JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin

- En intervjustudie

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*
FÖRFATTARE: *Hanna Gustavsson*
HANDLEDARE: *Therése Bielsten*
JÖNKÖPING 2024 Mars

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet äldre personer med demenssjukdom beräknas öka de kommande åren. Att arbeta som sjuksköterska på en demensenhet på särskilt boende har beskrivits som en komplex och kravfylld roll. Med Covid-19-pandemin förändrades tillvaron för såväl personalen som för personerna med demenssjukdom på särskilt boende. Att ta reda på sjuksköterskors erfarenheter av denna tid kan ge kunskap som är värdefull både idag och vid en eventuell framtida pandemi.

Syfte: Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin.

Metod: Kvalitativ metod med induktiv ansats användes. Åtta semistrukturerade intervjuer genomfördes med sjuksköterskor som arbetade på en demensenhet på särskilt boende under Covid-19-pandemin. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen genererade sju subteman och tre teman. Teman var: *Att balansera mellan riktlinjer och välbefinnande, Att mötas på avstånd* och *Att bära ansvar på okänd mark*.

Slutsats: Covid-19-pandemin medförde att sjuksköterskor som vårdade personer med demenssjukdom utsattes för ökad stress och höga krav, samtidigt som de behövde navigera kring etiskt utmanande situationer. Ytterligare forskning som belyser sjuksköterskors lärdomar från Covid-19-pandemin rekommenderas.

Nyckelord: Covid-19, demenssjukdom, omvårdnad, personcentrerad vård, särskilt boende

Summary

Nurses' experiences of caring for people with dementia in nursing homes during the Covid-19 pandemic: An interview study.

Background: The number of older people with dementia is expected to increase in the coming years. To work as a nurse at a nursing home unit specialized in dementia care has been described as a complex and demanding role. Alongside the Covid-19 pandemic, care in nursing homes changed for both the staff and the people with dementia. Finding out nurses' experiences of this time can provide knowledge that is valuable both today and in the event of a possible future pandemic.

Aim: The aim was to describe nurses' experiences of caring for people with dementia in nursing homes during the Covid-19 pandemic.

Method: Qualitative method with inductive approach was used. Eight semi-structured interviews were conducted with nurses who worked at a nursing home unit specialized in dementia care during the Covid-19 pandemic. The material was analysed according to qualitative content analysis.

Result: The analysis generated seven subthemes and three themes. The themes were: *To balance between guidelines and well-being, To meet at a distance* and *To bear responsibility in a new territory*.

Conclusion: The Covid-19-pandemic meant that nurses caring for people with dementia were exposed to increased stress and high demands, while also having to navigate ethically challenging situations. Further research highlighting nurses' lessons learned from the Covid-19 pandemic is recommended.

Keywords: Covid-19, dementia, nursing, person-centered care, residential care

Innehållsförteckning

Inledning 1

Bakgrund 1

Demenssjukdom 1
Omvårdnad till personer med demenssjukdom på särskilt boende 2
Omvårdnad ur sjuksköterskans perspektiv 3
Personcentrerad vård 3
Covid-19 3
Att arbeta på särskilt boende under Covid-19-pandemin 4

Syfte 5

Metod 5

Design 5
Urval och tillvägagångssätt 5
Dataanalys 6
Etiska överväganden 8

Resultat 9

Att balansera mellan riktlinjer och välbefinnande 9
Ställningstaganden kring isolering 9
Ställningstaganden kring provtagning för Covid-19 10
Ställningstaganden och konsekvenser kring besöksrestriktioner 11
Att mötas på avstånd 11
Skyddsutrustning försvårade bemötande och kommunikation 11
Distanskontakt med anhöriga 12
Att bära ansvar på okänd mark 12
Samverkan med omvårdnadspersonalen 12
Att vårda vid och vaccinera mot Covid-19 13

Diskussion 14

Resultatdiskussion 14
Metoddiskussion 16

Slutsatser 18

Referenser 19

Bilagor .....

Bilaga 1 – Informationsbrev till enhetschef .....
Bilaga 2 – Informationsbrev till deltagare .....
Bilaga 3 – Intervjuguide .....

Inledning

År 2019 upptäcktes ett nytt coronavirus vid namn SARS-CoV-2. Sjukdomen som orsakas av viruset fick namnet Covid-19. Covid-19 är en smittsam sjukdom som oftast ger symtom från luftvägarna i varierande grad (Folkhälsomyndigheten, 2022). Den 11 mars 2020 klassade WHO spridningen av Covid-19 som en pandemi (World Health Organization [WHO], 2021).

När pandemin bröt ut i Sverige framhöll regeringen tillsammans med Folkhälsomyndigheten vikten av att skydda riskgrupper, däribland äldre personer då de löper högre risk att drabbas av allvarlig sjukdom och död till följd av Covid-19. Äldre personer som bodde på särskilda boenden ansågs vara den största riskgruppen (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2023). Covid-19-pandemin medförde att de boende och personal på särskilda boenden runtom i Sverige ställdes inför en aldrig tidigare skådad situation. Sjuksköterskor på särskilda boenden fick ta ett stort ansvar då vården kontinuerligt behövde anpassas efter de senaste riktlinjerna och rekommendationerna (Birt et al., 2022; Hillestad et al., 2022; van Diepen et al., 2023). Livet för de boende blev i många fall mer begränsat med anledning av exempelvis besöksförbud och isolering vid smitta (Socialstyrelsen, 2020). Forskning kring erfarenheter av att arbeta på äldreboende under Covid-19-pandemin finns, men forskning som belyser sjuksköterskans erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin är sparsam. Att genomföra en studie för att belysa detta ämne kan generera kunskap som både är värdefull idag då Covid-19 fortfarande existerar, men också för framtiden i händelse av en ny pandemi eller omfattande spridning av smittsam sjukdom.

Bakgrund

Demenssjukdom

Demenssjukdom innebär en kognitiv svikt till följd av nedbrytning och död av nervceller i hjärnan (Eriksdotter, 2020; Socialstyrelsen, 2017). Kognition kan delas in i sex olika domäner: uppmärksamhetsfunktioner, visuospatiala funktioner, verbala funktioner, inlärnings- och minnesfunktioner, exekutiva funktioner och social kognition (Svenskt Demenscentrum, 2021). För att den kognitiva svikten ska klassas som en demenssjukdom behöver personen uppvisa betydande försämring av kognitiv funktionsnivå jämfört med tidigare. Den kognitiva svikten ska även vara så pass påtaglig att yrkesliv eller socialt liv påverkas (Socialstyrelsen, 2017). Demenssjukdomar är obotliga och försämras successivt över tid (Eriksdotter, 2020).

Begreppet *demens* är kritiserat då det anses vara ett förlegat och stigmatiserande begrepp (Wibom & Johanzon, 2021). I den senaste versionen av diagnosmanualen DSM-5 (Diagnostical and Statistical Manual of Mental disorders) har begreppet *demenssjukdomar* bytts ut till förmån för begreppet *kognitiva sjukdomar* (American Psychiatric Association, 2013). Inom svensk hälso- och sjukvård används dock främst diagnosmanualen ICD (International statistical Classification of Diseases and related health problems) vid diagnostisering av olika tillstånd. Den senaste versionen av ICD som utkommit på svenska är ICD-10 och där används begreppet *demenssjukdomar* (Socialstyrelsen, 2017). ICD-11 är den senaste versionen av diagnosmanualen men finns inte översatt till svenska ännu. I denna version förekommer både begrepp som *cognitive disorder* och *dementia* (WHO, 2022). I detta arbete kommer begreppet *demenssjukdom* att användas då begreppet anses vara mest känt för allmänheten och används i dagligt tal. Likaså benämns fortfarande särskilda boenden för personer med kognitiv svikt som demensboenden i hög utsträckning.

Den största riskfaktorn för att drabbas av demenssjukdom är hög ålder och majoriteten av de personer som har en demenssjukdom i Sverige är över 65 år gamla (Eriksdotter, 2020). Andelen äldre i Sverige förväntas öka under de kommande 50 åren (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2018), vilket innebär att antalet personer med demenssjukdom också kommer att öka (Frisell et al., 2023). År 2017 publicerade Socialstyrelsen rapporten *”Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning”*. Vid den tidpunkten fanns cirka 130 000–150 000 personer med demenssjukdom i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). Antalet personer med demenssjukdom i Sverige beräknades år 2019 uppgå till ca 144 000 personer i åldersgruppen 65 år och äldre. Det finns prognoser som visar att antalet personer med demenssjukdom som är 65 år och äldre i Sverige kan öka till 180 000 år 2030 och 247 000 år 2050 (Frisell et al., 2023).

Några av de vanligaste demenssjukdomarna är Alzheimers sjukdom, Lewy body-demens, frontotemporal demens och vaskulär demens, där Alzheimers sjukdom är den vanligast förekommande (Socialstyrelsen, 2017). Sjukdomsförloppet och vilka kognitiva domäner som är mest påverkade skiljer sig åt mellan de olika demenssjukdomarna och beror på vilka områden av hjärnan som är drabbade. Symtom vid demenssjukdom kan till exempel vara minnessvikt, svårigheter att planera och strukturera uppgifter, nedsatt uppmärksamhetsförmåga, svårigheter att hitta ord och uttrycka sig eller svårigheter att läsa av andra personer och känna empati (Edberg och Ericsson, 2017). Långt framskriden demenssjukdom innebär dock att personen, utöver kognitiva funktionsnedsättningar, också drabbas av motoriska symtom som exempelvis sväljsvårigheter, gång- och balanssvårigheter, inkontinens samt svårigheter att tala (Edberg & Ericsson, 2017; Eriksdotter, 2020).

I takt med att en demenssjukdom progredierar så försämras personens kognitiva funktioner. Måttlig till svår demenssjukdom medför att personen kan behöva hjälp för att tillgodose grundläggande behov. När stödinsatser i hemmet inte längre räcker till finns möjlighet till vård på särskilt boende. På särskilt boende kan omvårdnad och tillsyn ges dygnet runt (Socialstyrelsen, 2017). Hos cirka 90% av alla personer med demenssjukdom förekommer BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom) någon gång under sjukdomsförloppet (Socialstyrelsen, 2017). Symtom på BPSD kan vara rastlöshet, vandrande, aggressivitet, hallucinationer, nedstämdhet, oro eller apati. Symtomen uppkommer dels på grund av att demenssjukdomen försvårar för personen att tolka och förstå sin omgivning, men BPSD kan också utlösas av bakomliggande faktorer som till exempel smärta, infektioner, hunger, törst eller läkemedelsbiverkan. En bristande vård- eller boendemiljö kan också bidra till uppkomst av BPSD (Skovdahl et al., 2020). Det innebär att omgivningen spelar en stor roll för personen med demenssjukdoms välbefinnande, vilket ställer krav på de enheter med demensinriktning som finns på särskilda boenden.

Omvårdnad till personer med demenssjukdom på särskilt boende

God omvårdnad till personer med demenssjukdom bidrar till ökad livskvalitet (Anderson & Blair, 2021). På en enhet på särskilt boende avsedd för personer med demenssjukdom spelar såväl den fysiska miljön som personalens bemötande en central roll för personens välbefinnande (Wijk, 2020). En hemtrevlig miljö som inbjuder till umgänge, samt tillgång till uteplats eller trädgård upplevs bidra till välmående (Young Lee et al., 2021). Likaså möjligheten att få röra sig fritt i och utanför sitt boende har visat sig bidra till ökad livskvalité (Verloo et al., 2018). Personal som arbetar på demensenheter har beskrivit att demensenheter i mindre skala med öppen planlösning i allmänna utrymmen är att föredra då det ger personerna med demenssjukdom möjlighet att röra sig fritt och interagera med sin omgivning, samtidigt som de är under uppsikt av personal (Young Lee et al., 2021; Lillekroken et al., 2015).

Vad gäller bemötandet av personer med demenssjukdom bör det utgå från ett personcentrerat förhållningssätt där hänsyn tas till den enskilda individens förmågor, resurser och behov. Att som personal använda ett lugnt bemötande är ett verktyg för att även skapa en känsla av lugn och trygghet hos de boende då känslostämningar ofta speglas (Skovdahl et al., 2020). Både verbal och icke-verbal kommunikation spelar roll för hur bemötandet faller ut. Som personal kan det dock vara svårt att läsa av vilka behov personen med demenssjukdom ger uttryck för (Edberg, 2020). Genom att bygga en relation mellan personal och personen med demenssjukdom ges förutsättningar för att lära sig känna igen olika sinnesstämningar och känslouttryck hos personen med demenssjukdom, samtidigt som tilliten stärks vilket kan underlätta vid omvårdnad (Douglas et al., 2021). Att som person med demenssjukdom få besök av anhöriga efter flytt till särskilt boende är en viktig del i att upprätthålla hälsa (Verloo et al., 2018). Enligt Boumans et al. (2022) är samverkan mellan personalen, personen med demenssjukdom och dennes anhöriga centralt för att kunna ge så god omvårdnad som möjligt. I deras studie beskrivs hur anhöriga involveras i omvårdnaden om de önskar, genom att till exempel gå promenader med sin närstående eller ta med personen på familjeaktiviteter.

