigt förde »en levande dialog« om hur man skulle tänka och göra för att hantera oron och ovissheten. Senare kom en app som gjorde det möjligt att dela information med alla anställda, även timanställda, på ett smidigare sätt.

Omsorgspersonalen beskriver att de fick information från sjuksköterskor och chef om arbetssätt för att inte smittas själva och inte sprida smittan. De hade informationsmöten och utbildningar i hygienrutiner samt gjorde uppgifter på nätet.

BEMANNING

Sjuksköterskan menar att det i perioder var svårare att få ihop personal, men att de hade beredskapsplaner för hur de skulle prioritera arbetet om det saknades personal. Enligt chefen sjukskrev sig flera personer på den avdelning där det första covid-fallet inträffade, för att de var rädda eller sjuka, men det fanns personal som vågade gå in till den smittade. Att äldreboendet endast hade två sjuksköterskor under pandemin var sårbart men fungerade ändå, enligt sjuksköterskan, eftersom de hade »sjuksköterske-trainees« från andra länder och därför i praktiken var tre sjuksköterskor.

Pandemins fjärde våg, omikronvarianten, var den »jobbigaste perioden egentligen« eftersom »*alla* var sjuka, både boende *och* personal«, säger chefen. Inga dog på äldreboendet men stor personalbrist uppstod. De fick prioritera bort vissa arbetsuppgifter, till exempel att anordna aktiviteter, och flytta personal mellan avdelningarna. De fick ringa runt för att få in personal, även till dem som hade semester. Personal som har andra uppgifter, som samordnare och aktivitetsansvarig, fick arbeta med omsorgen. Ibland fanns ingen van personal på vissa avdelningar. De fick också gå ner i bemanning vilket var slitsamt för personalen, särskilt med tanke på att det pågick i flera veckor. Tre personer fick göra fyra personers arbete och, även om det var sällsynt, förekom det att två personer fick göra fyra personers arbete. Chefen menar att de gjort riskanalyser för stora personalbortfall och att de informerade anhöriga. Undersköterskan på den somatiska avdelningen berättar om den slitsamma situationen:

Det var lite svårt. Vi stannade dubbelpass ibland i fyra dagar i rad, vi var tvingade att jobba dubbelpass. Avdelningen var inte utan personal men det var svårt för oss. [...] Några personal jobbade på en vecka nästan 60 nånting timmar. [...] Därför personalen blev sjuk så lätt, eftersom vi hade ingen kraft. Vi hade ingen energi, vi vilade inte ordentligt, vi åt inte ordentligt. Det var bara hem och duscha och sova och komma till jobbet, det var det, så vi klarade inte.

Enligt chefen hade de gott om timanställda men det räckte ändå inte till när det blev stora personalbortfall under omikron. Undersköterskan på den somatiska avdelningen bekräftar detta och menar att även de timanställda var sjuka under omikron. Chefen menar att de dels hade svårt att få tag på personal, dels hade brist på resurser för att anställa flera

eftersom de använde nästan alla resurser till att bemanna. Samtidigt var det inte ett lika stort problem att få personal att arbeta med smittade under omikron som i början av pandemin: »Det finns inte samma rädsla generellt, men vissa är lika oroliga fortfarande. Både de som har tagit vaccin och inte tagit vaccin, de är lika oroliga, men de är enstaka.«

Både timanställda och en del ordinarie personal arbetade även på andra boenden. Chefen förklarar att det innebar ökad risk för smittspridning, framför allt genom att timanställda inte var lika insatta i rutinerna på äldreboendet och att vissa valde att arbeta trots att de själva var smittade: »En del jobbar till och med när de är smittade själva, om det inte syns och märks väldigt mycket, för att de behöver pengar.«

Chefen berättar att de hade regelbundna avstämningsmöten med andra verksamheter som drevs av samma utförare om hur situationen var på boendena och hur de kunde stötta varandra. De lånade ut material till varandra i den mån det var möjligt, men det var svårt att låna ut personal till varandra.

Enligt sjuksköterskan fungerade samarbetet med läkare bra under pandemin, även om det varierade något på grund av att de hade olika läkare under perioden. Under några månader i början av pandemin kom inte läkarna till äldreboendet, de var istället tillgängliga på telefon. Sjuksköterskan menar att det inte drabbade äldreboendet eftersom de inte hade något behov av fysiska läkarbesök under den perioden, förutom vid ett tillfälle och då kom läkaren och gjorde ett hembesök. Chefen berättar att de i början av pandemin fick information från äldreboendets läkare om att ingen skulle skickas till sjukhus oavsett vad det gällde, för att man behövde platserna för resten av samhället. Frågan blev dock aldrig aktuell på äldreboendet under den perioden.

KOHORTVÅRD

Chefen visste inte vad kohortvård var när första fallet av smitta kom, men hen menar att de ändå gjorde förändringar som liknade de som krävs vid kohortvård. Dagtid avsatte de personal som bara arbetade med den smittade personen, men inte nattetid. När det första covid-fallet inträffade ändrades scheman för personalen på den avdelningen; de arbetade längre pass för att det inte skulle vara så många som arbetade där och de lämnade inte avdelningen under raster. De var noga med att desinficera och sköta handhygien. Personalen använde heltäckande skyddskläder som de tog av i den smittades lägenhet när de var

klara. De bytte även arbetskläder efter att de varit hos den personen. Samarbetet med kollegor, sjuksköterskor och chef var bra – alla hjälpte varandra. Chefen var tillgänglig på telefon även kvällar och helger. I början ringde personalen ofta för att fråga hur de skulle göra om de misstänkte smitta hos någon, men när rutinerna satt sig behövde de inte det längre.

Om någon boende hostade eller var trött, eller visade andra symtom, informerades sjuksköterskan. Den boende isolerades och testades, och det avsattes särskild personal som enbart arbetade med sjuka. Om det var upp till tre sjuka på en avdelning var det en personal och om det var fler eller dubbelbemanning var det två personal som arbetade med sjuka. De avsatte även extra personal till sjuka på natten. Personal som arbetade med smittade skulle inte komma nära andra – de fick inte sitta i köket på avdelningarna och helst inte i personalmatsalen utan satt i ett enskilt rum som under normala omständigheter används för samtal. Grannavdelningen lagade mat till den avdelning där det var smitta.

För somatiskt sjuka boende var det inga större problem att genomföra kohortvård, de förstod varför de skulle hålla sig i sin lägenhet en vecka om de nös eller hostade. Men det var svårt att genomföra kohortvård med personer med demenssjukdom eftersom de inte alltid kunde förstå eller minnas varför de skulle vara i sin lägenhet. Kohortvård genomfördes i den mån det var möjligt på demensavdelningen och hela avdelningen betraktades som potentiellt smittad. En del lägenheter öppnas rakt ut i matsalen, vilket medförde vissa svårigheter. Om en smittad ville komma ut från sin lägenhet fick omsorgspersonalen försöka avleda personen med någon aktivitet inne i lägenheten eller se till att det var tomt i matsalen och korridoren – att de friska var kvar i sina lägenheter. Undersköterskan på demensavdelningen berättar:

Det var mest att hålla dem på rummet. Det var *jättesvårt* och liksom förklara, att man är förkyld. En dag går, men två tre fyra dagar, en vecka, det går inte liksom. »Varför sitter jag här i rummet själv?» De blir irriterade och arga ibland, varför ska jag sitta i rummet.

Två smittade med demenssjukdom som var svåra att isolera flyttades till ett korttidsboende som Stockholms stad upprättat för just denna målgrupp. De reagerade dock negativt på miljöombytet och båda dog under tiden på korttidsboendet. Det var en svår avvägning mellan att skicka smittade med demenssjukdom till korttidsboendet och ha kvar

dem på avdelningen där de riskerade att smitta fler boende, menar chefen:

Anhöriga var inte glada för att vi flyttade dem. Det var ny personal, det var ny miljö, det var inte deras egna möbler. De blev *ännu* mer förvirrade av det här miljöombytet. Så jag vet inte om det var bra.

Äldreboendet hade inga slussar där personalen kunde byta om, vilket försvårade korrekt kohortvård. Istället hade de bord med skyddskläder, handsprit, desinfektion och allt de behövde i anslutning till de smittade. De försökte ha detta material inne i lägenheterna men det gick inte hos boende med demenssjukdom som kunde ta material från borden eller dricka handspriten. De förvarade också materialet utanför lägenheten, men då kunde andra boende med demenssjukdom komma åt det. Personalen fick därför börja ha handsprit i småflaskor i fickan, men där det var möjligt förvarades det i eller utanför lägenheten.

Sjuksköterskan menar att det krävdes att sjuksköterskorna på plats vågade stå på sig vad gäller extra bemanning för att kohortrutinerna skulle följas. Hen upplevde ett visst motstånd från chefs sida mot att sätta in extra bemanning för att genomföra kohortvård och det krävdes att hen stod på sig för att få det:

Jag upplevde lite motstånd i början om att ta in extra personal. Men då pratade jag med vår chef och sa att det är ju inget läge att var dumsnål *nu*. Utan som det är nu så behöver vi jobba kohort och då behöver ju rätt förutsättningar finnas för det. Då behövs det tas in en extra personal, och *även* på natten.

HYGIEN OCH PERSONLIG SKYDDSUSTRUSTNING

Sjuksköterskan förklarar att personalen normalt använder handskar och förkläde vid personnära omsorg men att de under pandemin skulle ha munskydd – och under en period även visir – i arbete med icke-smittade. I arbete med smittade skulle personalen använda handskar, visir, speciella munskydd och långärmade förkläden. Sjuksköterskan menar att det främst var direktiven om vilken skyddsutrustning de skulle använda i arbete med icke-smittade som ändrades under pandemins gång.

Chefen säger att de hade tillgång till all skyddsutrustning från början av pandemin, förutom visir som de aldrig tidigare haft i lager och som dessutom inte gick att beställa. De tillverkade egna visir av laminat-

film och resårband inledningsvis, men efter några veckor gick visir att beställa och deras säljkontakt på det företag de beställde material från såg alltid till att boendet fick allt de behövde.

Chefen och sjuksköterskan menar att det blev svårt att förklara för personalen vilken skyddsutrustning de skulle använda eftersom direktiven ändrades över tid. Det blev ännu svårare när omsorgspersonal såg människor på tv som bar heltäckande skyddskläder i andra länder, som de enligt direktiven inte själva skulle bära. Sjuksköterskan menar att de förändrade direktiven om att man inte längre skulle ha heltäckande plastförkläden med armar, utan att det skulle räcka med förkläden utan armar, orsakade viss misstro även hos hen eftersom det samtidigt kom rapporter om brist på skyddsmaterial. Misstanken väcktes att direktiven förändrades på grund av brist på skyddsutrustning snarare än av förändrat kunskapsläge: »Jag tror att många kände att, jaha, men skyddar det här nu då?»

Personalen vittnar om att det var varmt att arbeta i skyddsutrustning, särskilt visir som dessutom gjorde det svårt att andas. Men de har olika syn på om kommunikationen med äldre påverkades av deras skyddsutrustning. Den ordinarie omsorgspersonalen menar att de boende kände igen dem även med skyddsutrustning, medan det timanställda vårdbiträdet uppger att vissa inte hörde vad hen sa när munnen var täckt av munskyddet. Hen fick prata långsamt och tydligt.

ÖVRIGA SMITTSKYDDSATGÄRDER

Boende

Chef och personal menar att hjälpen till de äldre förändrades under pandemin på så sätt att aktiviteter minskade, utevistelser upphörde helt och viss städning blev nedprioriterad. Första året arrangerades inga större aktiviteter alls på äldreboendet. När de sedan påbörjade dem igen fick de snart avbryta när smittan återkom. De boende blev uttråkade och satt mest på soffan och sov när de inte hade något att göra och behövde isoleras i sin lägenhet; de blev trötta och »hängiga«. De boende fick ha aktiviteter på sin avdelning, men inte gemensamt med andra avdelningar. De tittade på film, fixade naglar, spelade kort, var ute, spelade musik, fikade och bakade. Undersköterskan på demensavdelningen säger att personalen hade mer tid att sitta ner och prata med de boende som inte var smittade. När äldreboendet började med aktiviteter igen tillsammans med andra avdelningar var förutsättning-

arna att alla var friska på den avdelning där aktiviteten hölls och att alla som deltog var symtomfria.