Att vara aktiv och uppleva en meningsfull vardag är en del i att upprätthålla en människas funktionsförmåga (Skovdahl & Edberg, 2020). Anpassade sociala aktiviteter som genomförs kontinuerligt kan bidra till att främja hälsa hos personer med demenssjukdom på särskilt boende (Mabire et al., 2022). Forskning har dock visat att även om personalen är medveten om vikten av att erbjuda meningsfulla aktiviteter och arbeta för att göra personerna med demenssjukdom mer självständiga i den mån det går, så finns inte alltid tid eller personalresurser för att tillgodose detta (Davison et al., 2019).

Omvårdnad ur sjuksköterskans perspektiv

Den legitimerade sjuksköterskan har till uppgift att bedriva omvårdnad ur ett humanistiskt perspektiv (Svensk sjuksköterskeförening, 2024). Det humanistiska perspektivet syftar till att se människan som en helhet, sammansatt av kropp och själ där hälsa bygger på personens egna upplevelser av välbefinnande, mening och sammanhang (Berglund, 2020). I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor beskrivs hur omvårdnad vilar på fyra hörnstenar: förebygga sjukdom, återställa hälsa, främja hälsa samt lindra lidande och främja en värdig död (Svensk sjuksköterskeförening, 2021).

Att arbeta som sjuksköterska på ett boende för personer med demenssjukdom har beskrivits som ett arbete som innebär ett stort ansvar och frustration kopplat till den komplexa och kravfyllda roll som sjuksköterskan besitter (Smythe et al., 2017). Sjuksköterskan är ofta länken mellan den boende, anhöriga och de olika professionerna och att som sjuksköterska sätta samman alla olika perspektiv till en helhet har beskrivits som utmanande. Samtidigt kan arbetsglädjen och tryggheten i sjuksköterskerollen stärkas när känslan av att ge vård med ett helhetsperspektiv till personer med demenssjukdom uppnås (Pennbrant et al., 2020).

Inom äldreomsorgen i Sverige idag är det inte ovanligt att sjuksköterskans roll är mer konsultativ. Undersköterskan är oftast den som är närmast patienten och ombesörjer den dagliga omvårdnaden (Berglund, 2020). Sjuksköterskan bär dock det övergripande omvårdnadsansvaret (Wijk & Rämgård, 2017). Sjuksköterskor som arbetar på demensboenden i Sverige har beskrivit hur deras handledning, utbildning och stöttning till omvårdnadspersonalen är en central punkt för att kunna ge så god omvårdnad som möjligt. Det kan till exempel handla om att guida personalen i att tolka personen med demenssjukdoms beteende eller reflektera kring situationer som har varit svåra (Pennbrant et al., 2020). En studie av Attard et al. (2020) beskriver hur sjuksköterskor på demensenheter har god kunskap om demenssjukdomar, men att de samtidigt upplever ett behov av mer utbildning och träning kring att bemöta och hantera personer med BPSD. Utgångspunkten för att kunna ge så god vård som möjligt till personer med BPSD är ett personcentrerat förhållningssätt (Skovdahl et al., 2020).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en av sjuksköterskans kärnkompetenser. Personcentrerad vård är ett begrepp som inte har någon enhällig definition då det har beskrivits utifrån flera olika modeller genom åren (Svensk sjuksköterskeförening, Svenska läkarsällskapet och Dietisternas riksförbund, 2019). Personcentrerad vård innebär dock att en person inte ska ses som enbart sin sjukdom utan fokus bör vara på personens egen upplevelse av hälsa och ohälsa i den rådande situationen. Utgångspunkten för den personcentrerade vården ska vara de resurser, förutsättningar och hinder som personen har (Ekman & Norberg, 2013).

Socialstyrelsen (2017) betonar att vård och omsorg av personer med demenssjukdom ska genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt. Edvardsson et al. (2008) har beskrivit hur personcentrerad vård till personer med demenssjukdom bygger på sex punkter: att se personligheten som något dolt snarare än förlorat, att se till personens behov, att främja en personlig vård och omgivning, att värna om delat beslutsfattande, att tolka beteende utifrån personens perspektiv och att prioritera relationen till personen med demenssjukdom lika mycket som de uppgifter som ska utföras (Edvardsson et al., 2008). För att kunna ge personcentrerad vård till en person med demenssjukdom bör personalen ta del av personens livsberättelse. Upplevelser, behov och preferenser som funnits genom livet ger information som bidrar till att se personen bakom sjukdomen och möjliggör således en mer personcentrerad vård (Cooney & O'Shea, 2019).

En studie genomförd på äldreboenden i Sverige fann att enheter med hög grad av personcentrerad vård hade en engagerad ledning som stöttade personalen i att kompetensutvecklas samt i att bedriva vård utifrån den enskilda äldres behov. Likaså tillgången till en sjuksköterska på plats som kunde stötta och guida omvårdnadspersonalen sågs oftare på de enheter med hög grad av personcentrerad vård. Specifika demensenheter med färre boenden och högre personaltäthet hade också högre grad av personcentrerad vård än andra enheter (Backman et al., 2021). Förutsättningarna för att bedriva personcentrerad vård beror på flera olika faktorer. År 2020 tillstötte ännu en faktor som kom att ge avtryck på vården då Covid-19-pandemin bröt ut.

Covid-19

Covid-19 kallas den sjukdom som orsakas av Coronaviruset SARS-CoV-2. Sjukdomen ger oftast luftvägssymtom men kan också ge andra symtom såsom feber, halsont, snuva, huvudvärk, hosta, förändrad lukt och smak samt värk i muskler och leder. Äldre personer löper högre risk att blir svårt

sjuka jämfört med yngre personer. Det är främst personer som inte har vaccinerat sig mot sjukdomen som blir allvarligt sjuka (Folkhälsomyndigheten, 2022). Covid-19 är en smittsam sjukdom och smittar främst genom nära kontakt mellan människor via droppar från luftvägarna. När en person med Covid-19 pratar, nyser, hostar eller andas sprids dessa droppar som antingen faller till marken eller fortsätter röra sig i luften, beroende på storlek. Att smittas av Covid-19 kan dels ske genom inandning av dessa droppar, dels genom att orena händer kommer i kontakt med ögonen eller slemhinnor i näsa eller mun (Folkhälsomyndigheten, 2023b).

Den 11 mars 2020 tillkännagav WHO sin bedömning att spridningen av Covid-19 nu klassades som en pandemi (WHO, 2021). Detta ledde till att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten gick ut med rekommendationer för att minska smittspridningen i samhället (Socialstyrelsen, 2021). Bland annat rekommenderades personer över 70 år att begränsa sina sociala kontakter och undvika stora folksamlingar. Detta visade sig bidra till minskat antal sjukdomsfall av Covid-19 hos gruppen 70 år och äldre, men gav samtidigt negativa hälsoeffekter i form av nedstämdhet, ökad känsla av socialt utanförskap och ett motstånd till att söka för vård för andra åkommor än Covid-19, även om behov fanns (Folkhälsomyndigheten, 2020).

För äldre personer blev tillvaron under Covid-19-pandemin mer begränsad, och att inte träffa sina anhöriga eller kunna utföra sina vanliga aktiviteter på grund av restriktioner har beskrivits som något av det svåraste att hantera (Goncalves et al., 2022; Palmer et al., 2023). För äldre personer medförde också Covid-19-pandemin en oro över att själv bli sjuk och vilka konsekvenser det skulle få (Palmer et al., 2023). Forskning har visat att dagliga promenader, träning, hobbys och att söka känslomässigt stöd hos andra var faktorer som bidrog till ökat välmående hos äldre personer under Covid-19-pandemin. Samtidigt fanns det dock inte alltid samhälleliga resurser för att stödja äldre personer i att hantera den nya vardagen som Covid-19-pandemin medförde (Seckman, 2023).

Folkhälsomyndigheten och regeringen framhöll tidigt vikten av att skydda riskgrupper, däribland de äldre personerna i samhället då de löper högre risk att drabbas av allvarlig sjukdom och död till följd av Covid-19. Äldre personer som bodde på särskilda boenden ansågs vara den största riskgruppen (SKR, 2023). Den 1 april 2020 trädde regeringens beslut om att införa besöksförbud på särskilda boenden i kraft. Detta var ett led i att försöka begränsa smittspridning på särskilt boende och därmed skydda den äldre befolkningen. Under hösten samma år gjorde dock Socialstyrelsen en utvärdering av beslutet kring besöksförbudet som visade att upplevelsen av ensamhet hos de boende med stor sannolikhet ökade till följd av besöksförbudet. Personal rapporterade att vissa närstående försökte kringgå besöksförbudet vilket skapade konflikter. I oktober 2020 hävdes besöksförbudet på särskilda boenden då Socialstyrelsens utvärdering indikerade att det nu fanns tydliga rutiner kring hantering av smitta och förebyggande åtgärder för att förhindra smittspridning, samt att besöksförbudet ansågs ha påverkat både de som bodde på särskilt boende och deras anhöriga på ett negativt sätt (Socialstyrelsen, 2020). I slutet av december 2020 inleddes breddvaccineringen mot Covid-19 i Sverige och de första doserna gavs till personer som bodde på särskilt boende (Folkhälsomyndigheten, 2023a). Pandemiutbrottet påverkade inte bara de som bodde på särskilt boende och deras anhöriga, utan även vårdpersonalen fick anpassa sig till en ny vardag.

Att arbeta på särskilt boende under Covid-19-pandemin

Vårdpersonal på särskilt boenden har beskrivit hur Covid-19-pandemin medförde både känslomässiga och fysiska påfrestningar i arbetet. Användandet av skyddsutrustning var obekvämt samtidigt som vårdpersonalen upplevde att de inte kunde ge tröst och trygghet till de boende på samma sätt då de hade svårt att kommunicera genom skyddsutrustningen (van Diepen et al., 2023). De kände sig också hindrade i att ge den omvårdnad de önskade på grund av tidsbrist orsakat av hög sjukfrånvaro i personalgruppen, tidskrävande rutiner kring skyddsutrustning och högre arbetsbelastning. Upplevelsen av att ge otillräcklig omvårdnad orsakade känslomässig stress (Bergqvist et al., 2022; van Diepen et al., 2023). Att ständigt behöva hålla sig uppdaterad kring nya riktlinjer och rekommendationer var också en bidragande orsak till stress (Birt et al., 2022; Hillestad et al., 2022; van Diepen et al., 2023).

Under Covid-19-pandemin ställdes sjuksköterskor på äldreboende inför etiska dilemman, däribland avvägningen mellan att begränsa smittspridningen och tillåta besök av närstående. (Birt et al., 2022). Hillestad et al. (2022) beskriver hur sjuksköterskor på äldreboenden upplevde motstridiga känslor kring de riktlinjer som fanns för att begränsa smittspridning och deras uppfattning av vad som var bäst för de boende. Att behöva begränsa den fysiska miljön för de boende upplevdes som ångestfyllt av sjuksköterskorna. Hillestad et al. (2022) och Scerri et al. (2022) har även beskrivit svårigheter med att isolera personer med kognitiv svikt som blev sjuka i Covid-19. Det finns studier som beskriver hur

personal som vårdade personer med demenssjukdom under Covid-19-pandemin uppger att vissa personer med demenssjukdom försämrades både kognitivt och fysiskt under den tid då sociala interaktioner begränsades. Det är dock svårt att helt fastställa huruvida dessa försämringar tillstötte till följd av social isolering eller till följd av en försämring av demenssjukdomen som hade tillstött oavsett omständigheter (Kazawa et al., 2022; Richards et el., 2022). Användandet av digitala hjälpmedel för att hålla kontakt med anhöriga har beskrivits som värdefullt för personer med mild demens och relevant att fortsätta med även efter pandemin. Däremot fungerade den typen av kommunikation mindre bra för personer med långt framskriden demenssjukdom (Scerri et al., 2022).

Från och med den 1 april 2022 klassas Covid-19 inte längre som en samhällsfarlig och allmänfarlig sjukdom (Folkhälsomyndigheten, 2023). Sveriges kommuner och regioner (SKR) publicerade 2023 rapporten *”Att lära av en kris – kommuners och regioners lärdomar från Covid-19-pandemin”*. Där framkommer att personal inom äldreomsorgen fick sen tillgång till adekvat skyddsutrustning och bristfälliga instruktioner kring hur den skulle användas. Det beskrivs att sjuksköterskor inom den kommunala omsorgen fick ta ett stort ansvar, både vad gäller stöttning och handledning till omvårdnadspersonal men också gällande medicinska aspekter (SKR, 2023).

Att arbeta som sjuksköterska på särskilt boende under Covid-19-pandemin medförde en rad utmaningar vilket finns beskrivet i forskningsstudier. Däremot är forskningen kring sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin begränsad. Denna studie kan därför generera ny kunskap och bidra till att öka förståelsen för sjuksköterskans perspektiv av att vårda personer med demenssjukdom under de förutsättningar som Covid-19-pandemin medförde. Den typen av kunskap kan både vara värdefull idag då Covid-19 fortfarande existerar, men kan också vara värdefull för framtiden i händelse av en ny pandemi eller större utbrott av smittsam sjukdom.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin.

Metod

Design

För att svara på syftet valdes kvalitativ metod med induktiv ansats. Kvalitativ metod är lämpligt för att studera personers erfarenheter kring ett visst område (Henricson & Billhult, 2017). Induktiv ansats innebär att forskaren studerar ett fenomen så förutsättningslöst som möjligt (Priebe & Landström, 2017). Vid induktiv ansats behöver forskaren utgå från det konkreta och specifika vid analys av det insamlade materialet, för att sedan komma fram till mer generella slutsatser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Resultatet kan sedan mynna ut i en teori eller ställas mot en teori i arbetets diskussionsdel (Henricson & Billhult, 2017). Det insamlade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt de steg som beskrivs av Lindgren et al. (2020).

Urval och tillvägagångssätt

Inklusionskriterier för studien var att informanterna skulle vara legitimerade sjuksköterskor som jobbade på ett demensboende eller en demensenhet på särskilt boende under tidsperioden mars 2020 – mars 2022 (minst). Denna tidsperiod valdes då syftet med studien var att beskriva erfarenheter under Covid-19-pandemin och inte under någon specifik smittovåg under pandemin. De sjuksköterskor som deltog i studien hade således varit med om samma faser av pandemin. Tidsramen startar då WHO klassade Covid-19 som en pandemi och slutar när smittan av Covid-19 inte längre bedömdes samhällsfarlig eller allmänfarlig. Urvalet var således ändamålsenligt då sjuksköterskor med erfarenhet av en specifik tidsperiod eftersöktes (Polit & Beck, 2021).

För att hitta potentiella informanter till studien skickades informationsbrev att ut via mail (*se Bilaga 1*) till enhetschefer för demensboenden/särskilda boenden med demensavdelning under december och januari månad. Till en början tillfrågades enhetschefer i geografiskt närliggande kommuner då kännedom fanns kring demensboenden i dessa kommuner. Efter att inte ha fått tillräckligt många informanter till studien kontaktades enhetschefer för boenden belägna i andra kommuner. Totalt skickades 57 mail ut till enhetschefer i 35 olika kommuner. Kommunerna valdes ut slumpmässigt genom sökning av demensboenden/särskilda boenden på internet. Boenden där kontaktuppgifter till enhetschefen var tydligt angett kontaktades. Efter några veckor hade nio personer meddelat att de kunde tänka sig att delta varför ytterligare enhetschefer/kommuner inte tillfrågades.

De enhetschefer som svarade och som uppgav att det fanns sjuksköterskor som var intresserade att delta i studien gav sitt samtycke till att datainsamling fick genomföras på sjuksköterskans arbetstid. Enhetschefen förmedlade sedan kontaktuppgifter till sjuksköterskan och en mail- eller telefonkontakt upprättades av författaren. Enhetscheferna ombads vid första kontakten att lämna ut informationsbrevet *(se Bilaga 2),* men innan genomförandet av intervjun säkerställdes att sjuksköterskan faktiskt hade fått och tagit del av detta. Skriftligt samtycke fylldes i och skickades till författaren via post.

Totalt deltog åtta sjuksköterskor i studien. En nionde sjuksköterska var inbokad för intervju men behövde sedan skjuta upp intervjun flera veckor framåt vilket inte fungerade med tanke på examensarbetets tidsplan. Det gjorde att den intervjun fick ställas in. Sjuksköterskorna som deltog i studien arbetade i södra och mellersta Sverige vid tiden för Covid-19-pandemin. Ingen av sjuksköterskorna arbetade på samma särskilda boende, men två av dem arbetade i samma kommun. Vid tiden för Covid-19-pandemin arbetade 1 av sjuksköterskorna på ett privatägt demensboende och resterande sju arbetade på kommunala boenden. Antalet personer med demenssjukdom som sjuksköterskorna ansvarade för under pandemin var mellan 10 och 30 personer. Samtliga deltagare var kvinnor och åldern på deltagarna var 35–63 år. Antalet yrkesverksamma år som sjuksköterska när Covid-19-pandemin bröt ut varierade från 8 till 31 år. En av sjuksköterskorna hade specialistsjuksköterskeutbildning inom vård av äldre och resterande var grundutbildade sjuksköterskor.

För att undersöka intervjupersonernas erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom under Covid-19-pandemin genomfördes semistrukturerade intervjuer. Denna typ av intervju bygger på öppna frågor med en viss struktur, men frågorna behöver inte ställas i samma ordning vilket ger forskaren möjlighet att vara flexibel i samtalet med intervjupersonen (Danielson, 2017). En intervjuguide användes vid samtliga intervjuer (*se Bilaga 3).* En intervjuguide bör vara max en A4-sida där frågorna är skrivna med stor och tydlig text för att fungera som stöd om intervjuaren behöver överblicka frågorna under intervjuns gång (Danielson, 2017).

Innan datainsamlingen påbörjades genomfördes en provintervju som inte inkluderats i resultatet. En provintervju bör genomföras för att testa frågorna i intervjuguiden, men också för att öva på att vara intervjuare. Att genomföra en provintervju är också ett sätt att testa om den tilltänkta tidsramen för intervjuerna verkar rimlig (Danielsson, 2017). Efter genomförd provintervju ändrades tidsangivelsen för intervjuerna i informationsbreven från 30-45 minuter till cirka 30 minuter. Inga ändringar gjordes i intervjuguiden då svaren som gavs under provintervjun ansågs svara på syftet.

Intervjuerna som ligger till grund för resultatet genomfördes digitalt via Zoom eller Teams på en tid som passade sjuksköterskan. Innan intervjun påbörjades gavs ytterligare muntlig information kring studien och att deltagande är frivilligt och får avbrytas när som helst. Intervjuerna varade mellan 17 och 30 minuter. Ljudupptagningen från respektive intervju spelades in på röstmemot på mobiltelefonen. Samtliga intervjuer transkriberades ordagrant i nära anslutning till genomförd intervju.

Dataanalys

Det insamlade intervjumaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Analysen genomfördes enligt det tillvägagångssätt som finns beskrivet av Lindgren et al. (2020) och både manifest och latent innehåll analyserades. Lindgren et al. (2020) menar att kvalitativ innehållsanalys som tillåter tolkning av latent innehåll kan ge en djupare förståelse för deltagarnas yttranden. De beskriver även hur analysen består av dekontextualisering följt av rekontextualisering. Att dekontexualisera materialet innebär att texten delas upp i mindre beståndsdelar för att sedan kondenseras och kodas. Rekontextualiseringen innebär att nya mönster upptäcks genom att koder jämförs avseende likheter och skillnader vilket sedan ligger till grund för att skapa subteman och teman. Denna metod möjliggör en djupare förståelse av det studerade fenomenet (Lindgren et al., 2020).

De transkriberade intervjuerna lästes igenom upprepade gånger. Därefter plockades meningsenheter från alla genomförda intervjuer ut och placerades i ett dokument. Att plocka ut meningsenheter innebär att det insamlade materialet delas upp i kortare passager vilket är första steget i att dekontextualisera materialet. För att inte riskera att förlora innehåll som svarar på syftet sorterades allt intervjumaterial upp i meningsenheter. Enligt Lindgren et al. (2020) bör innehåll som inte svarar på syftet sorteras bort först efter kodning av materialet, då det kan vara svårt att urskilja exakt vad som svarar på syftet innan dess. Dekontextualiseringen fortsatte sedan genom kondensering och kodning. Meningsenheterna kondenserades genom att plocka bort utfyllnadsord och korta ner textmassan utan att förlora kärnan av innehållet. Därefter kodades samtliga kondenserade meningsenheter. Kodning innebär att de kondenserade meningsenheterna får en beskrivande kod i form av några ord eller en kortare mening som bör vara textnära. Genom att hålla låg nivå av tolkning och abstraktion vid kodning minskar risken för att gå miste om väsentligt innehåll. Vid kodning bör studiens syfte hållas i åtanke (Lindgren et al., 2020).

Därefter påbörjades den delen av analysprocessen som består av rekontextualisering. Koder som inte svarade på studiens syfte sorterades bort. Därefter jämfördes koderna för att upptäcka likheter och skillnader och för att se samband mellan koderna. Detta gjordes genom att läsa igenom koderna upprepade gånger för att sedan skapa en tabell där de koder som liknade varandra lades ihop. Om det framkommer koder som inte riktigt tycks passa in någonstans kan författaren behöva gå tillbaka till ursprungstexten för att se om uppdelningen i meningsenheter var korrekt och huruvida benämningen av koden var passande (Lindgren et al., 2020). Vid analysen framkom flera koder som var svåra att para ihop med resten. I dessa fall lästes meningsbärande enheterna igenom igen och delades i vissa fall upp i mindre beståndsdelar. I vissa fall omformulerades koden. Koderna ligger sedan till grund för skapandet av subteman och teman. Enligt Lindgren et al. (2020) innebär detta steg att materialet från koderna abstraheras och tolkas för att sedan skapa subteman och teman. Detta innebär att även det latenta innehållet i form av underliggande betydelser och känslor som har förmedlats i texten ska komma fram. Efter att ha jämfört, tolkat och sorterat koderna bildades 7 subteman. Dessa subteman jämfördes sedan och låg till grund för 3 teman. Resultatets teman bör svara på syftet men inte innehålla för många ord från syftet då detta kan tyda på att analysen är för ytligt genomförd (Lindgren et al., 2020). För exempel på analysprocessen, se *Tabell 1*.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad meningsenhet**	**Kod**	**Subtema**	**Tema**
”Men när man har patienter med demenssjukdom, en del av dem är vandrare, alltså de har motorisk oro som gör att de vandrar väldigt mycket och då är det väldigt svårt att hålla dom isolerade på sitt eget rum… Eh, så, så det var den stora utmaningen. ”	Patienter med demenssjukdom, en del är vandrare. De har motorisk oro och då är det svårt att hålla dom isolerade. Det var den stora utmaningen.	Svårt att isolera personer med vandrings-beteende	Ställnings-taganden kring isolering	Att balansera mellan riktlinjer och välbefinnande
” Det här med skyddsutrustning var inte det lättaste. Nej, nej… De är ju vana att se våra ansiktsuttryck och att vi är nära dom och… Ja, nej det var en rejäl utmaning att kommunicera ibland.”	Det här med skyddsutrustning var inte lätt. De är vana att se ansiktsuttryck och att vi är nära dem. Att kommunicera var en utmaning ibland.	Svårt med kommunikation på grund av skydds-utrustning	Skydds-utrustning försvårade bemötande och kommunikation	Att mötas på avstånd

Etiska överväganden

Innan datainsamlingen påbörjades genomfördes en etisk egengranskning för att få genomföra studien inom ramen för Specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre vid Jönköping University.

En av de mest centrala publikationerna inom forskningsetik är Helsingforsdeklarationen (Vetenskapsrådet, 2017). Helsingforsdeklarationen innehåller etiska riktlinjer med fokus på medicinsk forskning och betonar särskilt vikten av att individens välbefinnande går före vetenskapens och samhällets intressen. Helsingforsdeklarationen beskriver även hur forskaren behöver se över risker med forskningen i förhållande till vilken nytta den skulle kunna ha för samhället (World Medical Association [WMA], 2013). Vidare finns fyra etiska huvudprinciper att ta hänsyn till i samband med forskning som involverar människor: *samtyckeskravet, informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet, 2002*)*.

Samtyckeskravet innebär att forskaren ska inhämta samtycke från samtliga deltagare i studien. Samtyckeskravet inbegriper även att samtliga deltagare informeras om rätten när som helst avbryta sin medverkan utan att uppge orsak (Vetenskapsrådet, 2002). Om datainsamling sker på en arbetsplats ska även ledningen informeras om studien och tillfrågas om samtycke (Kjellström, 2017). I denna studie har samtycke inhämtats av såväl deltagande sjuksköterskor som av deras närmsta chef. Inför varje intervju upprepades informationen om att deltagandet var frivilligt och gick att dra tillbaka när som helst.

Informationskravet innebär att deltagaren informeras om studien syfte, övergripande information kring hur studien genomförs samt att deltagande är frivilligt. Alla delar som kan tänkas påverka deltagarens vilja att delta ska redovisas (Vetenskapsrådet, 2002). Samtliga deltagare i studien samt deras chefer erhöll ett informationsbrev innan datainsamlingen påbörjades. Utöver information om studien så innehöll brevet även ett kort stycke som betonade att det var deltagarnas erfarenheter som efterfrågades, och att författaren inte var ute efter att värdera vad som var rätt eller fel att göra i de situationer som sjuksköterskan ställdes inför. Detta ansågs relevant att understryka då tidigare forskning visar att sjuksköterskor som arbetade under Covid-19-pandemin ställdes inför många olika etiska dilemman som orsakade en känslomässig stress (Birt et al., 2022; O'Mathúna et al., 2023).

Konfidentialitetskravet innebär att deltagarnas personuppgifter ska förvaras så att obehöriga inte kan ta del av dem. Vidare ska redovisad data inte kunna härledas tillbaka till någon av deltagarna. Även om deltagaren avidentifieras så kan detaljerad information röja personens identitet, vilket behöver tas i beaktning vid exempelvis resultatredovisning (Vetenskapsrådet, 2002). I informationsbrevet framkom att personuppgifter behandlades konfidentiellt. Endast ljudupptagningen spelades in vid intervjuerna och de inspelade filerna fördes över från mobiltelefonen för att förvaras på en lösenordskyddad dator tillhörande författaren. Även transkriberingarna förvarades på samma lösenordskyddade dator. Vid transkribering av intervjuerna erhöll varje intervju varsitt nummer. Resultatredovisningen presenteras på ett sätt att inget citat/textstycke ska kunna kopplas till någon enskild individ.