De har i huvudsak inte begränsat de boendes möjligheter att äta och fika tillsammans, men om någon var sjuk åt alla på avdelningen i sina lägenheter i några dagar tills samtliga blivit testade och fått negativa provsvar. Men om ett fåtal boende ville äta tillsammans kunde de få göra det om de satt långt ifrån varandra. Undersköterskan på den somatiska avdelningen menar att de fortsatte med denna rutin även när intervjuerna genomfördes våren 2022: »Till och med nu, de har lärt sig, så fort de känner att de är *lite* sjuka, ja vi ska stanna hemma idag.«

När någon på avdelningen var smittad genomfördes temperaturkontroller på alla boende, morgon och kväll. De hade täta kontroller av feber, allmäntillstånd och syresättning hos den som var smittad, och den som blev sämre flyttades till sjukhus. Under pandemins gång ändrades sjukhusens rutiner, de slutade till exempel med att testa patienten dagen innan hemgång, vilket ledde till att den boende testades direkt vid hemkomst istället och isolerades i lägenheten i väntan på provsvar.

Personal

Bland de smittskyddsåtgärder som riktades mot personalen märks smittspårningsinsatser, åtgärder för att minska kontakter inom personalgruppen och ett ökat fokus på hygienrutiner. Antalet personal som har vistats i de tre omlädningsrummen på äldreboendet begränsades till två eller tre åt gången. När smitta upptäcktes på en avdelning stängdes den och personalen fick inte arbeta på andra avdelningar. Normalt sett har sjuksköterskorna ansvar för egna avdelningar, men om smitta upptäcktes på en avdelning fick en sjuksköterska ansvar för den avdelningen och den andra sjuksköterskan för de övriga.

Under den första vågen fick de hjälp av Region Stockholm som kom vid två tillfällen och gjorde screening på alla, såväl personal som boende. På så sätt upptäcktes personal som var smittad utan att ha symtom. En gång togs även ett antikroppstest på personalen. Detta skedde under en period då testning förekom sparsamt och chefen vet inte varför de kom just till deras boende. När testningen kommit igång i större skala beställdes test hem till personal som fick symtom. Till en början var det chefen som beställde, senare personalen själva. När smitta upptäcktes på en avdelning testades boende och personal som varit där med hjälp av smittspårningsenheten. Vid dessa tillfällen fick

personalen komma till äldreboendet för att testas och genom denna smittspårning upptäckte de personal som spridit smitta utan att ha varit medveten om det.

Anhöriga

Den privata utföraren införde besöksstopp tidigt under den första vågen, innan Stockholms stad beslutade om det. Chefen tyckte att det var bra för att minska antalet personer som vistades på äldreboendet. Medan de flesta somatiskt sjuka boende förstod besöksrestriktionerna och tyckte att det var bra, hade vissa boende med demens svårt att förstå varför anhöriga inte kom på besök och trodde att anhöriga glömt bort dem.

Under det nationella besöksförbudet 2020 erbjöds anhöriga möjligheten att boka telefon- eller videosamtal med sina närstående på äldreboendet. För boende med syn- eller hörselnedsättning fungerade det inte så bra och det var också svårigheter att genomföra samtalen för personer med demenssjukdom. På sommaren kunde anhöriga boka in besök på innergården med plexiglas mellan den boende och besökaren. Anhöriga kunde själva se lediga tider och boka i ett särskilt bokningssystem. När besöksförbudet upphörde fortsatte äldreboendet med bokningssystemet för att undvika att många besökare kom samtidigt.

Undersköterskan på den somatiska avdelningen var ansvarig för att gå ner med boende till innergården när de skulle träffa sina anhöriga sommaren 2020. Hen berättar om de känslomässiga påfrestningar som uppdraget medförde:

De ville bara krama sina barn och pussa, och de fick inte. Jag sa till chefen jag klarar inte det här, jag klarar inte. En gång hon [en boende] sa till mig, vad är meningen med att du går ner med mig, du låter mig inte ens krama mina barn. [...] Hon var jättearg på mig. Och sen en gång, en dam sa till mig, titta mina barn [som glömde att ringa den dagen], de har glömt mig. De vill inte ens komma, de tror jag bär viruset.

En del anhöriga tyckte att besöksförbudet var bra, andra inte, menar chefen och berättar om anhöriga som var mycket oroliga: »Det var *väldigt* mycket skrivelser om äldreboende, hur *alla* dör på äldreboende. Det är klart att anhöriga var oroliga. Och de fick inte ens komma hit och träffa mamma eller pappa. Så de hade väldigt mycket behov av information.« Det hände att anhöriga smög sig in på kvällar och helger, men det upphörde efter att chefen mejlat dem. Hen tycker att det var

svårt att hantera anhöriga som inte ville acceptera besöksförbudet och som ringde och mejlade varje dag.

Chefen skickade ofta information till anhöriga för att hålla dem uppdaterade om läget när de inte fick komma dit. Sedan tidigare skickades veckobrev ut till anhöriga, men vissa perioder under pandemin gjordes utskicken varje eller varannan dag för att anhöriga skulle känna sig trygga. Brevet kunde vara kortfattade med bland annat information om hur många som var smittade och på vilken avdelning. Sjuksköterskan säger: »Anhöriga har vetat om att, nej men de behöver inte hålla på att ringa hela tiden utan de får uppdateringar hela tiden.»

Chefen tyckte att det var lite oklart om besöksförbudet också innebar att anhöriga inte fick ta med sig sina närstående ut, men kom fram till att det inte fanns något utgångsförbud. Undantag från besöksförbudet gjordes vid livets slut eller om någon var allvarligt sjuk, oavsett om det var covid eller inte. Anhöriga fick komma om de använde skyddskläder och en särskild in- och utgång. Vid inflyttning och utflyttning fick anhöriga också komma. Det var svåra avvägningar i början om när de skulle låta anhöriga komma eller inte.

När besöksförbudet upphörde skulle anhöriga fortsätta ha munskydd vid besök och de fick bara vistas inne i lägenheten hos den närstående. Chefen menar att det var svårt för en del anhöriga eftersom de kände och brydde sig om andra boende också. Dessutom minskade följsamheten i takt med att restriktionerna i samhället hävdes, så personalen fick påminna anhöriga som satt nära utan munskydd.

PERSONALENS LÄRDOMAR AV PANDEMIN

Erfarenheterna från pandemin talar för att äldreboenden behöver mer medicinsk utrustning, menar chefen:

Det är lite större frågor, till exempel att vi inte har syrgas på äldreboende, vi har inte saturationsmätare, alltså sån här blodsyremätningssmätare [...]. Men det ska vi inte ha, har någon bestämt. Såna saker skulle kunna hjälpa, men äldreboenden är inte byggda för det.

Chefen berättar att äldreboendet inte fick använda fläktar under sommaren 2020 eftersom de kan sprida smitta i luften. Samtidigt kan det bli väldigt varmt på somrarna på många äldreboenden, vilket också hotar de boendes hälsa och välbefinnande. Här ser hen ett behov av att installera luftkonditionering på äldreboenden.

Bemanningen utgjorde en sårbarhet för äldreboendet under pandemin, i synnerhet under omikron då sjukskrivningar och svårigheter att rekrytera vikarier skapade en särskilt hög arbetsbelastning för den befintliga personalen. Enligt chefen har sjuksköterskebemanningen blivit förstärkt med en tredje sjuksköterska, men vid tillfället för intervjun var bemanningen av omsorgspersonalen densamma som under pandemin. Hen menar att de kanske behöver mer omsorgspersonal som de kan »ringa in«, samtidigt som det kanske inte räcker att lägga till många namn på listan om de inte finns tillgängliga när de behövs.

Undersköterskan på den somatiska avdelningen anser – utifrån sin erfarenhet av personalbristen – att äldreboendet behöver öka sin bemanning av omsorgspersonal på dagtid, från nuvarande 4,5 boende per omsorgspersonal till 3,6 boende per omsorgspersonal. Detta skulle göras åtminstone tre dagar i veckan för att minska sårbarheten. Hen menar också att det skulle underlätta om inte all omsorgspersonal sköter alla uppgifter. Till exempel att viss personal enbart sköter omvårdnaden och att extra personal tas in för att sköta mat och aktiviteter.

Sjuksköterskan framhåller att en viktig lärdom inför framtiden är det faktum att de lyckades implementera nya arbetssätt under pandemin. Hen menar att de behöver arbeta på motsvarande sätt med implementering av nya arbetssätt även framöver, att inte bara prata om vad de ska göra utan faktiskt införliva nya saker i det dagliga arbetet genom att fördela ansvar och följa upp:

Vi har behövt hela tiden prata om och ta beslut att när det blir såhär då gör man *så*, och vem gör vad *när*. Men jag tänker att det behöver vi plocka upp på alla andra grejer vi gör, att ha liksom lika bra arbete. [...] Vi fick ju göra en crash-course med implementering av det här i pandemin för att det *krävdes*. Det var ju det största fokus under en period, och då händer det grejer och då blir det bra.

Att tillämpa basala hygienrutiner kan ses som ett arbetssätt som de lyckades implementera på ett framgångsrikt sätt under pandemin. Sjuksköterskan menar dock att den främsta drivkraften var rädsla för att bli smittad: »Det som vi har märkt nu när folk har varit på riktigt *rädda* för nånting, vad duktiga de är på att tvätta händerna [...]. Vi har ju inte haft särskilt mycket annat, liksom vinterkräksjukan, vart tog den vägen?»

Slutsatser och diskussion

Syftet med denna studie är att belysa olika personalgruppers erfarenheter av hur covid-19-pandemin hanterats på äldreboenden i Stockholm. Vad kan vi lära oss av det som hänt vad gäller både policy och praktik? De frågeställningar som vi sökt svar på är:

1. Vilka var förutsättningarna för att hantera pandemin? Vilken vägledning och vilka resurser fanns respektive saknades?
2. Vilka åtgärder vidtogs under pandemin för att hindra smittspridning? Hur upplevde personalen att det var att genomföra dessa åtgärder?
3. Vilka konsekvenser fick pandemin för personalen och för de boendes vård och omsorg? Vilka prioriteringar och dilemman ställdes enhetschefer och personal inför?

I detta kapitel presenterar vi hur studien sammantaget svarar på dessa frågor. Vi fokuserar på likheterna mellan de fyra äldreboenden som vi har studerat, snarare än skillnaderna. Vi jämför också våra slutsatser med tidigare forskning, och diskuterar vad vi kan lära oss av studiens resultat vad gäller både policy och praktik.

Förutsättningar för att hantera pandemin

SKRÄMMANDE START MED OLIKA FÖRLOPP
AV SMITTSPRIDNING

De fyra äldreboendena fick in smitta i olika skeden av pandemin, vilket medförde olika förutsättningar att hantera den. Två av äldreboendena fick in smitta precis i inledningen av den första vågen (i slutet av februari

eller början av mars 2020), vilket innebar mindre tid för förberedelser och sämre förutsättningar att vidta åtgärder. Förutom att det rådde brist på kunskap i samhället i stort om hur viruset spreds och hur smittspridningen skulle begränsas, saknades erfarenheter från andra äldreboenden att dra lärdom av. Dessutom var tillgången på skyddsmaterial och läkarvård begränsad på äldreboendena och det fanns inte tillgång till vare sig vaccin eller verksamma medicinska behandlingar.

Kommunalt boende 1 och Privat boende 2 fick in smitta i början av pandemin och i brist på kunskap om just covid-19 utgick personalen från etablerad kunskap om virus och smittskydd när de vidtog åtgärder för att hindra smittspridning. Det privata boendet lyckades temporärt stoppa smittspridningen, medan det kommunala boendet fick en omfattande smittspridning som resulterade i flera dödsfall under kort tid.¹⁰ Detta innebar att situationen blev mycket pressad och rädslan för viruset var stor bland samtliga personalgrupper. På de övriga tre äldreboendena beskriver personalen inte motsvarande känsla av kontrollförlust och maktlöshet, vilket kan förklaras av att de antingen fick in smittan i ett senare skede eller fick in den tidigt men lyckades stoppa spridningen. Att smittspridningen inte blev lika omfattande för dessa tre äldreboenden under den första vågen innebar att nya arbetssätt hann etableras och att smittspårning hann komma igång, liksom att kunskap, skyddsutrustning och verksamma behandlingsformer kunde komma på plats under något lugnare former. Trots detta vittnar personalen även på dessa äldreboenden om att ovissheten skapade oro kring hur förloppet skulle utveckla sig på äldreboendet. Många var rädda att bli smittade och att föra vidare smitta till de boende och sina anhöriga.