Nyttjandekravet innebär att insamlade uppgifter kring enskilda individer endast ska användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, 2002). Materialet från datainsamlingen har endast använts till detta examensarbete. Ljudfiler och transkriberingar kommer raderas efter att uppsatsen är godkänd.

Under intervjuerna kom några deltagare in på ämnen och situationer som hade upplevts känslomässigt påfrestande. Efter avslutad inspelning ägnades då några minuter åt att prata kring hur det kändes att dela med sig och prata om detta. Alla deltagare uppgav då att det kändes bra att få lyfta även de situationer och ställningstaganden som hade varit svåra.

Resultat

Analysen av det insamlade materialet mynnade ut i sju subteman och tre teman, se *Tabell 2*.

Tabell 2. Översikt av subteman och teman.

Subteman	**Teman**
Ställningstaganden kring isolering Ställningstaganden kring provtagning för Covid-19 Ställningstaganden och konsekvenser kring besöksrestriktioner	Att balansera mellan riktlinjer och välbefinnande
Skyddsutrustning försvårade bemötande och kommunikation Distanskontakt med anhöriga	Att mötas på avstånd
Samverkan med omvårdnadspersonalen Att vårda vid och vaccinera mot Covid-19	Att bära ansvar på okänd mark

Att balansera mellan riktlinjer och välbefinnande

Samtliga sjuksköterskor beskrev hur de ställdes inför olika etiska utmaningar kopplade till rådande riktlinjer och rekommendationer under pandemins gång. Sjuksköterskorna beskrev hur de ibland ställdes inför valet mellan att följa rådande riktlinjer och värna om välbefinnandet hos personerna med demenssjukdom. Det kunde exempelvis handla om att fatta beslut kring hur vissa personer med demenssjukdom skulle isoleras vid sjukdom och huruvida personer med demenssjukdom skulle provtas för Covid-19 då provtagningen ofta var utmanande att genomföra på grund av den kognitiva svikten hos personerna med demenssjukdom.

Ställningstaganden kring isolering

Sjuksköterskorna beskrev att en av de största utmaningarna med att vårda personer med demenssjukdom under pandemin var svårigheten att isolera de som var smittsamma i Covid-19. På grund av kognitiv svikt kunde personerna med demenssjukdom inte ta till sig varför de behövde stanna på sitt rum och hålla avstånd till sin medboenden. Att isolera vissa personer med demenssjukdom beskrevs som omöjligt och ansågs snarare ge upphov till ökad oro och aggressivitet. Sjuksköterskorna uppgav att det försökte upprätthålla isolering av smittade så gott det gick, men många pekade särskilt

på svårigheterna att isolera de personer med demenssjukdom som också hade ett vandringsbeteende och insjuknade i Covid-19. I dessa fall beslutade man ibland om andra lösningar. Flera sjuksköterskor uppgav att man istället isolerade de som var friska och lät personen med vandringsbeteende få röra sig fritt på avdelningen. Det var dock inte alltid detta gick att genomföra. Det beskrevs att man hade svårt att skilja personerna med demenssjukdom åt då de gick in till varandra och befann sig nära varandra i de gemensamma utrymmena.

”Ja, det gick inte att isolera dom på rummen och… ett tag och sen släppa ut dom utan, ja dom gick ju runt på avdelningen och smittade varandra” (Sjuksköterska 4)

Det framkom också hur svårt det var att isolera personer med demenssjukdom under en tid där det ofta rådde personalbrist då personalen också blev sjuk. Att avsätta viss personal enbart till de personer som var sjuka var ibland en omöjlighet på grund av resursbrist. En sjuksköterska beskrev hur en hel avdelning ibland fick räknas som smittsam på grund av svårigheter att isolera personerna med demenssjukdom och bedriva kohortvård. Flera sjuksköterskor beskrev också hur det kunde vara tufft att fatta beslut kring huruvida en person med demenssjukdom skulle isoleras eller inte.

”Det var ju många sådana bedömningar man sitter med själv. ’Jaha men gud, två nysningar’, ska vi dra igång hela den här karusellen med kläder och isolering och extra personal och liksom det var… Ja, det var inte roligt.” (Sjuksköterska 7)

Ställningstaganden kring provtagning för Covid-19

Under pandemin provtogs inte bara personer med symtom för Covid-19 utan även provtagning i screening- eller smittspårningssyfte förekom i stor utsträckning. Flera sjuksköterskor beskriver proceduren kring själva provtagningen som jobbig att genomföra bland personerna med demenssjukdom då personernas kognitiva svikt i många fall förhindrade möjligheten att förklara vad som skulle hända och varför det behövde genomföras. Då sjuksköterskorna själva hade erfarenhet av hur obehaglig själva provtagningen kunde vara kändes det svårt att behöva utsätta personerna med demenssjukdom för detta när de inte förstod varför. Det hände att sjuksköterskorna fick be kollegor om hjälp med provtagning när genomförandet av provtagning kändes för tufft. En annan aspekt kring provtagningen som uppkom var det faktum att även om personerna med demenssjukdom gav samtycke till provtagning kändes det osäkert om de faktiskt visste vad de gav sitt samtycke till. Någon sjuksköterska uttryckte att det ibland krävdes lätt fasthållning av personerna med demenssjukdom när provet togs och att hon ibland hade mottagit slag vid provtagning. Några sjuksköterskor uttryckte dock att provtagning för Covid-19 gick bra för det mesta. De beskrev att vissa personer med demenssjukdom tydligt visade att de inte gick med på att provtas och att man då avstod.

Sjuksköterskorna beskriver att de ansåg att det togs orimligt många prover för Covid-19 bland personerna med demenssjukdom. De menar att vissa kanske hade kunnat få slippa att gå igenom den proceduren.

”Man kunde ju känna ibland när vi var en bit in i pandemin att liksom… är det verkligen nödvändigt? Alltså om man ser vilka symtom dom har så kanske det hade räckt egentligen men nu var det ju som det var.” (Sjuksköterska 1)

Flera beskriver att det var tillsagda att provta vid minsta symtom vilket inte alltid kändes rimligt men gjordes ändå. Provtagningen av symtomfria personer beskrivs av flera sjuksköterskor som påfrestande med tanke på utmaningarna kring att provta personer med kognitiv svikt.

” Och det tuffa var ju också ett tag att man skulle provta även om man hade blivit… kommit i kontakt med någon som var smittad. Så man fick ju dra en hel avdelning fast dom inte ens hade symtom… ” (Sjuksköterska 3)

Successivt lättade dock trycket på kravet att provta även symtomfria personer vilket beskrevs som en lättnad. Sjuksköterskorna berättade också att det efter en tid kändes mer accepterat att avstå provtagning när det inte kändes rimligt eller nödvändigt vilket också minskade stressen som ofta cirkulerade kring provtagningen av personerna med demenssjukdom.

Ställningstaganden och konsekvenser kring besöksrestriktioner

På grund av riktlinjer kring att hålla avstånd och minimera eller helt förbjuda besök på särskilda boenden så påverkades det dagliga livet hos personerna med demenssjukdom. Aktiviteter ställdes in helt i perioder vilket gjorde att enheterna blev avskärmade och dagar blev inte lika innehållsrika för personerna med demenssjukdom. En sjuksköterska beskrev det som att dagarna blev väldigt ”fattiga” och liknande bild gavs av flera sjuksköterskor.

”Vi stängde hela avdelningen och inga besök och inga… ja det har varit väldigt tufft när det gäller det också. Att… inga besökare, inga aktiviteter, ingenting. Total isolering, bara vara på avdelningen” (Sjuksköterska 4)

Flera sjuksköterskor beskrev att de upplevde att patienterna påverkades negativt av besöksförbudet vilket de tyckte var jobbigt att se. De upplevde att personerna med demenssjukdom blev nedstämda, apatiska, tröttare eller oroliga. Någon uttryckte också hur hon trodde att bristen på social stimulans bidrog till att förkorta livet för personerna med demenssjukdom. Vissa sjuksköterskor uppgav dock att personerna med demenssjukdom på deras enheter hade långt framskriden demenssjukdom och därför inte påverkades nämnvärt av besöksförbudet. Flera av sjuksköterskorna beskrev att det gjordes undantag från besöksförbudet och att det beslutades gemensamt på deras enhet. Det beslutades till exempel att anhöriga fick komma och ta avsked vid vård i livets slutskede. Någon berättar även hur det beslutades att anhöriga fick släppas in bakvägen och förses med skyddsutrustning för att få komma in och fira sin närståendes födelsedag till exempel. Avvägningen mellan att följa riktlinjer och göra det som upplevdes bäst för personerna med demenssjukdom var inte alltid lätt och kunde upplevas frustrerande, speciellt i perioder då besök inte var tillåtna.

”Sen kan man ju sitta här med en hel pärm Covid-restriktioner men, ja… /…/ Hur försiktiga måste vi vara varenda dag, hela tiden liksom. Är det värt det? Att liksom ta bort all glädje för dom som bor här på något vis. ” (Sjuksköterska 7)

Det beskrevs dock även hur det kändes självklart att göra avkall från riktlinjer i vissa situationer för att värna om välbefinnandet hos personerna med demenssjukdom, inte minst när de besöken drogs in.

”Människor behöver mänsklig kontakt. Vi kan inte hållas så hårt kring det här med att hålla avstånd till människor som inte vet vad Covid är, och om dom direkt när man kommer in vill ta i hand – ja men då gör man ju det.” (Sjuksköterska 3)

En sjuksköterska beskrev hur inflytt på boendet ibland fick ske utan närvaro av anhöriga, av hänsyn till de restriktioner som fanns vid den tidpunkten. Detta var en avvägning som sjuksköterskan menar inte blev bra då situationen blev traumatisk för alla inblandade parter. Sjuksköterskorna beskriver en lättnad när besöksförbudet hävdes. De kunde då rekommendera anhöriga att avstå från besök om det rådde smittspridning på boendet men inte förbjuda, vilket ändå möjliggjorde för personerna med demenssjukdom att träffa anhöriga om de önskade och vice versa.

Att mötas på avstånd

Covid-19-pandemin medförde att många möten mellan sjuksköterska och person med demenssjukdom på särskilt boende genomfördes med en sjuksköterska försedd med skyddsutrustning. Att behöva mötas genom skyddsutrustning var ovant både för sjuksköterskorna och personerna med demenssjukdom och sågs som ett hinder i mötet. För personerna med demenssjukdom medförde pandemin även en avsaknad av fysiska möten med anhöriga i perioder. Det ställde krav på alternativa lösningar för att kunna upprätthålla kontakt.

Skyddsutrustning försvårade bemötande och kommunikation

Sjuksköterskorna beskrev hur användandet av skyddsutrustning försvårade mötet med personerna med demenssjukdom. Det handlade delvis om att det var svårare att göra sig hörd genom munskydd och visir, men framförallt upplevdes bemötandet försämras när personerna med demenssjukdom inte

kunde se ansiktsuttryck och ansiktsmimik. Att till exempel använda ett leende för att ge ett vänligt intryck gick inte då personerna med demenssjukdom bara såg sjuksköterskans ögon. I början användes enbart visir och flera sjuksköterskor uppgav att detta fungerade ganska bra, men när munskydd infördes ihop med visir blev det svårare att nå fram.

”När man hade både visir och munskydd eh… då ser dom ju inte ens mimik, för man pratar ju också mycket med sitt kroppsspråk. /…/ Så där kunde jag nog känna att bemötandet påverkades, för att de inte kunde se hela ens ansiktsuttryck.”
(Sjuksköterska 3)

Vissa personer med demenssjukdom uppfattade skyddsutrustningen som skrämmande och i de fallen blev utmaningen kring att ingjuta trygghet extra stor. Skyddsutrustningen beskrevs av flera som en vägg mellan sjuksköterska och personen med demenssjukdom och att använda hud- och närkontakt som strategi vid bemötande fungerade inte lika bra med skyddsutrustningen på. En sjuksköterska berättade hur hon försökte använda andra strategier för att skapa trygghet i mötet mellan henne och personen med demenssjukdom när hon hade skyddsutrustning på sig. Det kunde till exempel handla om att sjunga en sång eller ge en kram till personen med demenssjukdom vilket hon upplevde gav en guldkant och underlättade mötet, trots användandet av skyddsutrustning.

Distanskontakt med anhöriga

I perioder där anhöriga inte har fått komma på fysiskt besök har andra lösningar provats för att personerna med demenssjukdom och anhöriga ändå ska kunna kommunicera med varandra. Sjuksköterskorna uppger att de provade digitala lösningar som Skype och FaceTime men att det inte fungerade särskilt väl för personerna med demenssjukdom.

”Vi köpte ju in I-Pads för att dom skulle försöka kommunicera med anhöriga så men det gick ju inte alls för dom med kognitiv svikt. De förstod ju inte alls det här konceptet.”
(Sjuksköterska 5)

Vissa personer med demenssjukdom kunde prata med sina anhöriga i telefon, men för de med långt framskriden demenssjukdom var även detta svårt och inte fullt fungerande. En annan lösning som framkom var att ett speciellt besöksrum upprättades på enheten där anhöriga och personen med demenssjukdom fick träffas, förutsatt att anhörig hade på sig skyddsutrustning. Flera sjuksköterskor berättade också hur personerna med demenssjukdom och deras anhöriga fick träffas genom att sitta på varsin sida av ett bord med ett plexiglas emellan sig, antingen inomhus eller utomhus. Det upplevdes fungera relativt bra, även om den kognitiva svikten hos personerna med demenssjukdom kunde göra även den situationen svårbegriplig ibland.

”Däremot kanske det blev konstigt för dom att sitta bakom en plexiglasskiva och titta på sin anhörig sådär rakt igenom den… Det kan vara svårt.” (Sjuksköterska 8)

För de enheter som låg på markplan kunde personerna med demenssjukdom och deras anhöriga ibland ses på avstånd, antingen med ett öppet fönster mellan sig eller på varsin sida av en öppen terrassdörr. Olika lösningar fungerade mer eller mindre bra men sjuksköterskorna upplevde inte att någon lösning kunde ersätta vanliga, fysiska besök.

Att bära ansvar på okänd mark

Sjuksköterskorna i studien hade olika erfarenhet av när de upptäckte de första fallen av Covid-19 på sina boenden. Några hade sina första fall i mars 2020 och någon annan hade sitt första fall av Covid-19 först 2022. Gemensamt är dock att alla behövde vara beredda på att personerna med demenssjukdom kunde bli sjuka och att ställas inför en helt ny sjukdom medförde ett stort ansvar på sjuksköterskan att handleda omvårdnadspersonalen, sprida aktuell information, ge adekvat vård till de personer med demenssjukdom som insjuknade i Covid-19 samt bistå med vaccinering mot Covid-19.

Samverkan med omvårdnadspersonalen

Sjuksköterskorna beskriver hur samverkan med omvårdnadspersonalen var en viktig faktor under pandemin, framför allt när det kom till att förebygga smittspridning. Då många personer med demenssjukdom, på grund av sin kognitiva svikt, inte hade förmågan att uttrycka att de hade symtom blev omvårdnadspersonalen en viktig länk mellan att uppmärksamma symtom och sedan meddela detta till sjuksköterskan. Flera sjuksköterskor beskriver hur deras handledning till omvårdnadspersonalen blev en ännu större arbetsuppgift under Covid-19-pandemin. Det kunde till exempel handla om att visa hur skyddsutrustningen användes på rätt sätt eller hur de skulle agera när någon av personerna med demenssjukdom uppvisade symtom på Covid-19. Hur väl samarbetet mellan omvårdnadspersonalen och sjuksköterskan fungerade skiljde sig åt. Några sjuksköterskor beskrev hur de kände sig som ”poliser” när de såg att omvårdnadspersonalen använde skyddsutrustning på fel sätt och uppmärksammade dem på det. Detta kunde också skapa dålig stämning mellan sjuksköterskan och omvårdnadspersonalen.

”Det slutade ju med att de gick med munskydden nere och sen när jag kom och drog upp dem och försökte förklara att det här handlar inte om mig, det handlar om att du ska skydda dig och skydda de gamla. Jag kände att min roll blev mer distanserad från personalen. Att jag var tvungen att vara den här tjatiga som hela tiden gick och tillrättavisade folk som jag inte kände mig helt bekväm med liksom.” (Sjuksköterska 5)

Andra sjuksköterskor beskrev hur kontakten med omvårdnadspersonalen snarare blev bättre under Covid-19-pandemin för att det var en så speciell situation och att både skratt och gråt kunde delas med sina kollegor. Sjuksköterskorna beskrevs hur deras roll till stor del handlade om att guida, stötta och finnas till hands för personalen. På grund av personalbrist orsakat av insjuknande i Covid-19 kunde det hända att sjuksköterskan fick hjälpa till i det dagliga omvårdnadsarbete med att ge insulin, blodförtunnade injektioner och andra mediciner vilket också stärkte känslan av samhörighet mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonalen.

Att vårda vid och vaccinera mot Covid-19

Det beskrevs av sjuksköterskorna hur det i början av pandemin tog tid innan det kom riktlinjer kring vilka åtgärder som skulle vidtas vid smitta och många saknade adekvat skyddsutrustning. När det kom till att vårda personer med demenssjukdom som insjuknade i Covid-19 beskrev sjuksköterskorna att det i början av pandemin fanns en stark oro kring hur det skulle bli om deras boende drabbades av smittspridning.

”För att… man var ju orolig i början att många skulle bli jättesjuka och dö. Och det var ju några som blev det också. Men kanske inte i så hög utsträckning som man hade trott.” (Sjuksköterska 8)

Ingen av sjuksköterskorna uttryckte att de hade haft ett stort antal avlidna med Covid-19 på sina enheter, däremot var det flera som hade haft utbrott med Covid-19 på sin enhet med många svårt sjuka. För de sjuksköterskor som hade haft större utbrott av Covid-19 på sin enhet beskrevs den tiden som en tuff period som de helst inte ville behöva uppleva igen. Att ansvara för omvårdnaden av de som blev sjuka var inte alltid lätt och flera sjuksköterskor beskrev hur de behövde vara på tårna hela tiden för att upptäcka eventuell försämring i tillståndet, samtidigt som allt det vanliga arbetet också behövde göras. Sjuksköterskorna beskrev hur personerna med demenssjukdom blev sämre i sin demenssjukdom när de insjuknade i Covid-19. Vissa beskrev dock hur den försämringen var tillfällig och att patienterna återgick till sitt habitualtillstånd efter genomgången infektion. Andra beskrev hur den kognitiva försämringen som uppkom i samband med Covid-19-infektionen inte gick tillbaka utan blev en permanent försämring. När en person med demenssjukdom blev sjuk i Covid-19 beskriver sjuksköterskorna hur kontakten med anhöriga intensifierades. Detta på grund av att det i många fall rådde besöksförbud/avrådan från besök samt att personernas kognitiva svikt försvårade möjligheten för dem att själva redogöra för sitt sjukdomstillstånd till anhöriga.

”Så jag ringde till alla anhöriga som hade en patient med Covid-smitta varje dag och rapporterade så att de skulle känna att de ändå fick information om hur läget var. /…/ Jag upplevde att anhöriga uppskattade det väldigt mycket, att man tog den tiden att faktiskt informera de om hur febern var, hur pulsen var, hur saturationen var, hur… vad de hade fått i sig och så vidare.” (Sjuksköterska 2)

Det beskrevs även olika erfarenheter kring diskussioner med anhöriga kring inläggning på sjukhus, hjärt- och lungräddning samt intensivvård. Någon beskrev hur ansvarig läkare förankrade dessa ställningstaganden med alla anhöriga till personerna med demenssjukdom i början av pandemin vilket gjorde att det aldrig blev en diskussion. En annan sjuksköterska beskrev hur det kanske fattades beslut kring att avstå sjukhusinläggning lite förhastat ibland men att man gjorde så gott man kunde utifrån den kunskap som fanns då. Sjuksköterskorna beskrev också hur de personerna med demenssjukdom som blev sjuka efter att ha blivit vaccinerade inte blev lika allvarligt sjuka vilket var en lättnad.

Ju längre pandemin pågick desto mer information kom det om uppdaterade/ändrade riktlinjer och rekommendationer som sjuksköterskorna behövde ta del av och förmedla vidare. Det beskrevs att sjuksköterskorna försökte ge kontinuerlig information till de personer med demenssjukdom som kunde ta emot det, men främst handlade det om att informera anhöriga och omvårdnadspersonalen om det senaste. Flera sjuksköterskor beskrev dock hur informationsflödet kunde kännas övermäktigt och att de knappt hade hunnit sätta sig in i de senaste rutinerna innan det kom nya direktiv.

Vad gällde vaccinering av Covid-19 fanns en vana av att vaccinera sedan tidigare med tanke på den årliga vaccinationen av säsonginsfluensa. De flesta sjuksköterskorna beskriver hur vaccineringen av Covid-19 flöt på relativt bra.

> *”Och då gör jag ju precis som vi gör annars, då samlar vi alla som en liten aktivitet liksom, ”Nu är det vaccination!”, och så sitter man i matsalen, vaccinerar alla där, ser till att alla har kortärmat och så vaccinerar man dem och så får de en kopp kaffe och pratar lite och då har du koll på dem efter liksom.” (Sjuksköterska 6)*

Det var dock mycket att hålla koll på kring vaccineringen av Covid-19 då doserna skulle ges med ett visst intervall och administrationen kring vaccinationerna tog tid. En av sjuksköterskorna beskrev hur hon hade anhöriga till personer med demenssjukdom som inte ville att deras närstående skulle vaccineras och att de personerna då blev utan vaccin. Flera sjuksköterskor uppgav att de hade önskat mer avlastning med logistiken kring vaccinationerna då det blev en extra arbetsuppgift som tog mycket tid.

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskorna under Covid-19-pandemin ställdes inför avvägningar mellan att försöka begränsa smittspridning genom att följa de riktlinjer som fanns, och att värna om välbefinnandet hos personerna med demenssjukdom. Det kunde till exempel handla om att fatta beslut kring isolering vid smitta, provtagning och besök av anhöriga. Det framkom att kommunikationen och bemötandet försvårades på grund av användandet av skyddsutrustning, samt att kommunikationen mellan personen med demenssjukdom och anhöriga fick ske på plats men med avstånd då digitala lösningar fungerade dåligt. Resultatet visade också hur samverkan med omvårdnadspersonalen blev en ännu större del av arbetet. Ett stort ansvar låg på sjuksköterskan att ge så god omvårdnad som möjligt till de som insjuknade i Covid-19 och samtidigt hantera ett stort inflöde av riktlinjer/rekommendationer samt ansvara för vaccineringen mot Covid-19.

Resultatet visar på svårigheterna med att isolera personer med kognitiv svikt, vilket även har beskrivits i tidigare studier (Hillestad et al., 2022; Scerri et al., 2022). Sjuksköterskorna beskrev till exempel hur personer som insjuknade och hade ett vandringsbeteende inte gick att isolera, och att kunde vara svårt att separera friska och sjuka då de inte förstod vikten av att hålla avstånd eller stanna på sina rum. Att möjlighet finns för personen med demenssjukdom att får röra sig fritt i sin omgivning har beskrivits som värdefullt för livskvaliteten (Verloo et al., 2018). Resultatet visar att det fanns en medvetenhet hos sjuksköterskorna kring miljöns betydelse då fysiska begränsningar ansågs bidra till oro och aggressivitet. Sjuksköterskorna beskrev också att det kunde vara tufft att vara den som behövde besluta om isolering då det medförde begränsningar för både personen med demenssjukdom och personalen. Sedan 2023 finns uppdaterade rekommendationer från Socialstyrelsen kring arbetssätt vid smittsamma sjukdomar som Covid-19 hos personer med demenssjukdom på särskilt boende. Där betonas vikten av skilja på sjuka och friska genom att till exempel dela av lokalerna med vikväggar, hålla dörrar till lägenheterna stängda och avsätta personal till de som är sjuka (Socialstyrelsen, 2023).

Resultatet i studien visade att personalbrist försvårade möjligheterna att avsätta personal till de som var sjuka.

För att förebygga oro hos personer med demenssjukdom krävs ett aktivt arbete med att skapa trygga och lugna situationer som också blir begripliga för personen med demenssjukdom (Skovdahl et al., 2020). Sjuksköterskorna i studien beskrev hur provtagningen för Covid-19 kunde vara ett känslomässigt utmanade moment för sjuksköterskan då det var svårt att just göra situationen begriplig för personen med demenssjukdom. Det beskrevs att all provtagning inte alltid kändes motiverat, vilket även finns beskrivet av sjuksköterskor i tidigare forskning (Scerri et al., 2022). Sjuksköterskorna beskrev dock att det längre fram i pandemin upplevdes mer accepterat att avstå provtagning när det inte bedömdes relevant vilket minskade känslan av stress.

Sjuksköterskorna i studien beskrev hur personerna med demenssjukdom fick symtom som nedstämdhet, apati och oro när deras sociala liv fick inskränkningar vilket skulle kunna tolkas som tecken till BPSD (Skovdahl et al., 2020). Att personer med demenssjukdom får möjlighet att ägna sig åt meningsfulla aktiviteter är en viktig faktor för att minska förekomsten av BPSD (Laver et al., 2014; Scales et al., 2018). Detta blev svårare att genomföra under Covid-19-pandemin på grund av de riktlinjer som fanns kring att hålla avstånd och minimera besök. Resultatet belyser således hur den periodvisa avsaknaden av aktiviteter och besök kunde medföra negativa hälsoeffekter för personerna med demenssjukdom. Sjuksköterskorna beskrev hur detta var tufft att se och påverkade därmed också deras mående. Detta stämmer överens med tidigare forskning som visar att den effekten på livskvaliteten som bristen på aktiviteter och besök medförde hos personerna med demenssjukdom orsakade stor etisk stress hos vårdpersonalen (Haslam-Larmer et al., 2023). Avvägningen mellan att följa reglerna kring besöksrestriktioner för att begränsa smittspridning och att släppa in anhöriga har i tidigare studier beskrivits som ett svårt ställningstagande för sjuksköterskor (Birt et al., 2022; van Diepen et al., 2023). Värt att notera är dock att reglerna kring isolering, provtagning och besöksrestriktioner på äldreboenden skiljde sig åt mellan länder under Covid-19-pandemin. Det framgår ändå vid jämförelse med den här studien att ett gemensamt tema är att sjuksköterskor på särskilda boenden ställdes inför etiska utmaningar under Covid-19-pandemin, vilket också finns beskrivet av Eklund Saksberg et al. (2024). I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor framgår att omvårdnad bygger på att förebygga sjukdom, främja och återställa hälsa samt lindra lidande och främja en värdig död (Svensk sjuksköterskeförening, 2021). De restriktioner som kom i samband med Covid-19-pandemin syftade till att förebygga sjukdom i just Covid-19 men det skapade också hinder för att främja hälsa hos personerna med demenssjukdom på särskilt boende. O' Mathúna et al. (2023) beskriver hur också sjuksköterskor på sjukhus ställdes inför etiska utmaningar i samband med pandemin. Det framkom att sjuksköterskor ibland valde att gå emot regler och riktlinjer för att göra det de tyckte var bäst för patienten vilket i den artikeln benämns som bevis på moralisk mod.