Även andra studier som genomförts inom och utom Sveriges gränser visar att det fanns stor rädsla bland personalen för att bli smittad och sprida smitta (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Nyashanu m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021; Rücker m.fl., 2021). Trots detta arbetade personalen vidare med stort engagemang, det visar vår studie men även andra studier på äldreboenden runt om i världen (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Hanna m.fl., 2022).

10. Frågan om varför vissa äldreboenden fick större smittspridning än andra besvaras inte i denna studie, men vi vill ändå nämna att vi inte kan se någon rimlig förklaring till att detta boende fick stor smittspridning och att det andra boendet som fick in smitta lika tidigt inte drabbades lika hårt.

INFORMATION OCH VÄGLEDNING – FRÅN BRIST TILL STORT INFLÖDE UTAN SAMORDNING

Personalen på de fyra äldreboendena vittnar om att den första tiden med pandemin präglades av ovisshet. Kunskap om viruset saknades i samhället, vilket medförde oro – personalen visste inte hur de skulle skydda de äldre och sig själva. Inledningsvis fanns heller ingen vägledning om hur den nya smittan skulle hanteras. Personalen behövde dock agera trots brist på kunskap så de utgick från tidigare kunskap om smittsamma sjukdomar och följde de riktlinjer och rekommendationer som kom allteftersom.

Efter den inledande bristen på information och vägledning nåddes äldreboendena ganska snart av ett stort inflöde av information och vägledning från ett flertal aktörer, både statliga och lokala. Chefer och sjuksköterskor fick lägga mycket tid på att sälla i informationen. Även om de till viss del fick stöd i denna uppgift från kommunen och MAS, låg ett stort ansvar på verksamheterna att hantera uppgiften i en utsatt och krävande situation. Att kunskapen fortfarande var begränsad, samtidigt som flera olika aktörer började ge information och vägledning, innebar att budskapet om hur äldreboendena skulle hantera situationen ändrades gång på gång. Det var en utmaning för chefer och sjuksköterskor att hinna med att informera omsorgspersonalen, inte minst med tanke på att verksamheten på äldreboenden pågår dygnet runt.

Att personal på äldreboenden under pandemins gång upplevde omväxlande perioder med för lite information och ett stort inflöde av information från olika aktörer, bekräftas av lokala rapporter från olika delar av Sverige (Klinga & Ulvhagen, 2021; KPMG, 2020; Stålö m.fl., 2021; Västra Götalandsregionen, 2020). Även i andra länder upplevde personal på äldreboenden svårigheter att navigera i informationen från myndigheter under pandemin (Geugten m.fl., 2022; Hanna m.fl., 2022; Nyashanu m.fl., 2022). Detta visar betydelsen av att myndigheter och kommuner samordnar information för att avlasta verksamheterna och säkerställa att alla tar del av samma information.

STORA UTBILDNINGSBEHOV NÄR HYGIENRUTINERNA UTÖKADES

Denna studie, och även andra svenska studier och lokala rapporter, visar att basala hygienrutiner inte alltid följdes före pandemin (Dellve & Skagert, 2022; Region Stockholm, 2020a; Stålö m.fl., 2021). Detta

medförde att verksamheterna inte enbart behövde utbilda personalen i de utökade hygienåtgärderna som kom till följd av pandemin, de var dessutom tvungna att utbilda och uppdatera omsorgspersonalen i basala hygienrutiner. Sjuksköterskor och chefer menar att detta berodde på bristande kompetens hos omsorgspersonalen. Vi har inte undersökt omsorgspersonalens kunskap om detta och kan därför inte uttala oss om deras reella kompetens. Verksamheterna behöver dock ta ansvar för att hygienrutiner upprätthålls, oavsett vilken grundkompetens omsorgspersonalen har.

Av den forskning från andra länder som vi tagit del av framgår inte tydligt vilka hygienrutiner äldreboenden har haft tidigare och inte heller hur följsamheten till dessa har varit. Dock visar studier från både Europa och Nordamerika att många äldreboenden lagt stor vikt vid att utbilda och träna personalen i de utökade hygienrutinerna (Hoedl m.fl., 2022; Lyng m.fl., 2021; Yau m.fl., 2021).

BRIST PÅ SKYDDSUSTRUSTNING OCH OKLARHETER KRING ANVÄNDNING

Personalen på samtliga äldreboenden i denna studie beskriver att de i början av pandemin saknade viss skyddsutrustning som skulle användas i arbetet med smittade. Vanligast var att visir saknades eftersom dessa inte funnits på äldreboendena tidigare och inte heller gick att få tag på inledningsvis. Personal använde till en början visir och annan skyddsutrustning som de tillverkade av diverse tillgängligt material. Det är väl dokumenterat att det var brist på godkänd skyddsutrustning till följd av ökad efterfrågan och logistikproblem: i Stockholm (Klinga & Uvhagen, 2021; Stålö m.fl., 2021), i andra delar av Sverige (Boström m.fl., 2020; KPMG, 2020), och i andra delar av världen (Geugten m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2021). I den inledande situationen när det rädde nationell brist på skyddsutrustning prioriterades regionernas behov före kommunernas, vilket innebar att äldreboenden fick tillgång till material senare än sjukhusen (SOU 2020:80). En lärdom att dra av detta är att ha större lager av skyddsutrustning, antingen på verksamhetsnivå eller på kommunnivå.

I intervjuerna framkommer delvis olika uppgifter om bristen på skyddsutrustning. Till exempel menar en del av personalen att de saknade skyddsutrustning under den första vågen av smitta, samtidigt som flera av cheferna hävdar att de inte rädde någon brist. En möjlig tolk-

ning är att viss personal ville ha på sig exempelvis munskydd och visir under hela arbetspasset innan detta blivit en rekommendation, medan chefer bedömer att de hade tillgång till den utrustning de behövde när det framgick att den skulle användas. I början av pandemin rådde dessutom stora oklarheter kring vilken skyddsutrustning personalen skulle använda och i vilka situationer för att skydda de boende och sig själva. Detta orsakade stress och oro hos såväl omsorgspersonal som chefer och sjuksköterskor. Oklarheterna medförde att äldreboendena valde att hantera skyddsutrustning på sinsemellan olika sätt innan de fick rekommendationer om hur de skulle göra.

LOKALERNA INTE ANPASSADE FÖR SMITTSKYDDSARBETE

Äldreboenden i Sverige är utformade enligt en social omsorgsmodell (Storm, 2018; Szebehely, 2020), som bland annat innebär att man eftersträvar en miljö som är så likt ett vanligt hem som möjligt. Förutom att de äldre personerna har sina egna lägenheter, har äldreboenden gemensamma utrymmen för måltider och sociala aktiviteter. Denna strävan efter en hemlik miljö medför att lokalerna inte är anpassade för den typ av åtgärder som krävdes under pandemin för att minska smittspridning, inte minst då sjuka eller smittade isolerats i sin lägenhet. Att det inte fanns utrymmen för personalen att utföra handtvätt och desinficering samt förvara och byta skyddsutrustning i anslutning till respektive lägenhet, försvårade arbetet med att minska smittspridning. Äldreboendena saknar till exempel slussar i anslutning till lägenheterna där personal före och efter besök kan desinficera sig samt sätta på och ta av sig skyddskläder. En studie av svensk hemtjänst under pandemin belyser svårigheter med att följa riktlinjer för smittskyddsarbete i hemmiljöer, eftersom lokalerna inte är anpassade för detta (Dellve & Skagert, 2022). Vår studie visar att liknande problematik finns på äldreboende och belyser vikten av att instruktioner och riktlinjer är anpassade till den verksamhet de ska användas i. En studie från Norge för fram likartade utmaningar (Lyng m.fl., 2021).

LÅG GRUNDBEMANNING OCH VARIERANDE KOMPETENS

En viktig förutsättning för att hantera pandemin utgörs av den personal som ger vård och omsorg till de boende. I samband med att intervjuerna genomfördes samlade vi in äldreboendenas egna uppgifter om antalet boende samt antalet omsorgspersonal (undersköterskor

och vårdbiträden) och sjuksköterskor som arbetar under olika pass. (Uppgifter för varje äldreboende presenteras i inledningen av varje fallbeskrivning.) Samtliga boenden i denna studie visade sig ha en lägre bemanning än det nationella genomsnittet som är 3,3 boende per omsorgspersonal på dagtid på vardagar och 4 på helger (Socialstyrelsen 2019b).

På äldreboendena i denna studie går det på vardagar på dagtid 3,5 till 4,5 boende per omsorgspersonal, på helger 4,15 till 5,25 och på natten 14,5 till 18. Av flera skäl är det svårt att jämföra äldreboendenas förutsättningar utifrån dessa uppgifter. Vi saknar uppgifter om hur de äldres omsorgsbehov ser ut på de olika äldreboendena, till exempel hur många boende som omsorgspersonalen behöver vara två för att hjälpa (s.k. dubbelbemanning). Dessutom skiljer sig de olika äldreboendenas bemanning åt mellan olika veckodagar och tider på dygnet. Ett exempel är Kommunalt boende 2 som har lägst antal boende per omsorgspersonal på dagtid på vardagar (3,5), men högst antal boende per omsorgspersonal på dagtid på helger (5,25).

Tidigare studier har uppmärksammat att arbetsvillkoren på äldreboenden försämrats under 2000-talet. Omsorgspersonalen hjälper fler under ett arbetspass än tidigare, och arbetet har blivit mer psykiskt och fysiskt belastande (Szebehely m.fl., 2017). En bidragande orsak till detta är att antalet äldreboendeplatser minskat över tid – endast de äldre som har de mest omfattande behoven av vård och omsorg får flytta in på äldreboende (Schön m.fl., 2016). Coronakommissionen drog slutsatsen att äldreboendenas slimmade organisation med låg grundbemanning gav en dålig beredskap för att hantera hög sjukfrånvaro under pandemin (SOU 2020:80). De fyra äldreboendena i vår studie utgör inga undantag; samtliga hade problem med bemanning under olika perioder av pandemin. Vår slutsats är att de inte hade tillräckligt med omsorgspersonal för att hantera hög sjukfrånvaro i kombination med nya personalkrävande åtgärder som kohortvård.

Den otillräckliga bemanningen behöver förstås i relation till den underfinansiering som äldreomsorgen lidit av under många år och som försämrat möjligheterna till goda arbetsvillkor för anställda i sektorn (OECD, 2020). Annat som bidrog till personalfrånvaro var samhällsövergripande pandemiåtgärder, som rekommendationer om att personalen skulle vara hemma vid minsta symtom, samtidigt som det ibland tog lång tid att få testresultaten. Personalfrånvaron kunde

ha minskat om insatser för smittspårning och screening kommit igång tidigare (SOU 2021:89).

Ytterligare problem som de intervjuade framhåller i relation till äldreboendenas bemanning är att de olika undersköterskeutbildningarna har olika kvalitet och att kompetensen hos undersköterskor varierar kraftigt. De menar också att språkkunskaperna inte är tillräckliga hos alla undersköterskor, trots att de är utbildade i Sverige. Liknande problem noteras av flera statliga utredningar som menar att den sociala och medicinska kompetensen i äldreomsorgen behöver stärkas liksom att språkkunskaper är en förutsättning för vård och omsorg av god kvalitet (SOU 2019:20; SOU 2020:80). Från och med 2023 kommer undersköterska att bli en skyddad titel, vilket innebär att kompetenskraven kommer bli mer enhetliga (Prop. 2020/21:175). Vi menar dock att kompetensen även hos den redan anställda omsorgspersonalen behöver höjas, till exempel genom kommunalt arrangerade utbildningar i omsorg, vård och språk.

SAMARBETE OCH KOMMUNIKATION FÖR BÄTTRE VÅRD OCH OMSORG

Att olika personalgrupper har olika uppgifter eller roller på ett äldreboende innebär att de behöver samarbeta för att klara sitt uppdrag, men också att deras erfarenheter av pandemin kan skilja sig åt. Omsorgspersonal och sjuksköterskor delar erfarenheten av att arbeta nära de boende. Dessa personalgrupper genomförde rent praktiskt de åtgärder som det beslutats om för att hantera pandemin och upplevde tillsammans med de äldre de utmaningar som uppstod i det vardagliga livet på äldreboendet. Samtidigt har omsorgspersonalen en närmare relation till och kanske bättre kännedom om de äldre, genom att de har ansvar för ett mindre antal personer än sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna hade en framträdande roll under pandemin, deras betydelse lyfts fram av såväl chefer som omsorgspersonal. Förutom det praktiska arbetet med att vårda de boende är det tydligt att sjuksköterskorna också var ett viktigt nav för kommunikation på äldreboendena i relation till anhöriga, läkare, omsorgspersonal och chefer. Det är sjuksköterskorna som besitter den medicinska kompetensen på plats på äldreboendena och det var till dem man vände sig i dessa frågor.

Chefernas erfarenheter speglar deras övergripande ansvar för verksamheten – bevaka information, riktlinjer och rekommendationer och

driva förändringar på arbetsplatsen. Men mycket handlade om att lösa bemanningen, dels genom anställning, dels genom att tillsammans med biträdande chef, sjuksköterskor och samordnare lösa uppkomna bemanningsbehov från dag till dag.

En övergripande bild som framträder är att samarbete och kommunikation mellan de olika personalgrupperna var en förutsättning för att kunna hantera pandemin. De tog hjälp av varandras kunskaper och erfarenheter för att kunna genomföra de åtgärder som krävdes. Det var betydelsefullt att chefer tog in både sjuksköterskornas kunskaper och omsorgspersonalens erfarenheter av hur åtgärderna fungerar i praktiken ute på avdelningarna, liksom att chefer informerade och stöttade personalen. Sjuksköterskor är beroende av att omsorgspersonalen är uppmärksamma på och rapporterar förändringar i de äldres mående. Omsorgspersonalen behöver i sin tur stöd och vägledning av sjuksköterskor, i synnerhet i ovana och utmanande situationer. Därför är det problematiskt att äldreboenden sällan har sjuksköterskor på plats dygnet runt (SOU 2020:80).

Ingen av de äldreboenden som ingår i studien har sjuksköterskor på plats nattetid. Istället används mobila team eller så kallade nattpatruller som åker mellan flera olika äldreboenden. Kommunalt boende 2 har sjuksköterskor på plats på dagtid på helgen medan de andra boendena använder mobila team/nattpatruller hela helgerna. Skillnaderna mellan hur många boende det går på en sjuksköterska på dagtid på vardagar är större än skillnaderna mellan hur många boende det går på en omsorgspersonal. Kommunalt boende 1 har färre boende per sjuksköterska (20) på dagtid än det nationella genomsnittet (25). Privat boende 1 och 2 ligger över det nationella genomsnittet med 27 respektive 29 boende per sjuksköterska. När det gäller Kommunalt boende 2 varierar antalet boende per sjuksköterska på dagtid kraftigt.

Ett fungerande samarbete mellan personalgrupper är en förutsättning för en kvalitativ omvårdnad. Att sjuksköterskor inte är på plats på äldreboenden på kvällar, nätter och helger innebär att samarbetskedjan bryts och omsorgspersonalen får ta ett stort ansvar utan tillgång till medicinsk kompetens annat än i nödfall. I likhet med Coronakommissionen (SOU 2020:80) förordar vi därför att äldreboenden bör bemannas av sjuksköterskor dygnet runt alla dagar i veckan.

Åtgärder som vidtogs för att hindra smittspridning

INTENSIFIERA HYGIENRUTINER, SPRIDA INFORMATION OCH UTBILDA

För de fyra äldreboendena i studien medförde pandemin ett ökat fokus på basala hygienrutiner och nya rutiner kring användning av skyddsutrustning. Eftersom de basala hygienrutinerna inte alltid följdes före pandemin, krävdes upprepade informations- och utbildningsinsatser, med uppföljningar och återkommande påminnelser, för att de skulle följas. Senare, när direktiv om specifik skyddsutrustning kom, behövde omsorgspersonalen utbildning i hur den skulle användas på ett säkert sätt, eftersom de inte var vana vid att använda den. På det stora hela beskrivs att dessa åtgärder fungerade väl. Chefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal stöttade varandra i att göra rätt. De beskriver att det fanns en vilja att göra rätt eftersom de ville skydda sig själva och de äldre. Samstämmiga utsagor om att vanliga återkommande åkommor som vinterkräxjuka och influensa inte drabbade äldreboendena under pandemin tyder på att omsorgspersonalen ändrade sitt arbetssätt och följde de basala hygienrutinerna i större utsträckning än tidigare.

I likhet med andra studier (Yau m.fl., 2021) ser vi att äldreboendenas arbete med att sprida information internt var en utmaning genom att personalen arbetar på olika avdelningar och olika tider på dygnet. Vår studie visar att chefer och sjuksköterskor spred skriftlig information via både epost och utskrifter på papper samt att de såg till att vara tillgängliga för att svara på personalens frågor. Eftersom möten med många deltagare inte kunde hållas av smittskyddsskäl, gick chefer och sjuksköterskor runt på avdelningarna och informerade och påminde om rutiner. Detta beskrivs också som ett tillfälle att fånga upp oro och frågor hos personalen. Cheferna var mer närvarande och i perioder tillgängliga per telefon i princip dygnet runt.

En extra svårighet i arbetet med att sprida information var att omsorgspersonalen arbetade under stark tidspress samt att de har varierande utbildningsbakgrund och språkkunskaper. Därför behövde informationen från statliga myndigheter och kommunen bearbetas till ett mer kortfattat och lättbegripligt format för att bli mer tillgänglig för omsorgspersonalen på äldreboendena. En chef menar att det hade underlättat att få mer stöd i att utforma information till personalen och att få möjlighet att använda andra digitala kanaler. Att instruktioner till

personal i äldreomsorgen behöver anpassas till målgruppen och verksamheternas förutsättningar uppmärksammas även i en svensk studie av hemtjänstens arbete under pandemin (Dellve & Skagert, 2022).

Chefer och sjuksköterskor var på plats för att visa och ge påminnelser om hygienrutiner, vilket tycks ha varit betydelsefullt både för rutinernas efterlevnad och för personalens trygghet. Närvarande chefer lyfts fram som en viktig stödfunktion för omsorgspersonalen (Hanna m.fl., 2022; Rücker m.fl., 2021), och vikten av chefernas arbete ska inte underskattas. En viktig fråga för framtiden är dock hur information ska förmedlas till all omsorgspersonal när inte chef och/eller sjuksköterska är på plats och kan informera muntligt. Ett äldreboende i vår studie har goda erfarenheter av att sprida information genom en app som personalen hade i sina mobiler, något som även en norsk studie framhåller som ett bra alternativ för att förmedla information till all omsorgspersonal under olika tider på dygnet (Lyng m.fl., 2021).

KOHORTVÅRD: ISOLERING AV SJUKA OCH SMITTADE

På äldreboendena i vår studie bedrevs kohortvård, det vill säga isolering av sjuka och smittade, i två former: isolering i den äldres egen lägenhet eller på särskilda covid-avdelningar. Liknande vårdformer har bedrivits både i andra delar av Sverige och i andra länder (Lundberg, 2021; Verbeek m.fl., 2020). Isolering i den egna lägenheten är en personalkrävande åtgärd eftersom involverad personal inte kan hjälpa någon annan på avdelningen. En positiv aspekt med denna form av isolering är att den boende inte behöver byta miljö utan får stanna kvar i sin lägenhet. Samtidigt innebär denna åtgärd att boende blir utelämnade till en enda hjälpare person. I vissa fall var den så kallade kohortpersonalen inte ordinarie personal, vilket kan ha äventyrat kvaliteten på den äldres omsorg och skapat otrygghet.

Kohortvård på särskilda covid-avdelningar är också personalkrävande eftersom den innebär att personal avsätts för att enbart arbeta där. En fördel med denna åtgärd som framkommer i denna studie är möjligheten att skapa arbetslag och goda samarbeten mellan sjuksköterskor och omsorgspersonal. Detta kan ha en stödjande funktion för den personal som arbetar i en utsatt situation (Leontjevas m.fl., 2021; Palacios-Cena m.fl., 2021; Rücker m.fl., 2021). Dock framkommer det även att de som flyttades från sina lägenheter till en covid-avdelning inte alltid samtyckte till detta. Andra studier betonar också att flytten till

en ny avdelning, när den äldre måste lämna sitt hem och den välkända personalen, kan vara en omvälvande upplevelse (Dichter m.fl., 2020).

I vår studie framkommer att kohortvården av personer med demens var mycket utmanande, i synnerhet när det gäller personer som inte var sängliggande. Omsorgspersonalen berättar om situationer där de var osäkra på hur de skulle hantera isoleringen av personer som inte förstod varför de skulle vara isolerade i lägenheten. Omsorgspersonalen försökte antingen avleda och erbjuda aktiviteter inne i lägenheten eller få övriga på avdelningen att hålla sig i sina lägenheter medan den som behövde röra på sig fick komma ut från sin lägenhet. Men det förekom också att omsorgspersonal höll för dörren när en person försökte att gå ut ur sin lägenhet och tillfällen då de inte kunde hindra personer från att komma ut. I vissa situationer betraktade man hela avdelningen som potentiellt smittad och isolerade dem man kunde isolera, oavsett om de var smittade eller ej.

Kohortvården väcker frågor om rätten till självbestämmande för de äldre personer som bor på äldreboende. Svårigheterna att hantera denna fråga framkommer även i andra svenska rapporter (Klinga & Uv-hagen, 2021; KPMG, 2020; Smittskydd Västra Götaland, 2020; Stålö m.fl., 2021). Mot bakgrund av detta anser vi att mer vägledning behövs för hur rutiner för isolering och förflyttning till andra avdelningar kan utformas med hänsyn till de äldre personernas rätt till självbestämmande, oavsett om de har en demenssjukdom eller inte.

SOCIAL DISTANSERING: BESÖKSFÖRBUD OCH ATT HÅLLA AVSTÅND PÅ ÄLDREBOENDE

Vår studie visar att olika typer av social distansering för att minska risken för smittspridning förändrade vardagen på äldreboendena. Utöver det besöksförbud som isolerade de äldre personerna från omvärlden, vidtog äldreboendena åtgärder för att hålla dem på avstånd från varandra och från personalen. Dessa åtgärder motsvarar de vanligaste åtgärderna som redovisas i lokala svenska rapporter (KPMG, 2020; Stålö m.fl., 2021) och i studier från andra länder (Dichter m.fl., 2020; Geugten m.fl., 2022; Kaelen m.fl., 2021; Keller m.fl., 2021; Leontowitsch m.fl., 2021; Verbeek m.fl., 2020).

Samtliga äldreboenden i den här studien begränsade eller ställde in gemensamma aktiviteter för de boende under nästan två år, men på olika sätt under olika perioder. Några äldreboenden gjorde försök att

starta upp aktiviteter som fick ställas in igen när smittan kom tillbaka. Aktiviteter som samlade boende från olika avdelningar ställdes in, vilket omsorgspersonalen försökte att i viss mån kompensera för genom att ordna aktiviteter på den egna avdelningen. Dock tycks detta ha varit beroende av enskilda initiativ bland omsorgspersonalen så genomförandet varierade mellan olika äldreboenden liksom mellan olika avdelningar på ett och samma äldreboende. Personalen minskade också den fysiska kontakten med de äldre; när omvårdnaden inte krävde fysisk närhet höll personalen sig på avstånd genom att till exempel inte sitta nära och inte krama de boende. Upprätthållandet av avstånd, tillsammans med användningen av munskydd och visir, försvårade kommunikationen mellan personalen och de äldre. Under vissa perioder hände det att de boende enbart vistades i sina lägenheter och att de inte kunde delta i gemensamma måltider på avdelningen.