I resultatet framkom resonemang från sjuksköterskor kring vad som egentligen väger tyngst i frågan mellan att upprätthålla smittskyddsåtgärder och ge den vård som anses vara bäst lämpad för personer med demenssjukdom. I flera fall uppgav sjuksköterskorna att de frångick de riktlinjer som fanns genom att till exempel avstå från isolering vid smitta, avstå från viss provtagning och tillåta besök i viss utsträckning. Det kan ses som att sjuksköterskorna använde sig av ett personcentrerat förhållningssätt de satte individens behov i först rummet (Edvardsson et al., 2008). En studie utförd bland personal på särskilda boenden i Sverige påvisade hur den personal som uppgav att de hade bäst möjlighet att ge personcentrerad vård under Covid-19-pandemin var personalen på demensboenden. Författarna resonerar kring att det skulle kunna bero på att personal som vårdar personer med demenssjukdom är vana att använda sig av ett personcentrerat förhållningssätt (Lindner et al., 2023). Resultatet i den här studien visade att ett personcentrerat förhållningssätt också kunde innebära att avkall gjordes på vissa smittskyddsåtgärder.

Sjuksköterskorna beskrev hur användandet av skyddsutrustning försvårade för kommunikationen och bemötandet i omvårdnadssituationer. Det kunde vara svårt att göra sig hörd och skyddsutrustningen kunde uppfattas skrämmande vilket gjorde det svårt att ge ett tryggt bemötande. Detta har även beskrivits i tidigare forskning (van Diepen et al., 2023). Vid användande av skyddsutrustning i mötet med personer med demenssjukdom finns rekommendationer från Socialstyrelsen att till exempel prata med personen och ta på sig skyddsutrustning samtidigt, berätta på förhand att sjuksköterskan kommer se annorlunda ut eller att sjunga/nynna på en sång ensam eller tillsammans med personen (Socialstyrelsen, 2023). Att använda sång i mötet beskrevs i den här studien av en sjuksköterska som en fungerande strategi för ett bättre bemötande vid användning av skyddsutrustning. Edvardsson et al. (2008) har beskrivit hur personcentrerad vård till personer med demenssjukdom bland annat bygger

på att prioritera relationen till personen med demenssjukdom lika mycket som uppgiften som ska utföras. Att sprida kunskap kring bemötandestrategier vid användandet av skyddsutrutstning kan vara ett sätt främja personcentrerad vård under en pandemi då det möjliggör att uppgifter kan genomföras enligt de rutiner som finns kring skyddsutrustning, samtidigt som relationen till personen med demenssjukdom värnas.

Resultatet visade att användandet av digitala lösningar för att personerna med demenssjukdom skulle kunna hålla kontakten med sina anhöriga inte fungerade särskilt bra. Detta skiljer sig något från tidigare forskning som menar att tekniska hjälpmedel för att hålla kontakten fungerade bra för personer med mild demens (Scerri et al., 2022). Skillnader i uppfattningar skulle kunna bero på att kontexten ser olika ut och att personerna med demenssjukdom som sjuksköterskorna i den här studien refererade till hade långt framskriden demenssjukdom och därför svårare att tillgodogöra sig digitala lösningar. Att det gjordes ansträngningar för att hitta andra sätt för personerna med demenssjukdom att träffa sina anhöriga kan ses som ytterligare ett exempel på ett personcentrerat förhållningssätt. Personcentrerad vård ska utgå från individens resurser, förutsättningar och hinder (Ekman & Norberg, 2013) och möta personens behov (Edvardsson et al., 2008). Av resultatet framkom hur den kognitiva svikten blev ett hinder för digitala lösningar, men genom att se till personernas resurser och förutsättningar hittades alternativa lösningar för möten med anhöriga, där möten till exempel skedde på avstånd med en öppen terrassdörr mellan sig. I resultatet beskrivs att ingen lösning kunde ersätta vanliga fysiska besök, men att skapa förutsättningar för att kunna mötas bör ändå anses betydelsefullt då besök av anhöriga har setts som en viktig del i att upprätthålla hälsa hos personer med demenssjukdom på särskilt boende (Verloo et al., 2018).

Av resultatet framkommer hur sjuksköterskornas stöd och handledning till omvårdnadspersonalen blev en ännu större arbetsuppgift under Covid-19-pandemin. Det beskrevs både hur sjuksköterskan kom närmre omvårdnadspersonalen på grund av den speciella situationen som rådde, men också att friktion kunde uppstå när sjuksköterskorna uppmärksammade att skyddsutrustning användes på fel sätt. McGilton et al (2022) har också beskrivit hur sjuksköterskor ofta behövde upprepa information kring pandemirelaterade rutiner, men också att sjuksköterskan spelade en viktig roll i att stötta personalen under tuffa perioder av pandemin. Att handleda utbilda och stötta omvårdnadspersonalen har beskrivits som en stor del av sjuksköterskans arbete på demensboende redan innan Covid-19-pandemin (Pennbrant et al., 2020). Att på ett demensboende enas kring hur vården bör bedrivas och att ha ett fungerande samarbete i team kan bidra till en mer personcentrerad vård (Rutten et al., 2021), vilket betonar vikten av att arbeta för att bibehålla samarbetet mellan sjuksköterska och omvårdnadspersonal.

Sjuksköterskorna beskrev hur inledningen av Covid-19-pandemin präglades av en oro då detta var en ny sjukdom som det inte fanns tidigare erfarenhet av. När personer med demenssjukdom insjuknade i Covid-19 beskrevs ett behov av att som sjuksköterska vara på tårna och hålla nära kontakt med anhöriga, samtidigt som det vanliga arbetet också behövde utföras. Det beskrevs att det genomgående under pandemin vilade ett stort ansvar på sjuksköterskorna att hålla sig uppdaterad kring riktlinjer och rekommendationer vilket kunde kännas som en övermäktig uppgift då informationsflödet var stort. Detta har även i tidigare studier beskrivits som en bidragande orsak till stress (Birt et al., 2022; Hillestad et al., 2022; van Diepen et al., 2023). Vad gäller vaccinationerna upplevdes det flyta på bra, även om flera sjuksköterskor uppgav hur de hade önskat stöttning kring det administrativa och logistiska arbetet runt vaccinationerna. Ovanstående fynd kan jämföras med en studie av Schulze et al. (2022) som har beskrivit hur Covid-19-pandemin medförde en obalans mellan hög arbetsbelastning, krav, stress och tillgång till resurser för sjuksköterskor på särskilda boenden.

Metoddiskussion

En kvalitativ studies tillförlitlighet kan granskas och diskuteras utifrån fyra olika begrepp: trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Trovärdigheten i studie bygger på att syfte och metod är relevant för att få svar på forskningsfrågan, samt att ställningstaganden kring studiens olika delar är motiverade. Studiens pålitlighet bygger på en noggrann beskrivning av studiens genomförande så att ett liknande resultat skulle kunna uppnås om studien gjordes om i liknande kontext. Bekräftelsebarhet innebär att resultatet speglar de upplysningar som lämnades av sjuksköterskorna. Överförbarhet handlar om i vilken grad resultatet kan överföras till andra grupper eller kontexter (Polit & Beck, 2021; Lincoln & Guba, 1985).

För att svara på studiens syfte valdes kvalitativ design med induktiv ansats som metod. Att använda den bäst lämpade metoden för att få svar på forskningsfrågan stärker trovärdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Då kvalitativ metod används för att ta reda på personers levda erfarenheter av ett fenomen ansågs det vara en relevant metod för att få svar på studiens syfte. Ämnet för denna studie medför en uppenbar svårighet när det kommer till insamlandet av data då det har gått flera år sedan Covid-19-pandemin bröt ut och således ligger händelser och erfarenheter av denna tid inte färskt i minnet. Det är ofrånkomligt att sjuksköterskorna som arbetade under denna tid inte kommer ihåg exakt allt som hände. Detta kan ses som en svaghet för studien. Däremot var den första frågan i intervjuguiden tänkt att få sjuksköterskorna att minnas tillbaka och därmed få igång tankeprocessen kring Covid-19-pandemin vilket upplevdes vara en fungerande strategi. Likaså kriteriet att sjuksköterskorna skulle ha arbetat på demensenhet under tidsperioden mars 2020-mars 2022 ses som en styrka då de till exempel kunde reflektera nyanserat kring att inledningen av Covid-19-pandemin var utmanande men att det fanns saker som också blev bättre och enklare längre fram under pandemin.

Sjuksköterskorna som intervjuades hade olika lång arbetslivserfarenhet som sjuksköterskor samt arbetade på olika boenden och med geografisk spridning vilket kan ses som en styrka för studien då det kan synliggöra vilka olika erfarenheter och förutsättningar som fanns. Däremot är antalet intervjuer relativt få vilket är en svaghet med arbetet. Ett större antal intervjuer hade kunnat ge fler perspektiv kring att arbeta som sjuksköterska under Covid-19-pandemin. Ingen av sjuksköterskorna i studien hade till exempel varit med om ett stort antal dödsfall på sina enheter kopplat till Covid-19 vilket gör att perspektiv kring detta saknas. Enhetschefer sågs som ”gatekeepers”, vilket är personer som med fördel kontaktas först då de har god kännedom om den miljön eller de personer som är intressanta för studien (Carlson, 2017), vilket i detta fall var sjuksköterskor som hade arbetat på demensenhet under Covid-19-pandemin. För att hitta potentiella deltagare togs således kontakt med många enhetschefer för särskilda boenden runtom i Sverige men dessa chefer var inte alltid chef för sjuksköterskorna, vilket genererade ytterligare mail/telefonkontakter och tog mycket tid. Många svarade att det inte fanns några sjuksköterskor som hade jobbat under den aktuella tidsperioden eller att sjuksköterskorna hade hög arbetsbelastning och därför inte ansågs ha tid att ställa upp på intervju. Att gå via enhetschefer innebär vidare att de väljer ut vilka sjuksköterskor som tillfrågas och det hade möjligen varit mer tidseffektivt och mer intressant för urvalet att försöka kontakta sjuksköterskor direkt. Det är också möjligt att enhetschefer/sjuksköterskor som upplevde Covid-19-pandemin som en svår period avstod från att delta. Åtta intervjuer ansågs dock vara tillräckligt för att ge ett innehållsrikt resultat varför inga ytterligare kontaktförsök gjordes.

Semistrukturerade intervjuer användes för att samla in data vilket ansågs relevant det innebär att en viss struktur finns kring vilka frågor som ska ställas men ordningen kan anpassas efter samtalet (Danielson, 2017). Att låta en utomstående person kritiskt granska den tilltänkta intervjuguiden stärker trovärdigheten (Elo et al., 2014). Intervjuguiden granskades av handledaren innan datainsamlingen påbörjades och efter den granskningen gjordes ett par korrigeringar. En pilotintervju genomfördes för att testa intervjuguiden vilket stärker trovärdigheten och är en styrka för studien (Elo et al., 2014). Efter pilotintervjun gjordes bedömningen att intervjufrågorna var adekvata för att få svar på syftet. Det ses som en styrka att en och samma person har genomfört samtliga intervjuer då det ökar chansen att deltagarna blir bemötta och intervjuade på liknande sätt. Att författaren inte genomfört den här typen av intervjuer tidigare kan dock ses som en svaghet. Det upplevdes ibland svårt att bedöma när och på vilket sätt följdfrågorna skulle ställas och när en stunds tystnad faktiskt var nödvändig för att den som blev intervjuad skulle få tid att tänka efter. Intervjutekniken upplevdes dock bli bättre för varje genomförd intervju. Polit & Beck (2021) skriver att en god intervjusituation bland annat bygger på att deltagaren känner sig trygg och sedd. Samtliga intervjuer i studien genomfördes via Zoom eller Teams vilket möjliggjorde för sjuksköterskorna att själva välja vart de ville befinna sig under intervjun. Att genomföra datainsamling digitalt med hjälp av Zoom har beskrivits som en välfungerande strategi då det är bekvämt och bidrar till ökad flexibilitet avseende tidpunkt för mötet. Nackdelen med att använda en digital plattform är dock att personer som inte är vana att använda detta kan uppleva det krångligt och att dålig internetuppkoppling kan orsaka störningar i ljud och bild under mötet (Archibald et al., 2019). Sjuksköterskorna som deltog i studien upplevdes vara vana vid att delta i digitala möten, vilket sannolikt är resultat av att ha behövt ha möten på distans under pandemin. De fick även välja vilken plattform de var mest bekväma med att använda (Zoom eller Teams). Vid några tillfällen fick en fråga upprepas då ljudet försämrades tillfälligt, men detta upplevdes inte påverka kvaliteten på intervjun.