Under två år av pandemi tillämpades olika former av besöksrestriktioner på äldreboendena i denna studie, det vill säga även efter det att besöksförbudet upphörde att gälla. Det handlade om att sätta en gräns för antal besökare åt gången, använda sig av tidsbokning, endast tillåta besök i respektive lägenhet eller att vid smittspridning vädja till anhöriga att inte komma. För att mildra konsekvenserna av besöksförbud och restriktioner arrangerade äldreboendena alternativa former för kontakt mellan de äldre personerna och deras anhöriga. Detta krävde extra resurser i form av personal som hanterade bokningar av besök och bistod under besöken och videosamtalen. Videosamtalen var uppskattade, men bristande tillgång till surfplattor samt dåliga nätverk försvårade genomförandet. Det förekom att personal använde sina egna telefoner för att samtal skulle kunna genomföras. Ytterligare en svårighet var att personer som ser och hör dåligt, liksom personer med nedsatt kognitiv förmåga, hade svårt att delta fullt ut i samtalen. Detta visar behovet av tillgång till bättre teknik för videosamtal, till exempel bättre och större skärmar och bättre ljud. Sådan teknik kan även användas under normala förhållanden för att öka de boendes möjligheter att hålla kontakt med omvärlden (jfr Lyng m.fl., 2021). Ambitionen att fortsätta använda sådan teknik även efter pandemin uttrycks av de intervjuade i vår studie.

Ytterligare åtgärder som användes för social distansering var att hålla omsorgspersonalen separerade från varandra genom att varje person enbart arbetade på en avdelning och att se till att personal från

olika avdelningar inte kom fysiskt nära varandra. Detta har dock inte alltid lyckats då man på grund av personalbrist varit tvungen att låta personal från en avdelning vikariera på en annan avdelning. Att hålla omsorgspersonalen separerade från varandra på nätterna var än mer utmanande, eftersom nattpersonalen vanligtvis går emellan avdelningar för att hjälpa varandra på grund av den lägre bemanningen nattetid. Under pandemin förekom att nattpersonal blev ensam med uppgifter som egentligen kräver dubbelbemanning. Ett osäkerhetsmoment gällande smittspridning var den timanställda personalen, eftersom de kan ha arbetat på flera olika äldreboenden utan att cheferna haft kännedom om det. En åtgärd som användes för att försöka undvika att timanställda arbetade på annat håll var att erbjuda dem många arbetspass på äldreboendet. En annan åtgärd var att be de som arbetade på flera äldreboenden att avstå från detta.

BEMANNING: RISKER MED ÖVERTIDSARBETE BLAND BEFINTLIG PERSONAL OCH NYANSTÄLLNINGAR

Under pandemins två första år fanns ett ökat behov av omsorgspersonal på grund av att sjukfrånvaron periodvis var hög. Åtgärder för att begränsa smittspridning, som kohortvård och att hålla personalgrupper separerade, ökade också behovet av omsorgspersonal. Äldreboendena i vår studie har agerat på olika sätt; de har i första hand försökt att täcka luckor med befintlig personal, men flera boenden har även gjort många nyanställningar. Att i första hand använda den ordinarie personalen och kända timvikarier medförde att de hade kännedom om de boende och verksamhetens rutiner. Övertidsarbete ledde dock till att omsorgspersonalen blev utarbetad. Att delvis täcka upp för sjukfrånvaro genom att få omsorgspersonalen att arbeta mer än vanligt innebär en risk för deras hälsa, något som också identifieras i andra studier (Lundberg, 2021).

Strategin att anställa nya medarbetare hade den potentiella fördelen att avlasta den ordinarie personalen. Ett problem var dock att inte alla som anställdes hade adekvat utbildning och erfarenhet. Det förekom att personer utan tillräckliga språkkunskaper anställdes. I perioder var det också svårt att hinna ge nyanställda ordentlig introduktion i verksamheten innan de fick börja arbeta på egen hand. Intervjupersonerna berättar om hur nyanställd okunnig personal ledde till mindre trygghet i personalgruppen och ökat ansvar för erfaren personal, eftersom de

inte kunde lita på att arbetet gjordes på rätt sätt. Oerfaren eller olämplig personal innebär också risk för sämre omsorg och mindre trygghet för de boende.

I Sverige har det kritiserats att utbildad omsorgspersonal fått utföra personnära vård och omsorg (Westerberg & Nordin, 2021). Även i andra länder har äldreboenden inte sett något annat val än att anställa utbildad personal (Chu m.fl., 2021; Lyng m.fl., 2021). Det finns dock skillnader i hur man använde utbildad personal, till exempel att de inte fick utföra samma arbetsuppgifter som utbildade undersköterskor (Chu m.fl., 2021). Vi anser att denna strategi bör övervägas även i Sverige för att undvika att kvaliteten på vård och omsorg försämras.

Pandemins konsekvenser

ÖKAD ARBETSBELASTNING OCH STORT ANSVAR FÖR DE ÄLDRES HÄLSA FÖR ALLA YRKESGRUPPER

Vår studie, liksom internationella studier, visar att arbetsbelastningen för personalen på äldreboenden ökade under pandemin (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Briggs m.fl., 2021; Giebel m.fl., 2021; Leontjevas m.fl., 2021). Arbetsbelastningen ökade för samtliga yrkesgrupper i denna studie, det vill säga chefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal. Personal inom alla kategorier arbetade längre och fler arbetspass. De åtgärder som vidtogs för att minska smittspridning medförde nya arbetsmoment som smittspårning, hjälp med videosamtal, boka och övervaka besök med anhöriga samt ökad städning och desinficering. Arbetet blev dessutom mer tidskrävande och belastande på grund av användning av skyddsutrustning (jfr Hoedl m.fl., 2022). Pandemin medförde också ett ökat behov av kommunikation med oroliga anhöriga om deras närståendes hälsa och hur situationen var på äldreboendet generellt. Chefer och sjuksköterskor ägnade mycket tid åt att informera anhöriga och besvara frågor, samtidigt som det även var tidskrävande för cheferna att lösa bemanningen.

Utöver ökad arbetsbelastning tog samtliga yrkesgrupper ett större ansvar, inte minst för de boendes hälsa. Vi ser också ansvarsförskjutningar mellan olika personalgrupper. När läkare enbart var tillgängliga per telefon tog sjuksköterskor större ansvar genom att göra svåra bedömningar och avvägningar för sjuka äldre personer. Sjuksköterskorna hade också en central roll i att övervaka och instruera omsorgspersonal

i hygienrutiner. Omsorgspersonalen tog i sin tur ett större medicinskt ansvar än tidigare och tog i vissa fall över sjuksköterskors arbetsuppgifter. Under helger och på nätter är sjuksköterskorna inte på plats på äldreboendena, vilket under pandemin ledde till att omsorgspersonalen fick ta ett omfattande ansvar för de äldres vård och omsorg. Den erfarna omsorgspersonalen fick också ta stort ansvar för de äldres dagliga omsorg när ny personal anställdes utan tillräcklig introduktion och/eller kompetens.

Chefer och sjuksköterskor var tillgängliga för frågor och deltog i den personnära omsorgen för att minska omsorgspersonalens rädsla för att bli smittade och att smitta andra. Även internationell forskning visar att denna typ av närvaro och stöd var viktig (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Hanna m.fl., 2022; Navarro Prados m.fl., 2022; Rücker m.fl., 2021). En svensk studie visar att enhetschefer hade mer tid att vara närvarande i den praktiska verksamheten eftersom krav på att delta i möten och utvecklingsarbeten minskade under pandemin (Dellve & Jendeby, 2022). Samtidigt fick enhetschefer, som har det övergripande ansvaret för verksamheten inklusive ansvaret för personalens säkerhet i arbetet, ett större ansvar genom att pandemin medförde ökade risker för både personal och de boende.

RISKER FÖR VÅRDENS OCH OMSORGENS KVALITET

De åtgärder som vidtogs under pandemin medförde ett starkt fokus på hygien och social distansering på bekostnad av omsorgens sociala aspekter. Detta skedde på alla äldreboenden i denna studie, oavsett hur omfattande smittspridningen var. Personalens berättelser vittnar om att vardagen för de boende förändrades radikalt. Samtidigt som de isolerades från omvärlden under en lång period, begränsades deras kontakter med både personal och andra äldre på äldreboendet avsevärt. Personal, i synnerhet omsorgspersonal och sjuksköterskor som arbetar närmast de äldre, menar att detta hade negativ inverkan på de boendes liv och välbefinnande. Aktiviteter ställdes in under långa perioder, vilket orsakade tristess, minskad fysisk aktivitet och minskat umgänge med andra personer. Att omsorgspersonalen hade munskydd och/eller visir samt höll avstånd försvårade kommunikationen mellan dem och de boende. Det påverkade även kommunikationen mellan de boende då personalen inte längre kunde sitta med och utgöra stöd i samtal mellan boende med nedsatt hörsel och/eller nedsatta kogni-

tiva funktioner. Personalen vittnar om negativa konsekvenser av social isolering för de boende i form av minskad livskvalitet inklusive ökad nedstämdhet och oro, något som även framgår av andra studier från Sverige och andra länder (Chee, 2020; Jacobsen m.fl., 2021; Kaelen m.fl., 2021; Leontowitsch m.fl., 2021; Lood m.fl., 2021; Sizoo m.fl., 2020; Stälö m.fl., 2021; Vries m.fl., 2022).

Det finns även en risk att de åtgärder som vidtogs under pandemin medförde att de boende inte fick medicinsk vård av samma kvalitet som tidigare. Under en period i början av pandemin ställde äldreboendenas läkare in sina fysiska besök och var enbart tillgängliga på telefon. Detta påverkade den covid-relaterade vården, men kan även haft negativa konsekvenser för andra sjukdomstillstånd. En annan svensk studie visar att läkare besökte äldreboenden i mindre utsträckning under pandemin och att en stor del av sjuksköterskorna upplevt att den medicinska vården försämrats (Boström m.fl., 2020).

I början av pandemin beslutade Region Stockholm om ett regelverk för patientflöden som innebar att personer som bor på äldreboende i huvudsak skulle vårdas där vid sjukdom och inte skickas till sjukhus. Även om sjuksköterskorna i denna studie betonar att beslutet om en svårt sjuk boende ska skickas till sjukhus eller inte är en svår avvägning eftersom ett miljöombyte är påfrestande, förstärkte detta regelverk risken att de boende inte skulle få adekvat sjukvård. Ännu en begränsning i tillgången till sjukvård under pandemin var att äldre personer avstod läkarbesök utanför äldreboendet – till och med nödvändiga operationer – eftersom det innebar att de behövde vara i karantän i sin lägenhet efteråt.

Ytterligare en risk uppstod genom många nyanställningar. Trots att en del av den extra personal som anställdes under pandemin saknade tillräcklig erfarenhet, kompetens och/eller språkkunskaper utförde de personnära vård och omsorg på egen hand. Dessutom användes ny personal som kohortpersonal och utgjorde därmed den enda personal som en äldre person med covid-smitta träffade under ett arbetspass. Förutom att ha orsakat otrygghet hos de boende kan det ha äventyrat kvaliteten på hjälpen om personalen varken vetat vad som behöver göras eller haft den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Ett sätt att undvika sådana risker är att inte låta utbildad och oerfaren personal utföra personnära vård och omsorg (jfr Chu m.fl., 2021; Westerberg & Nordin, 2021).

DILEMMAN OM RÄTTEN TILL SJÄLVBESTÄMMANDE I RELATION TILL RISKEN FÖR SMITTSPRIDNING

Pandemin ställde chefer och personal på äldreboenden inför svåra dilemman. För att minska smittspridningen vidtogs olika åtgärder, som besöksförbud och isolering av sjuka och smittade. Även om syftet med åtgärderna var att skydda de boende skedde de på bekostnad av deras sociala och emotionella behov samt deras rätt till självbestämmande. Samtidigt var det svårt att balansera den enskildes vilja och rätt till självbestämmande mot att skydda kollektivet, det vill säga övriga boende, mot smitta.

Självbestämmande för de boende är en komplicerad fråga på flera sätt. En aspekt är att äldreboendet är en kollektiv miljö som innebär att en persons beteende och val, till exempel att åka hem till en anhörig, kan medföra risker för andra boende. En annan aspekt är att en del av dem som bor på äldreboende har begränsad förmåga att analysera konsekvenser av sina egna beslut, till exempel att träffa anhöriga. Samtidigt är äldreboendet den enskildes hem. Det är ett stort ingrepp i de grundläggande fri- och rättigheterna att begränsa vad en person får och inte får göra i sitt eget hem.

I denna studie har vi inte tagit del av de boendes egna upplevelser av minskat självbestämmande. Men de tycks inte ha blivit konsulterade vid beslut om åtgärder som vidtagits kring aktiviteter, isolering och samvaro i övrigt. Dessa åtgärder tycks uteslutande ha beslutats av personal. Det långa besöksförbudet som rådde i Sverige är en långt större begränsning än vad den övriga befolkningen upplevde under pandemin. Även om det inte var verksamheterna själva som beslutade om besöksförbudet, föll det på chefer och personal att avgöra när och hur undantag skulle göras. Inte heller för denna åtgärd tycks de äldre ha blivit konsulterade. En svensk studie visar också att arbete med fokus på de äldre personernas självbestämmande minskade under pandemin (Dellve & Williamsson, 2022). Andra studier visar att personer som bor på äldreboende känt sig diskriminerade och fråntagna sin autonomi eftersom de inte fått vara delaktiga i beslut som påverkar deras liv i grunden (Kaelen m.fl., 2021; Lood m.fl., 2021). Att äldre och anhöriga inte konsulterats i beslut om besöksrestriktioner och undantag från dessa har kritiserats (Leontowitsch m.fl., 2021; Vries m.fl., 2022).

Självbestämmande för den enskilde på ett äldreboende kompliceras av vikten av att skydda andra som bor där mot smittspridning. Vi ser

därför ett behov av att utveckla mer vägledning för verksamheter om hur åtgärder för kollektivets bästa kan balanseras mot den enskildes vilja och självbestämmande. I detta arbete bör brukar- och anhörigorganisationer involveras.

ÖKAD EMOTIONELL BELASTNING FÖR SAMTLIGA PERSONALGRUPPER

Pandemin har medfört en stor emotionell belastning för chefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal. Samtliga yrkesgrupper vittnar om att de kände oro och rädsla för att bli smittade och att smitta andra, men att de trots detta arbetade vidare av lojalitet till de boende. Ytterligare emotionell belastning för framför allt omsorgspersonalen uppkom då de i ökad utsträckning mötte svår sjukdom och död. En del av omsorgspersonalen förlorade på kort tid flera personer de känt länge och varit personligt fästa vid. De kände sorg, rädsla och maktlöshet över att inte veta hur de skulle kunna hjälpa de boende.

Det större ansvaret för de boendes hälsa och den ökade kontakten med oroliga och ibland upprörda anhöriga bidrog också till den ökade emotionella belastningen för alla yrkesgrupper. Ett exempel är att chefer fick hantera frågor om besöksrestriktioner, hur de ska upprätthållas och när undantag skulle göras. Ett annat exempel är att omsorgspersonalen fick den otacksamma – och obekväma – rollen att övervaka anhörigas besök så att de respekterade besökstider och följde aktuella riktlinjer. En svensk studie visar att sjuksköterskor på äldreboenden känt sig otillräckliga och utelämnade när läkare inte varit på plats på äldreboendena (Arén m.fl., 2022). Vi ser också i denna studie att sjuksköterskor fick ta ett stort ansvar för svåra bedömningar och avvägningar kring vård av sjuka äldre och föra läkarens talan i samtal med oroliga anhöriga. Detta kunde vara särskilt svårt när läkare, utan att ha träffat den boende, beslutade att denne inte skulle skickas in till sjukhus.

De åtgärder som vidtogs under pandemin medförde ett starkt fokus på hygien och social distansering på bekostnad av omsorgens sociala aspekter. De boende isolerades från omvärlden under en lång period och deras kontakter med både personal och andra äldre på äldreboendet begränsades avsevärt. Internationell forskning visar att personal på äldreboenden upplevt så kallad etisk stress, som under pandemin utgjorde en särskild emotionell belastning, när de uppfattat att åtgärder

som vidtagits för att minska smittspridning motverkat god omsorg och de boendes fysiska och psykiska hälsa (Bunn m.fl., 2021; Hanna m.fl., 2022; Keller m.fl., 2021; Rutten m.fl., 2021). I likhet med dessa studier ser också vi att personalen genomförde åtgärder för att skydda de äldre mot smitta, samtidigt som de såg hur åtgärderna medförde negativa sociala och känslomässiga konsekvenser för de boende. Personalen kände frustration och maktlöshet över att inte kunna ge den tröst och sociala stimulans som skulle kunna motverka dessa konsekvenser. De kunde inte trösta med en kram eller ens sitta nära de boende för att kunna föra ett samtal som båda parter kunde följa och förstå, särskilt med tanke på att många boende har nedsatt hörsel och personalen använde munskydd och/eller visir. Dessutom kunde de i mindre utsträckning än före pandemin anordna aktiviteter eller erbjuda andra former av stimulans.

Att personalen tvingades hantera dilemman vad gäller självbestämmande bidrog också till ökad emotionell belastning. Åtgärder som isolering av sjuka och smittade vidtogs för att skydda övriga boende från smitta, samtidigt som det skedde på bekostnad av den enskildes rätt till självbestämmande. Mer extrema exempel på situationer som framkommer är att boende flyttades från sina lägenheter till en covid-avdelning utan samtycke och att omsorgspersonal höll för dörren när en person försökte gå ut från sin lägenhet.

De stora utmaningar som pandemin fört med sig har också lett till att personalen känner en stolthet över att ha klarat uppdraget. I likhet med andra studier visar denna studie att kriser kan föra arbetsgrupper samman (Blanco-Donoso m.fl., 2022; Dellve & Williamsson, 2022; Hanna m.fl., 2022). Samtliga personalgrupper uttrycker en stolthet och tacksamhet gentemot sina kollegor både i samma personalgrupp och i andra grupper. Att känna stöd från chefer och kollegor är viktigt, men andra studier visar att omsorgspersonal även behöver professionellt stöd för att bearbeta det som händer under pandemin (Geugten m.fl., 2022; Palacios-Cena m.fl., 2021; Spacey m.fl., 2021). Med tanke på den höga arbetsbelastningen i kombination med den höga emotionella belastningen som framkommer i denna studie, anser vi att det är en angelägen fråga att såväl omsorgspersonal som sjuksköterskor och enhetschefer får stöd att bearbeta sina upplevelser, samt att hälsoeffekter av den höga belastningen under pandemin följs upp på både verksamhetsnivå och nationell nivå.

Lärdomar för utveckling av policy och praktik

Den här rapporten visar att pandemin innebar stora utmaningar och mycket merarbete för både chefer och personal på de fyra äldreboenden vi har studerat. Utöver risken att bli smittad och sjuk i covid, utsattes både personalen och de boende för andra risker. För personalen gällde det hälsorisker i form av hög arbetsbörda och emotionell belastning, medan de boende riskerade minskad livskvalitet och sämre vård och omsorg. Många av de problem som personalen har beskrivit under pandemin synliggör redan existerande problem i äldreomsorgen i form av bristande resurser och problem med personalförsörjning (OECD, 2020; SOU 2020:80). De lärdomar som vi kan identifiera är därför inte bara relevanta vid en eventuell ny kris eller pandemi, utan har betydelse för äldreomsorgen även under vanliga förhållanden. Även om vi enbart har studerat fyra äldreboenden i Stockholm, stärks våra resultat och de mönster vi ser i resultaten av andra studier både inom och utanför Sverige. Personalens erfarenheter på de studerade äldreboendena har därmed visat sig vara relevanta även för andra äldreboenden.

I detta avsnitt presenterar vi de lärdomar för utveckling av policy och praktik som vi identifierat utifrån studiens resultat och tidigare forskning. Dessa lärdomar handlar om att samordna och målgruppsanpassa information, värna om självbestämmande för de som bor på äldreboende, ge ökat stöd till omsorgspersonalen i deras arbete, öka både antalet omsorgspersonal och deras kompetens samt värna om den medicinska och sociala kompetensen på äldreboende.

ETT SAMORDNAT OCH MÅLGRUPPSANPASSAT INFORMATIONSFÖRFLÖDE

Det stora informationsflödet under början av pandemin var tidskrävande att samordna på verksamhetsnivå. Alltför stort ansvar landade på chefer och sjuksköterskor som både skulle samordna information från olika myndigheter och sammanställa information till omsorgspersonalen. Vid eventuella kommande epidemier, eller andra situationer som medför ett stort informationsflöde från olika myndigheter, bör det finnas en samordnande funktion på myndighetsnivå eller kommunnivå som även sammanställer information som direkt kan spridas till omsorgspersonal. Denna information behöver vara lättillgänglig

och anpassad till äldreboendenas lokalmässiga förutsättningar för att utföra hygienåtgärder. Verksamheterna bör också säkerställa att de har en infrastruktur för internkommunikation som gör informationen lättillgänglig för personal som arbetar på olika avdelningar och olika tider på dygnet. Verksamheterna behöver också ha former för hur olika personalgrupper kan diskutera hur de på bästa sätt implementerar ny information och nya riktlinjer i just deras verksamhet.

RÄTTEN TILL SJÄLVBESTÄMMANDE FÖR ÄLDRE PERSONER

Socialtjänstlagen betonar den enskildes rätt till självbestämmande, inflytande och integritet, något som kraftigt begränsades under pandemin. Detta är allvarligt och visar på vikten av att arbeta systematiskt med dessa frågor, vilket kräver insatser på flera nivåer. Från myndighetsnivå behövs rekommendationer och riktlinjer om hur verksamheterna kan arbeta för kollektivets bästa utan att i för stor utsträckning begränsa den enskildes grundläggande fri- och rättigheter. Ett exempel på ett sådant stöd är *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre* som Socialstyrelsen gav ut i flera upplagor mellan 2020 och 2022. Men mer behöver göras på alla nivåer. Inte minst behöver kommuner och utförarorganisationer stödja äldreboendenas ledning i att identifiera arbetsätt och metoder, samt tillhandahålla den kompetens som kan behövas för detta, till exempel kunskap och erfarenhet av att arbeta med personer med demenssjukdom. Slutligen behöver även varje äldreboende föra egna diskussioner och identifiera konkreta arbetsätt som fungerar i deras verksamhet och i relation till varje boende.

FÖRSTÄRKT STÖD OCH VÄGLEDNING TILL OMSORGSPERSONALEN

Omsorgspersonalen tog ett stort ansvar under pandemin. Det är denna yrkesgrupp som var närmast de äldre och behövde hantera många svåra situationer. Arbetet inom äldreomsorgen är komplext och för att kunna upprätthålla omsorgskvaliteten behöver personalen mer stöd och vägledning. I den här rapporten identifierar vi tre områden där omsorgspersonalen behöver återkommande stöd och vägledning:

1. Hur kan den enskildes rätt till självbestämmande tillgodoses i den kollektiva miljö som äldreboendet utgör? Det är en angelägen

fråga även när det inte är pandemi, och den gäller oavsett om de boende har demenssjukdom eller inte.

2. Hur kan hygienrutiner upprätthållas? Enstaka utbildningar och tillgång till information är inte tillräckligt för att upprätthålla rutiner. Verksamheterna behöver arbeta aktivt med både teoretisk utbildning och återkommande praktisk träning för att upprätthålla hygienrutiner även när det inte är pandemi.
3. Hur kan krisstöd anordnas? Omsorgspersonal som är med om ovanligt svåra situationer i arbetet behöver stöd, både i nära anslutning och i efterhand för att bearbeta händelser, till exempel under en pandemi.

FLER ANSTÄLLDA, TRYGGARE ARBETSFORMER OCH HÖGRE KOMPETENS FÖR OMSORGSPERSONAL

Utbildade undersköterskor behövs i äldreomsorgen. Initiativet att reglera undersköterskeyrket och göra undersköterska till en skyddad titel (Prop. 2020/21:175) är ett steg på vägen för att säkra kompetensen.

För att utbildade undersköterskor ska vilja arbeta på äldreboenden måste äldreomsorgen bli en mer attraktiv arbetsplats med rimliga arbetsvillkor samt goda möjligheter till vidareutbildning och utveckling i arbetet. Forskning, statliga utredningar och fackförbund har återkommande påtalat att omsorgspersonalen har en mycket utsatt situation med hög arbetsbelastning och dåliga anställningsvillkor (se t.ex. Klingberg Hjort, 2022; Kommunal, 2018; SOU 2020:80; Stranz, 2013; Szebehely m.fl., 2017). För att säkra den framtida personalförsörjningen måste mer personal rekryteras, men det är också viktigt att behålla den personal som finns. Ett led i detta är att fler av den stora andel av omsorgspersonalen som arbetar deltid och/eller har en tidsbegränsad anställning erbjuds tillsvidareanställning på heltid, och förbättrade arbetsvillkor så att de orkar arbeta heltid. Fler tillsvidareanställda i äldreomsorgen är centralt för att upprätthålla kvaliteten på omsorgen och minskar organisationernas sårbarhet vid oförutsedda händelser som ökad sjukfrånvaro.