Det insamlade materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Exempel på stegen i analysprocessen redovisas i arbetets metoddel vilket stärker resultatets trovärdighet (Granheim & Lundman, 2004). Materialet analyserades enligt de steg som presenteras av Lindgren et al. (2020)

vilket ansågs passande då både manifest och latent innehåll finns representerat i resultatet. Det upplevdes både som en styrka och en svaghet att analysera materialet ensam. Det möjliggjorde en likvärdig kodning och tolkning av materialet, men samtidigt hade det varit bra att kunna diskutera rimlighet och relevans av det som framkom under analysen tillsammans med någon som var lika insatt. Studiens trovärdighet och pålitlighet stärks om analysprocessen och resultatet granskas av någon utomstående (Lincoln & Guba, 1985). Under framskrivandet av resultatet har feedback lämnats av handledaren vilket kan ses som en styrka i arbetet. I resultatredovisningen förekommer citat från sjuksköterskorna för att visa att resultatet överensstämmer med det som framkom i intervjuerna, vilket stärker bekräftelsebarheten. För att kunna bedöma överförbarheten bör beskrivningen av deltagare, kontext, datainsamling, analysprocess och resultat var så tydligt redovisat som möjligt (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa delar anses vara väl beskrivna vilket är en styrka. Däremot behandlar studien skeden under en viss tidsperiod där förutsättningarna för vården ändrades allt eftersom, vilket kan begränsa graden av överförbarhet.

Samtliga steg kring genomförandet av studien anses vara tydligt beskrivna vilket stärker pålitligheten. Genom att redovisa författarens förförståelse och tidigare erfarenheter kan pålitligheten stärkas ytterligare (Mårtensson & Fridlund, 2017). En viss förförståelse föreligger då författaren vårdade personer med demenssjukdom under Covid-19-pandemin, dock inte på särskilt boende utan på olika avdelningar på sjukhus. Den erfarenheten ses som en styrka då det gav uppslag till vilka frågor som kunde vara intressanta att ställa till sjuksköterskor som vårdade personer med demenssjukdom i en annan kontext under samma tid. Däremot har författaren aldrig själv arbetat som sjuksköterska på särskilt boende vilket kan vara positivt och negativt. Studien blir då inte lika färgad av egna erfarenheter men en viss förkunskap hade kanske gjort att andra perspektiv har belysts mer. Att få konstruktiv kritik från medstudenter genom grupphandledning var betydelsefullt för att se arbetet med andra ögon och ses som en styrka.

Slutsatser

Under Covid-19-pandemin framhölls vikten av att skydda de äldre i samhället och då speciellt de äldre som bodde på särskilda boenden då de ansågs vara den största riskgruppen. Detta ställde krav på sjuksköterskorna då de bär det övergripande omvårdnadsansvaret. Att som sjuksköterska vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin innebar att sjuksköterskan behövde navigera kring etiskt utmanande situationer där det inte sällan stod mellan att ge personcentrerad vård och göra det som rekommenderades ur ett smittskyddsperspektiv. En ny vardag med skyddsutrustning, sämre möjligheter för anhörigbesök, ständigt uppdaterande riktlinjer och mötet med en helt ny sjukdom bidrog till stress och höga krav för sjuksköterskorna. Värt att påpeka är att sjuksköterskor på demensboende är en yrkesgrupp som redan innan Covid-19-pandemin har beskrivit sin arbetssituation som komplex och kravfylld. Att värna om arbetsmiljön för sjuksköterskor som arbetar på demensenhet är av största vikt då behovet av sjuksköterskor sannolikt kommer öka i takt med det ökade antalet personer med demenssjukdom. Resultatet belyser inte bara de svårigheter som Covid-19-pandemin medförde utan även användbara strategier för anhörigbesök med avstånd, vilket är av praktisk relevans då smittspridning kan förekomma även utanför ramen för en pandemi. Skulle en ny pandemi uppstå kan samtidigt kunskapen om de avvägningar som sjuksköterskorna ställdes inför vara viktigt att ha med sig när beslut om riktlinjer och rekommendationer fattas. Ytterligare forskning som belyser sjuksköterskors lärdomar från Covid-19-pandemin, eller behovet av stöd för sjuksköterskor som ställs inför etiska utmaningar på särskilt boende rekommenderas.

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). MINI-D 5 – Diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Pilgrim Press AB.

Anderson, K., & Blair, A. (2021). What have staff got to do with it? Untangling complex relationships between residental aged care staff, the quality of care they provide, and the quality of life of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 94.* https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104378

Archibald, M.M., Ambagtsheer, R.C., Casey, M.G., & Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods, 18.* https://doi.org/10.1177/1609406919874596

Attard, R., Sammut, R., & Scerri, A. (2020). Exploring the knowledge, attitudes and perceived learning needs of formal carers of people with dementia. *Nursing Older People, 32*(3), 25-31. https://doi.org/10.7748/nop.2020.e1225

Backman, A., Sandman, P-O., & Sköldunger, A. (2021). Characteristics of nursing home units with high versus low levels of person-centred care in relation to leadership, staff- resident- and facility factors: findings from SWENIS, a cross-sectional study in Sweden. *BMC Geriatrics, 21.* https://doi.org/10.1186/s12877-021-02434-0

Berglund, M. (2020). En salutogen demensvård i praktiken. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s.165-184). Studentlitteratur.

Bergqvist, M., Bastholm-Rahmner, P., Gustafsson, L.L., Holmgren, K., Veg, A., Wachtler, C., & Schmidt-Mende, K. (2022). How much are we worth? Experiences of nursing assistants in Swedish nursing homes during the first wave of COVID-19. *International Journal of Older People Nursing, 18*(1). https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/opn.12498

Birt, L., Lane, K., Corner, J., Sanderson, K., & Bunn, D. (2022). Care-home Nurses' responses to the COVID-19 pandemic: Managing ethical conundrums at personal cost: A qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship, 55*(1), 226-238. https://doi.org/10.1111/jnu.12855

Boumans, J., van Boekel, C. L., Verbiest, M., Baan, A. C., Luijkx, G. K. (2022). Exploring how residential care facilities can enhance the autonomy of people with dementia and improve informal care. *Dementia, 12*(1), 136-152. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/14713012211030501

Carlson, E. (2017). Etnografi och deltagande observation. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.189-204). Studentlitteratur.

Cooney, A., & O'Shea, E. (2019). The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland. *Dementia, 18*(7-8), 2731-2746. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/1471301218756123

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till exmination inom omvårdnad* (s.143-154). Studentlitteratur.

Davison, E. T., Camões-Costa, V., & Clark, A. Adjusting to life in resedential aged care facility: Perspectives of people with dementia, family members and facility care staff. *Journal of Clinical Nursing, 28*(21), 3721-4149. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/jocn.14978

Douglas, J.W., Seung, J., Ellis, C.A., & Ferguson, C.C. (2021). "If they don't like you, they are not going to eat for you. Individual and interpersonal factors affecting certified nursing assistants' ability to provide mealtime assistance to residents with dementia. *The Gerontologist, 61*(4), 552-562. https://doi.org/10.1093/geront/gnaa145

Edberg, A-K. (2020). Personen kommer först. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s. 25-38). Studentlitteratur.

Edberg, A-K., & Ericsson, I. (2017). Kognitiv förmåga och svikt. I K. Blomqvist, A-K. Edberg, M. Ernsth Bravell & H. Wijk (Red.), *Omvårdnad och äldre* (s. 403-430). Studentlitteratur.

Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P.O. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology, 7*(4), 362-367. http://proxy.library.ju.se/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/person-centred-care-people-with-severe-alzheimers/docview/201466752/se-2

Eklund Saksberg, M., Bielsten, T., Cahill, S., Jaarsma, T., Nedlund, A-C., Sandman, L., & Jaarsma, P. (2024). Nurses' priority-setting for older nursing home residents during COVID-19. *Nursing Ethics, 0*(0), 1-14. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/09697330241226597

Ekman, I., Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.29-62). Studentlitteratur.

Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustwothiness. *SAGE Open, 4*(1). https://doi.org/10.1177/2158244014522633

Eriksdotter, M. (2020). Demenssjukdomar. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s.311-322). Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Konsekvenser för personer 70 år och äldre av smittskyddsåtgärdermot Covid-19.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/pubreader/pdfview/81272?browserprint=1

Folkhälsomyndigheten. (2022). *Om viruset och sjukdomen*. Hämtad 21 oktober, 2023, från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/om-viruset-och-sjukdomen/

Folkhälsomyndigheten. (2023a). *När hände vad under pandemin?* Hämtad 18 november, 2023, från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/nar-hande-vad-under-pandemin/#tjugo

Folkhälsomyndigheten. (2023b). *Smittspridning*. Hämtad 14 januari, 2024, från https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/om-sjukdomen-och-smittspridning/smittspridning/

Frisell, O., Jönsson, L., & Wimo, A. (2023). *Demensjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2019*. Karolinska Institutet, Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle (NVS), avdelningen för neurogeriatrik. https://www.demenscentrum.se/sites/default/files/dokument/FORSKNING/demenssjukd_samhallskostn_2019.pdf

Goncalves, A.R., Barcelos, J., Duarte, A.P., Lucchetti, G., Goncalves, D.R., Silva e Dutra, F., & Goncalves, J.R. (2022). Perceptions, feelings and the routine of older adults during the isolation period caused by the Covid-19 pandemic: a qualitative study in four countries. *Aging & Mental Health, 26*(5), 911-918. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1891198

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trystworthiness. *Nurse Education Today, 24,* 105-112. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Haslam-Larmer, L., Grigorovich, A., Quirt, H., Engel, K., Stewart, S., Rodrigues, K., Kontos, P., Astel, A., McMurray, J., Levy, A., Bingham, K.S., Flint, A.J., Maxwell, C., & Iaboni, A. (2023). Prevalence, causes, and consequences of moral distress in helathcare providers caring for people living with dementia in long-term care during a pandemic. *Dementia, 22*(1), 5-27. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/14713012221124995

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.111-120). Studentlitteratur.

Hillestad, A. H., Rokstad, A. M. M., Tretteteig, S., Julnes, S. G., Lichtwarck, B., Eriksen, S. (2022). Nurses' ethical challenges when providing care in nursing homes during the Covid-19 pandemic. *Nursing Ethics, 30*(1), 32-45. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/0969733022110563

Kazawa, K., Kubo, T., Akishita, M., & Ishii, S. (2022). Long-term impact of the COVID-19 pandemic on facility- and home-dwelling people with dementia: Perspectives from professionals involved in dementia care. *Geriatrics and Gerontolgy International, 22,* 821-907. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/ggi.14465

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Veteskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.57-80). Studentlitteratur.

Laver, K., Clemson, L., Bennett, S., Lannin, N.A., & Brodaty, H. (2014). Unpacking the Evidence: Interventions for Reducing Behavioral and Psychological Symptoms in People with Dementia. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, 32*(4), 294-309. https://doi.org/10.3109/02703181.2014.934944

Lillekroken, D., Hauge, S., & Slettebo, Å. (2015). ”Saluting” perceived sense of coherence in people with dementia by nurses. *Journal of Public Mental Health, 14*(3), 149-158. https://doi.org/10.1108/JPMH-10-2014-0042

Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Lindgren, B-M., Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies, 108*. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632 0020-7489

Lindner, H., Kihlgren, A., & Pejner, M.N. (2023). Person-centered care in nursing homes during the Covid-19 pandemic: a cross sectional study based on nursing staff and first-line managers' self-reported outcomes. *BMC Nursing, 22*(276). https://doi.org/10.1186/s12912-023-01437-z

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.219-234). Studentlitteratur.

Mabire, J-B., Gay, M-C., Charras, K., & Vernooij-Dassen, M. (2022). Impact of a Psychosocial Intervention on Social Interactions between People with Dementia: An Observational Study in a Nursing Home. *Activities, Adaptation & Aging, 46*(1), 73-89. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1080/01924788.2021.1966574

McGilton, K.S., Krassikova, A., Wills, A., Durante, V., Yeung, L., Vellani, S., Sidani, S., & Escrig-Pinol, A. (2022). Nurse Practitioners Navigating the Consequences of Directives, Policies and Recommendations Related to the COVID-19 Pandemic in Long-Term Care Homes. *Journal of Applied Gerontology, 41*(11), 2296-2306. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/07334648221110210

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Veteskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.421-438). Studentlitteratur.

O'Matúna, D., Smith, J., Zadvinskis, I. M., Monturo, C., Kelley, M. M., Tucker, S., Miller, P. S., Norful, A. A., Zellefrow, C., & Chipps, E. (2023). Ethics and frontline nursing during COVID-19: A qualitative analysis. *Nursing Ethics, 30*(6), 803-821. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/09697330221143150

Palmer, J.L., Stallings, D.T., Yoo, J-H., Lorenz, R.A., & Lach, H.W. (2023). Experiences of older adults during COVID-19: Loss, boredom, uncertainty, worry and resilience. *Journal of Gerontological Nursing, 49*(6), 27-32. https://doi.org/10.3928/00989134-20230512-04

Pennbrant, S., Hjorton, C., Nilsson, C., & Karlsson M. (2020). The challenge of joining all the pieces together – Nurses' experience of palliative care for older people with advanced dementia living i residential aged care units. *Journal of Clinical Nursing, 29,* 3835 – 3846. https://doi.org/10.1111/jocn.15415

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing research: Genereating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s.25-42). Studentlitteratur.