De chefer som medverkat i denna studie menar att det inte alltid är möjligt att rekrytera utbildade undersköterskor. Liknande uppgifter framkommer i en annan svensk studie (Lundberg, 2021). I de fall utbildade och oerfarna personer rekryteras för att arbeta som omsorgspersonal behövs särskilda insatser i form av längre introduktion

och handledning i arbetet. Verksamheterna behöver med stöd av kommunen även ta ställning till vilka arbetsuppgifter som omsorgspersonal som saknar utbildning kan utföra utan att ta risker för att omsorgskvaliteten försämras. Det behövs också åtgärder för att utbilda den omsorgspersonal som saknar adekvat utbildning och/eller behöver förstärkta språkkunskaper. Kommunerna behöver tillhandahålla utbildningar för att säkra både omvårdnadskompetens och språkkunskaper hos omsorgspersonalen.

SOCIAL *och* MEDICINSK KOMPETENS BEHÖVS PÅ ÄLDREBOENDEN

Pandemin har synliggjort vikten av den medicinska kompetensen hos personalen på äldreboenden. De som bor i dagens äldreboenden är ofta multisjuka med sviktande hälsa. Denna studie belyser vikten av fungerande arbetsgrupper där chefer, sjuksköterskor och omsorgspersonal arbetar tätt tillsammans. Samarbetet mellan olika personalgrupper är viktigt. Till exempel är chefer beroende av information från sjuksköterskor och undersköterskor/vårdbiträden för att veta hur åtgärder fungerar i praktiken, medan sjuksköterskor är beroende av information från undersköterskor/vårdbiträden om de äldres hälsotillstånd. Ett sådant samarbete är i nuläget inte möjligt under dygnets alla timmar, eftersom äldreboenden normalt inte har sjuksköterskor på plats under kvällar och nätter. För att förbättra det medicinska omhändertagandet krävs fler sjuksköterskor på äldreboenden och bemanning av sjuksköterskor dygnet runt. En ökad närvaro av sjuksköterskor skulle även underlätta för äldreboenden att upprätthålla basala hygienrutiner.

Pandemin har även synliggjort vikten av de sociala aspekterna av omsorgen. Pandemin har medfört ett starkt medicinskt fokus i äldreboendenas verksamhet, där de boendes sociala behov har fått stå tillbaka. Smittan har utgjort ett reellt hot mot människors liv och hälsa, i synnerhet för de personer som bor på äldreboende med tanke på deras höga ålder och omfattande sjuklighet. Men att värna om de äldres livskvalitet och de sociala aspekterna av omsorgen är lika angeläget som att stärka den medicinska kompetensen. Det är tydligt att de boendes livskvalitet minskade under pandemin. Att inte få träffa sin familj på många månader, att inte kunna vara fysiskt aktiv, att inte få se ett leende och inte höra vad personalen säger för att de bär munskydd, att inte få en kram – allt detta har en fundamental påverkan på livskvalitet och

livsvilja. Detta visar i sin tur att de sociala aspekterna av omsorgen är lika viktiga som de medicinska, och för att kunna tillhandahålla det krävs också kunskap om bemötande och goda språkkunskaper.

Referenser

- AFS 2018:4. *Smittrisker. Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om smittrisker.*
- Andersson, F. & Hjelm, K. (2017). Patient safety in nursing homes in Sweden: Nurses' views on safety and their role. *Journal of Health Services Research & Policy*, 22(4), 204–210.
- Antonsson, H. (2013). *Chefers arbete i äldreomsorgen – att hantera den svårhanterliga omvärlden: Relationen mellan arbete och organisering.* Akademisk avhandling, Linköpings universitet.
- Arén, C., Jaçelli, A., Gesar, B. & From, I. (2022). The work-related stress experienced by registered nurses at municipal aged care facilities during the COVID-19 pandemic: A qualitative interview study. *BMC Nursing*, 21:296.
- Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Gallego-Alberto, L., Amutio, A., Moreno-Jiménez, B. & Garrosa, E. (2022). Satisfied as professionals, but also exhausted and worried!!: The role of job demands, resources and emotional experiences of Spanish nursing home workers during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 148–160.
- Boström, A.-M., Hammar, L. M. & Swall, A. (2020). *Vårdkvaliteten inom den kommunala hälso- och sjukvården under pandemin: Medicinskt ansvariga sjuksköterskors och sjuksköterskors perspektiv.*
- Briggs, D., Telford, L., Lloyd, A. & Ellis, A. (2021). Working, living and dying in COVID times: Perspectives from frontline adult social care workers in the UK. *Safer Communities*, 20(3), 208–222.
- Broms, R., Dahlström, C., Najar, J. & Nistotskaya, M. (2021). *Driftsform, personalsammansättning och storlek: Om strukturella faktorer*

- och risk att smittas av och dö i covid-19 vid särskilt boende för äldre i Sverige. Underlagsrapport till SOU 2021:89 Sverige under pandemin.*
- Bunn, D., Brainard, J., Lane, K., Salter, C. & Lake, I. (2021). The Lived Experience of Implementing Infection Control Measures in Care Homes during Two Waves of the COVID-19 Pandemic. A Mixed-Methods Study. *Journal of Long Term Care*, 386–400.
- Chee, S. Y. (2020). COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes. *Millennial Asia*, 11(3), 299–317.
- Chen, A. T., Ryskina, K. L. & Jung, H.-Y. (2020). Long-Term Care, Residential Facilities, and COVID-19: An Overview of Federal and State Policy Responses. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(9), 1186–1190.
- Chu, C. H., Wang, J., Fukui, C., Staudacher, S., Wachholz, P. A. & Wu, B. (2021). The Impact of COVID-19 on Social Isolation in Long-term Care Homes: Perspectives of Policies and Strategies from Six Countries. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(4–5), 459–473.
- Dellve, L. & Jendeby, M. K. (2022). Silence Among First-Line Managers in Eldercare and Their Continuous Improvement Work During Covid-19. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59:1–9.
- Dellve, L. & Skagert, K. (2022). Organizational conditions for Occupational Health and Safety Management practices in homecare and nursing homes, pre-pandemic and in pandemic. Conference paper presented at *WOS2022 Focus on Humans in a Technological World*.
- Dellve, L. & Williamsson, A. (2022). Development work in Swedish eldercare: Resources for trustworthy, integrated managerial work during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Dellve, L. & Wolmesjö, M. (2016). *Ledarskap i äldreomsorgen: Att leda integrerat värdeskapande i en röra av värden och förutsättningar*. Vetenskap för profession 35. Högskolan i Borås.
- Dichter, M. N., Sander, M., Seismann-Petersen, S. & Köpke, S. (2020). COVID-19: It is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1157–1160.
- Dunér, A. (2020). *Biståndshandläggning inom äldreomsorgen. Villkor och dilemman*. Studentlitteratur.

- Folkhälsomyndigheten. (2020a). *Exempel på åtgärder för att minska spridning av covid-19 på särskilda boenden för äldre*.
- Folkhälsomyndigheten. (2020b). *Ny fas kräver nya insatser mot pandemin*. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/ny-fas-kraver-nya-insatser-mot-covid-19/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022a). *När hände vad under pandemin*. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/folkhalsomyndighetens-arbete-med-covid-19/nar-hande-vad-under-pandemin/>
- Folkhälsomyndigheten. (2022b). *Tillfälliga lokala besöksförbud på äldreboenden upphör*. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se>
- Frahsa, A., Altmeier, D., John, J. M., Gropper, H., Granz, H., Pommersky, R., Haigis, D., Eschweiler, G. W., Nieß, A. M., Sudeck, G. & Thiel, A. (2020). »I Trust in Staff's Creativity« – The Impact of COVID-19 Lockdowns on Physical Activity Promotion in Nursing Homes Through the Lenses of Organizational Sociology. *Frontiers in Sports and Active Living*, 2.
- Geugten, W. van der, Jacobs, G. & Goossensen, A. (2022). The struggle for good care: Moral challenges during the COVID-19 lockdown of Dutch elderly care facilities. *International Journal of Care and Caring*, 6(1–2), 157–177.
- Giebel, C., Hanna, K., Cannon, J., Shenton, J., Mason, S., Tetlow, H., Marlow, P., Rajagopal, M. & Gabbay, M. (2021). Taking the 'care' out of care homes: The moral dilemma of institutional long-term care provision during COVID-19. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), 2127–2136. Academic Search Premier.
- Hanna, K., Giebel, C., Cannon, J., Shenton, J., Mason, S., Tetlow, H., Marlow, P., Rajagopal, M. & Gabbay, M. (2022). Working in a care home during the COVID-19 pandemic: How has the pandemic changed working practices? A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 129.
- Hoedl, M., Thonhofer, N. & Schoberer, D. (2022). COVID-19 pandemic: Burdens on and consequences for nursing home staff. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2495–2506.

- HSLF-FS 2020:41. *Socialstyrelsens allmänna råd om tillämpningen av förordningen (2020:163) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridning av sjukdomen covid-19*. Socialstyrelsen.
- HSLF-FS 2020:46. *Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin*. Socialstyrelsen.
- Hugelius, K., Harada, N. & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 121.
- Håkansson, H. (2022). Contradictions of Ordered Trust: Trust-based Work and Conflicting Logics in Municipal Care. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 12(3), 3–22.
- IVO (2020a). *Iakttagelser i korthet. Nr 3/2020. Nattbemanning på boenden för äldre personer med demenssjukdom eller demensliknande tillstånd*.
- IVO (2020b). *Ingen region har tagit sitt fulla ansvar för individuell vård och behandling*. Hämtad från: <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/ingen-region-har-tagit-fullt-ansvar-for-individuell-varld/>
- IVO (2020c). *Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre*.
- IVO (2021a). *Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister*. Hämtad från: <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2021/forutsattningar-for-god-varld-och-behandling-pa-sabo-saknas-och-leder-till-brister/>
- IVO (2021b). *Smittsäkra besök. Redovisning av regeringsuppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin*.
- IVO (2021c). *Vad har IVO sett. Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020*.
- Jacobsen, F., Arntzen, C., Debvik, S. A., Førland, O., Krane, M. S., Madsen, L., Moholt, J.-M., Olsen, R. M., Tingvold, L., Tranvåg, O., Ågotnes, G. & Aasmul, I. (2021). *Erfaringer med COVID-19 i norske sykehjem*. Senter for omsorgsforskning, Rapportserie nr 1.
- Johansson, A. & Fjällström, P. (2021). *Skyddsutrustning och virustestning under covid-19-pandemin. Det kostar på att rädda liv – erfarenheter från kommunal vård och omsorg i Västerbotten*. Rapport. Region Västerbotten.

- Josefsson, K. (2012). Registered nurses' health in community elderly care in Sweden. *International Nursing Review*, 59(3), 409–415.
- Josefsson, K. & Hansson, M. (2011). To lead and to be led in municipal elderly care in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 498–506.
- Kabir, Z. N., Boström, A.-M. & Konradsen, H. (2020). In Conversation with a Frontline Worker in a Care Home in Sweden during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 35(4), 493–500.
- Kaelen, S., Boogaard, W. van den, Pellecchia, U., Spiers, S., Cramer, C. D., Demaegd, G., Fouqueray, E., Bergh, R. V. den, Goublomme, S., Decroo, T., Quinet, M., Hoof, E. V. & Draguez, B. (2021). How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes: A qualitative study. *PLOS ONE*, 16(3).
- Karlsson, I., Ekman, S.-L. & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home: Some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 265–273.
- Keller, H. H., Trinca, V., Dakkak, H., Wu, S. A., Bovee, S., Carrier, N., Cammer, A., Lengyel, C., O'Rourke, H. M., Rowe, N., Slaughter, S. E. & Quiring, S. (2021). Impact of COVID-19 on Relationship-Centred Residential Dining Practices. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 40(4), 1–15.
- Klinga, C. & Uvhagen, H. (2021). *Genomlysning och lärande rörande hanteringen av smittspridning covid-19 på Berga vård- och omsorgsböende våren 2020: Ingenting händer av en enda anledning*. FoU nu.
- Klingberg Hjort, M. (2022). Kommunal: Det finns personal att anställa i äldreomsorgen. *Kommunalarbetaren* 17 november.
- Kommunal (2018). *Så mycket bättre? 2018 – En jämförelse av anställningsvillkor och löner i privat och kommunalt driven äldreomsorg*.
- KPMG (2020). *Utredning av smittspridning inom äldreboenden*. Rapport: Göteborgs stad.
- Leontjevas, R., Knippenberg, I. A. H., Smalbrugge, M., Plouvier, A. O. A., Teunisse, S., Bakker, C., Koopmans, R. T. C. M. & Gerritsen, D. L. (2021). Challenging behavior of nursing home residents during COVID-19 measures in the Netherlands. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1314–1319.