Richards, C.K., Radhakrishnan, K., Carroll Britt, K., Vanags-Louredo, A., Park, E., Gooneratne, N., & Fry, L. (2022). ”Please Don’t Forget Us”. A descriptive qualitative study of caregivers o folder adults with Alzheimer’s disease and related dementias during the COVID-19 Pandemic. *Research in Gerontological Nursing, 15*(5), 217-228. https://doi.org/10.3928/19404921-20220829-01

Rutten, J.E.R., Backhaus, R., Tan, F., Prins., M., van der Roest, H., Heijkants, C., Hamers, J.P.H., & Verbeek, H. (2021). Work environment and person-centred dementia care in nursing homes – A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management, 29*(7), 2314-2322. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/jonm.1338

Scales, K., Zimmerman, S., & Miller, S.J. (2018). Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *The Gerontologist, 58*(1), 88-102. https://doi.org/10.1093/geront/gnx167

Scerri, A., Xuereb, C.B., & Scerri, C. (2022). Nurses’ Experiences of Caring for Long-Term Care Residents With Dementia During the COVID-19 Pandemic. *Gerontology and Geriatric Medicine, 8*. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23337214221077793

Schulze, S., Merz, S., Thier, A., Tallarek, M., König., Uhlenbrock, G., Nübling, M., Lincke, H-J., Rapp, M.A., Spallek, J., & Holmberg, C. (2022). Psychosocial burden in nurses working in nursing homes during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study with quantative and qualitative data. *BMC Health Services Research, 22*. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08333-3

Seckman, C. (2023). The impact of COVID-19 on the psychosocial well-being o folder adults: A literature review. *Journal of Nursing Scholarship, 55*(1), 97-111. https://doi.org/10.1111/jnu.12824

Skovdahl, K., & Edberg, A-K. (2020). Hälsofrämjande aktiviteter. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s.251-276). Studentlitteratur.

Skovdahl, K., Kihlgren, M., & Blomqvist, K. (2020). Att tolka och förstå beteendeförändringar. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s.227-250). Studentlitteratur.

Smythe, A., Jenkins, C., Galant-Miecznikowska., Bentham, P., & Oyebode, J. (2017). A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. *Nurse Education Today, 50,* 119-123. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.nedt.2016.12.015

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom – stöd för styrning och ledning*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-2.pdf

Socialstyrelsen. (2020). *Analys av det tillfälliga förbudet mot besök inom särskilda boendeformer för äldre*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-9-6902.pdf

Socialstyrelsen. (2021). *Covid-19-pandemins påverkan på följsamheten till Nationella riktlinjer*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-6-7413.pdf

Socialstyrelsen. (2023). *Arbetssätt vid smittsamma infektionssjukdomar hos personer med demenssjukdom i särskilda boendeformer för äldre – praktiska förslag om arbetssätt till personal och arbetsledning*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-10-6946.pdf

Statistiska Centralbyrån. (2018). *Sveriges framtida befolkning 2018-2070*. (Demografiska rapporter 2018:1). https://www.scb.se/contentassets/b3973c6465b446a690aec868d8b67473/be0401_2018i70_br_be51br1801.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening. (2024). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. https://swenurse.se/download/18.63d77b1e18bf5c2bfaa40841/1701244747726/Kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksko%CC%88terska%202024.pdf

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska läkarsällskapet och Dietisternas riksförbund. (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård*. https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf

Svenskt Demenscentrum. (2021). *Kognitiva funktioner*. Hämtad 21 oktober , 2023, från https://demenscentrum.se/fakta-om-demens/vad-ar-demens/kognitiva-funktioner

Sveriges Kommuner och regioner. (2023). *Att lära av en kris – Kommuners och regioners lärdomar från covid-19-pandemin*. https://skr.se/download/18.3cd0d917188ba18743493267/1687784350987/SKR_S5_Att-lara-av-en-kris-uppdaterad.pdf

van Diepen, C., Vestjens, L., Niebor, P.A., & Scheepers, R. (2023). Nursing home staff perceptions of well-being during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 79*(10), 3643-4087. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/jan.15730

Verloo, H., Salina, A., Fiorentino, A., & Cohen, C. (2018). Factors influencing the quality of life perceptions of cognitively impaired older adults in a nursing home and their informal and professional caregivers: a mixed methods study. *Clinical Interventions in Aging, 13,* 2135-2147. https://doi.org/10.2147/CIA.S184329

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk – samhällsvetenskaplig forskning*. https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningsed*. God-forskningssed_VR_2017.pdf

Wibom, M., & Johanzon, M. (2021, 3 mars). Det är hög tid att skrota begreppet demens. *Läkartidningen*. https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2021/03/det-ar-hog-tid-att-skrota-begreppet-demens/

Wijk, H. (2020). Den fysiska miljön som stöd för mötet och omvårdnadens genomförande. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s.185-204). Studentlitteratur.

Wijk, H., & Rämgård, M. (2017). Ledarskap och teamarbete. I A-K. Edberg (Red.), *Att möta personer med demenssjukdom* (s.583-590). Studentlitteratur.

World Health Organization. (2021). *A Timeline of WHO's COVID-19 Response in the WHO European Region*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351782/WHO-EURO-2022-1772-41523-63024-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Hämtad 6 december, 2023, från https://icd.who.int/browse11/l-m/en

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 2 november, 2023, från file:///C:/Users/hagus/Downloads/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects%20(2).pdf

Young Lee, S., Hung, L., Chaudhury, H., & Morelli, A. (2021). Staff perspectives on the role of physical environment in long-term care facilities on dementia care in Canada and Sweden. *Dementia, 20*(7), 2558-2572. https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1177/14713012211003994

Bilagor

Bilaga 1 – Informationsbrev till enhetschef

Informationsbrev till enhetschef

Informationsbrev till enhetschef kring examensarbetet "Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin"

Bakgrund och syfte
I mars 2020 förkunnade WHO att den globala spridningen av Covid-19 nu klassades som en pandemi. I Sverige framhöll Folkhälsomyndigheten och regeringen att ett av målen med de restriktioner och rekommendationer som infördes var att skydda de äldre och sköra i samhället.
Covid-19-pandemin innebar att sjuksköterskor på särskilda boende ställdes inför en aldrig tidigare skådad situation där besöksförbud, skyddsutrustning och nya riktlinjer var några av de faktorer som blev en ny vardag. Tidigare forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att jobba under Covid-19-pandemin i olika kontexter finns, men forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer boendes på demensenhet under Covid-19-pandemin är bristfällig.
Syftet med den här studien är

"Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin".

Viktigt att betona är att författaren inte är ute efter att bedöma rätt och fel i sjuksköterskors handlande eller i situationer som uppstod under denna tid, utan syftet är att samla in erfarenheter som kan bidra till ökad kunskap kring vården av personer med demenssjukdom under de förhållanden som Covid-19 medförde.

Tillfrågan om deltagande
För att svara på syftet kommer sjuksköterskor som arbetade på en demensenhet på särskilt boende under hela tidsperioden mars 2020 – mars 2022 (minst) att tillfrågas om deltagande i studien. Du som enhetschef får detta brev då det kan finnas sjuksköterskor som uppfyller dessa kriterier i din arbetsgrupp. Deltagande är frivilligt och det går även bra att avbryta sin medverkan när som helst utan att uppge orsak. Om det finns potentiella deltagare till studien på din arbetsplats som är intresserade av att vara med, så vill jag be att du lämnar ut "Information till deltagare", så kommer jag att kontakta dom för att tillfråga om samtycke till deltagande. Du som enhetschef tillfrågas om godkännande att genomföra datainsamling på er arbetsplats, det vill säga att intervju får ske på arbetstid.

Datainsamling
Datainsamling kommer ske genom enskilda intervjuer. Intervjuerna beräknas ta ca 30 minuter och genomföras digitalt, förslagsvis via Zoom, på en tid som passar deltagaren. Ljudupptagningen av intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkriberas. Det insamlade materialet kommer

att behandlas konfidentiellt, det vill säga förvaras oåtkomligt för obehöriga samt avidentifieras. När examensarbetet är färdigställt kommer materialet att raderas.

Studien genomförs som del i examensarbete i programmet ”Specialistsjuksköterska inom vård av äldre” vid Jönköping University. Om du vill veta mer om studien eller har andra frågor, ta gärna kontakt med mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning,

Hanna Gustavsson
Leg Sjuksköterska
Student Specialistsjuksköterskeprogrammet
inom vård av äldre
Mail: guha23wn@student.ju.se
Telefon: 0725-009275

Handledare för examensarbetet:
Therése Bielsten
Programansvarig
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inom vård av äldre vid Jönköping University
Mail: therese.bielsten@ju.se

☐ Jag samtycker härmed till att datainsamling avseende examensarbetet **"Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin”** får ske på den enhet där jag är chef.

……..
Ort och datum

……
Underskrift

……
Namnförtydligande

Bilaga 2 – Informationsbrev till deltagare

Informationsbrev till deltagare

Informationsbrev till deltagare kring examensarbetet "Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin"

Bakgrund och syfte
I mars 2020 förkunnade WHO att den globala spridningen av Covid-19 nu klassades som en pandemi. I Sverige framhöll Folkhälsomyndigheten och regeringen att ett av målen med de restriktioner och rekommendationer som infördes var att skydda de äldre och sköra i samhället.
Covid-19-pandemin innebar att sjuksköterskor på särskilda boende ställdes inför en aldrig tidigare skådad situation där besöksförbud, skyddsutrustning och nya riktlinjer var några av de faktorer som blev en ny vardag. Tidigare forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att jobba under Covid-19-pandemin i olika kontexter finns, men forskning kring sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer boendes på demensenhet under Covid-19-pandemin är bristfällig.
Syftet med den här studien är

"Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin".

Viktigt att betona är att författaren inte är ute efter att bedöma rätt och fel i sjuksköterskors handlande eller i situationer som uppstod under denna tid, utan syftet är att samla in erfarenheter som kan bidra till ökad kunskap kring vården av personer med demenssjukdom under de förhållanden som Covid-19 medförde.

Tillfrågan om deltagande
För att svara på syftet kommer sjuksköterskor som arbetade på en demensenhet på särskilt boende under hela tidsperioden mars 2020 – mars 2022 (minst) att tillfrågas om deltagande i studien. Du tillfrågas om deltagande då du uppfyller dessa kriterier och önskemålet är att få intervjua dig kring dina erfarenheter av denna tid. Deltagande är frivilligt och det går även bra att avbryta sin medverkan när som helst utan att uppge orsak.

Datainsamling
Datainsamling kommer ske genom enskilda intervjuer. Intervjuerna beräknas ta ca 30 minuter och genomföras digitalt, förslagsvis via Zoom, på en tid som passar dig. Ljudupptagningen av intervjuerna kommer att spelas in för att sedan transkriberas. Det insamlade materialet kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga förvaras oåtkomligt för obehöriga samt avidentifieras. När examensarbetet är färdigställt kommer materialet att raderas.

Studien genomförs som del i examensarbete i programmet ”Specialistsjuksköterska inom vård av äldre” vid Jönköping University. Om du vill veta mer om studien eller har andra frågor, ta gärna kontakt med mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning,

Hanna Gustavsson
Leg Sjuksköterska
Student Specialistsjuksköterskeprogrammet
inom vård av äldre
Mail: guha23wn@student.ju.se
Telefon: 0725-009275

Handledare för examensarbetet:
Therése Bielsten
Programansvarig
Specialistsjuksköterskeprogrammet
inom vård av äldre vid Jönköping University
Mail: therese.bielsten@ju.se

☐ Jag samtycker härmed till deltagande i studien som ligger till grund för examensarbetet **"Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin”**

……..
Ort och datum

……
Underskrift

……
Namnförtydligande

Bilaga 3 – Intervjuguide

1. Kan du beskriva den första tiden efter mars 2020, när Covid-19 först bröt ut? Hur såg situationen på din arbetsplats på en demensenhet ut då?

2. Vilka specifika utmaningar upplever du att Covid-19 medförde när det kom till vården av personer med demenssjukdom på särskilt boende?

3. På vilket sätt påverkades din roll som sjuksköterska på demensenhet under Covid-19-pandemin?

4. Vilka situationer var mest utmanande för dig som sjuksköterska under Covid-19-pandemin?

5. Vilka lärdomar tar du med dig efter att ha vårdat personer med demenssjukdom på särskilt boende under Covid-19-pandemin?

6. Är det något ytterligare som du vill tillägga?

Följdfrågor:

Kan du utveckla det?

Hur kände du då?

På vilket sätt?

Hur menar du då?

Kan du ge ett exempel?

Bakgrundsfrågor:

Hur gammal är du?

Hur många år hade du arbetat som sjuksköterska när pandemin bröt ut?

Har du någon specialistsjuksköterskeutbildning? Vilken i så fall?