- Leontowitsch, M., Oswald, F., Schall, A. & Pantel, J. (2021). Doing time in care homes: Insights into the experiences of care home residents in Germany during the early phase of the COVID-19 pandemic. *Ageing and Society*, 1–19.
- Lethin, C., Kenkmann, A., Chiatti, C., Christensen, J., Backhouse, T., Killett, A., Fisher, O. & Malmgren Fänge, A. (2021). Organizational Support Experiences of Care Home and Home Care Staff in Sweden, Italy, Germany and the United Kingdom during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare*, 9(6), 767.
- Lood, Q., Haak, M. & Dahlin-Ivanoff, S. (2021). Everyday life in a Swedish nursing home during the COVID-19 pandemic: A qualitative interview study with persons 85 to 100 years. *BMJ Open*, 11(6).
- Lundberg, S. (2021). Rekrytera och behålla personal i den kommunala äldreomsorgen under covid-19. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 28(4).
- Lyng, H. B., Ree, E., Wibe, T. & Wiig, S. (2021). Healthcare leaders' use of innovative solutions to ensure resilience in healthcare during the Covid-19 pandemic: A qualitative study in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 21(878).
- Martinsson, L., Strang, P., Bergström, J. & Lundström, S. (2021). Were Clinical Routines for Good End-of-Life Care Maintained in Hospitals and Nursing Homes During the First Three Months of the Outbreak of COVID-19? A National Register Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(1), 11–19.
- Navarro Prados, A. B., Jiménez García-Tizón, S. & Meléndez, J. C. (2022). Sense of coherence and burnout in nursing home workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 244–252.
- Nyashanu, M., Pfende, F. & Ekpenyong, M. S. (2022). Triggers of mental health problems among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in private care homes and domiciliary care agencies: Lived experiences of care workers in the Midlands region, UK. *Health & Social Care in the Community*, 30(2).
- OECD (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies.
- Paananen, J., Rannikko, J., Harju, M. & Pirhonen, J. (2021). The impact of Covid-19-related distancing on the well-being of nursing home residents and their family members: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3.

- Palacios-Cena, D., Fernandez-Pena, R., Ortega-Lopez, A., Fernandez-Feito, A., Bautista-Villaecija, O., Rodrigo-Pedrosa, O., Arnau-Sanchez, J. & Lizcano-Alvarez, A. (2021). Long-Term Care Facilities and Nursing Homes during the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review of the Perspectives of Professionals, Families and Residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19).
- Plagg, B., Engl, A., Piccoliori, G. & Eisendle, K. (2020). Prolonged social isolation of the elderly during COVID-19: Between benefit and damage. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89.
- Prop. 1979/80:I. *Om socialtjänsten*.
- Prop. 2020/21:175. *Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket*.
- Regeringen (2022). *Om hälsovård, sjukvård och äldreomsorg med anledning av covid-19*. Hämtad 2022-04-19 från: <https://www.regeringen.se>
- Region Stockholm (2020a). Kartläggning av covid-19 på SÄBO i Stockholms län.
- Region Stockholm (2020b). *Styrande regelverk för patientflöden*, 2020-03-20 och 2020-05-22.
- Region Stockholm (2022). *Omhändertagande av patient med feber eller luftvägssymptom*.
- Roest, H. G. van der, Prins, M., Velden, C. van der, Steinmetz, S., Stolte, E., Tilburg, T. G. van & Vries, D. H. de (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569–1570.
- Rutten, J. E. R., Backhaus, R., Hamers, J. P. H. & Verbeek, H. (2021). Working in a Dutch nursing home during the COVID-19 pandemic: Experiences and lessons learned. *Nursing Open*, 9(6), 2710–2719.
- Rücker, F., Hårdstedt, M., Rücker, S. C. M., Aspelin, E., Smirnoff, A., Lindblom, A. & Gustavsson, C. (2021). From chaos to control – experiences of healthcare workers during the early phase of the COVID-19 pandemic: A focus group study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1219.
- Schön, P., Lagergren, M. & Kåreholt, I. (2016). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: Results from a population-based study. *Health & Social Care in the Community*, 24(5), 631–638.

- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- SFS 2020:979. *Förordning (2020:979) om tillfälligt förbud mot besök i särskilda boendeformer för äldre för att förhindra spridningen av sjukdomen covid-19*.
- Simons, H. (2014). Case Study Research: In-Depth Understanding in Practice. I: P. Leavy (red.), *The oxford handbook of qualitative research*, 455–470. Oxford University Press, Incorporated.
- Sizoo, E. M., Monnier, A. A., Bloemen, M., Hertogh, C. M. P. M. & Smalbrugge, M. (2020). Dilemmas With Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Analysis of an Open-Ended Questionnaire With Elderly Care Physicians. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1774–1781.
- SKR (2020). *Fakta om äldreomsorgen i ljuset av coronapandemin*.
- SKR (2022). *Särskilt boende för äldre (SÄBO)*. Hämtad från: <https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sarskilt-boendealdre.28193.html>
- Smittskydd Västra Götaland (2020). Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland.
- Socialstyrelsen (2012). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012*.
- Socialstyrelsen (2013). *Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna*. Meddelandeblad Nr 12.
- Socialstyrelsen (2014). *Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner*.
- Socialstyrelsen (2017). *Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering*. Meddelandeblad Nr 6.
- Socialstyrelsen (2019a). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019*.
- Socialstyrelsen (2019b). *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*.
- Socialstyrelsen (2020a). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre*. Socialstyrelsens rapportering av uppdrag S2020/06466/SOF (delvis).
- Socialstyrelsen (2020b). *Arbetsätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19. Praktiska förslag till kommunal hälso- och sjukvård i samverkan med socialtjänst*.
- Socialstyrelsen (2020c). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020*.

- Socialstyrelsen (2021a). *Förutsättningar och stöd för första linjens chefer. Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen.*
- Socialstyrelsen (2021b). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021.*
- Socialstyrelsen (2022a). *Arbetsätt vid smittsamma infektionssjukdomar, såsom covid-19 hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre.* Meddelandeblad. Reviderad 2022-04-22.
- Socialstyrelsen (2022b). *Boende och stöd för äldre.* Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/boende-och-stod-aldre/>
- Socialstyrelsen (2022c). *Delaktighet och bemötande.* Kunskapsguiden. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/delaktighet-och-bemotande/>
- Socialstyrelsen (2022d). Undersköterska blir en skyddad yrkestitel. Hämtad från: <https://legitimation.socialstyrelsen.se/underskoterska-blir-en-skyddad-yrkestitel/>
- Socialstyrelsen (2022e). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022.*
- SOSFS 2015:10. *Basal hygien i vård och omsorg.*
- SOU 2019:20. *Stärkt kompetens i vård- och omsorg.* Utredningen Reglering av yrket undersköterska.
- SOU 2020:80. *Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen.*
- SOU 2021:89. *Sverige under pandemin.* Delbetänkande av Coronakommissionen.
- Spacey, A., Porter, S., Board, M. & Scammell, J. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on end of life care delivery in care homes: A mixed method systematic review. *Palliative Medicine*, 35(8), 1468–1479.
- Spilsbury, K., Devi, R., Griffiths, A., Akrill, C., Astle, A., Goodman, C., Gordon, A., Hanratty, B., Hodkinson, P., Marshall, F., Meyer, J. & Thompson, C. (2021). SEeking AnswerS for Care Homes during the COVID-19 pandemic (COVID SEARCH). *Age and Ageing*, 50(2), 335–340.
- Stockholms stad (2022). *Besöksförbud på stadens särskilda boenden.* Hämtad från: <https://start.stockholm>
- Storm, P. (2018). *Betydelsen av kön och hudfärg i äldreboendets vardag under olika organisatoriska villkor.* Akademisk avhandling: Stockholms universitet.

- Strandell, R. (2022). *Omsorgsarbete i hemtjänsten: Förändringar, utmaningar och möjligheter*. Akademisk avhandling: Stockholms universitet.
- Strang, P., Bergström, J., Martinsson, L., Lundström, S., Peter, S., Jonas, B., Lisa, M. & Staffan, L. (2020). Dying From COVID-19: Loneliness, End-of-Life Discussions, and Support for Patients and Their Families in Nursing Homes and Hospitals. A National Register Study. *Journal of Pain & Symptom Management*, 60(4).
- Stranz, A. (2013). *Omsorgsarbetets vardag och villkor i Sverige och Danmark: Ett feministiskt kritiskt perspektiv*. Akademisk avhandling: Stockholms universitet.
- Stålö, J., Ruzicka Nilsson, J., Jäderberg, S. & Norén, D. (2021). *Fördjupad analys av äldreomsorg: Utvärdering av Stockholms stads hantering av covid-19-pandemin*. Governo.
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*. Underlagsrapport till SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin.
- Szebehely, M. & Trydegård, G-B. (2014). Hur mycket självbestämmande ryms det i skälig levnadsnivå? Socialtjänstlagens visioner och äldreomsorgens realiteter. I: U. Pettersson (red.), *Tre decennier med socialtjänstlagen. Utopi, vision, verklighet*. Gleerups.
- Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Stockholm: Stockholms universitet.
- Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans, R. T. C. M. & Hamers, J. P. H. (2020). Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 900–904.
- Vries, D. de, Pols, J., M'charek, A. & Weert, J. van. (2022). The impact of physical distancing on socially vulnerable people needing care during the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *International Journal of Care and Caring*, 6(1–2), 123–140.
- Västra Götalandsregionen (2020). *Sammanställning. Kartläggning av covid-19 på särskilda boenden i Västra Götaland*. Smittskydd Västra Götaland.
- Westerberg, K. & Nordin, M. (2021). *Äldreomsorgens ständiga förändringar – om organisation, arbetsmiljö och ledarskap*. SNS Förlag.

- Winblad, U., Swenning, A.-K. & Spangler, D. (2021). Soft law and individual responsibility: A review of the Swedish policy response to COVID-19. *Health Economics, Policy and Law*, 1–14.
- Yau, B., Vijh, R., Prairie, J., McKee, G. & Schwandt, M. (2021). Lived experiences of frontline workers and leaders during COVID-19 outbreaks in long-term care: A qualitative study. *American Journal of Infection Control*, 49(8), 978–984.

Äldreomsorgens personal stod på frontlinjen under covid-19-pandemin. I rapporten redovisas resultaten från en omfattande intervjustudie som genomförts på fyra äldreboenden i Stockholm. Vilka förutsättningar hade personalen för att hantera pandemin? Vilka prioriteringar och dilemman ställdes de inför? Och vad blev konsekvenserna för de äldre?

I rapporten kartläggs hur två år av pandemi påverkat verksamheten på olika äldreboenden. Författarna ger också en fördjupad bild av hur riktlinjer och åtgärder implementerats samt vilka konsekvenser det fått för personalens arbete och de äldres vård och omsorg.

Med utgångspunkt i studiens resultat och tidigare forskning diskuteras vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra förutsättningarna för hantering av framtida pandemier och andra utbrott av smittspridning. Dessutom synliggör författarna vilka resurser och vilken kompetens som behövs för att ge omvårdnad av god kvalitet till äldre personer med omfattande vård- och omsorgsbehov som bor på äldreboende – oavsett om det är pandemi eller inte.

Sara Erlandsson och *Petra Ulmanen* är båda lektorer i socialt arbete vid Stockholms universitet. *Sara Wittzell* har varit forskningsassistent i studien och är medförfattare till rapporten.

Rapporten är en del i SNS treåriga forskningsprojekt »Vårdens och äldreomsorgens organisering och finansiering«.

