



LUND UNIVERSITY

Intensivvårdsavdelningarna i Lund och Malmö under Covid-19 En analys av den organisatoriska responsen och personalens erfarenheter Selberg, Rebecca

2022

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Selberg, R. (2022). *Intensivvårdsavdelningarna i Lund och Malmö under Covid-19: En analys av den organisatoriska responsen och personalens erfarenheter*. Lund University.

Total number of authors:
1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Intensivvårdsavdelningarna i Lund och Malmö under COVID-19

REBECCA SELBERG
IPV | LUNDS UNIVERSITET



Rebecca Selberg

Intensivvårdsavdelningarna i Lund och Malmö under COVID-19

En analys av den organisatoriska responsen
och personalens erfarenheter



LUNDS
UNIVERSITET

Copyright Rebecca Selberg, forskare (IPV/Lunds universitet)

Produktion Media-Tryck

Omslagsbild av Jenny Rydqvist/Sydsvenskan

Print Media-Tryck, Lund University, Lund, Sweden 2022

ISBN Tryck: 978-91-8039-330-0

Media-Tryck

Lund University

Box 117

SE-221 00 Lund, Sweden



Media-Tryck är ett svanen-
märkt tryckeri. Läs mer
om vårt miljöarbete på
www.mediatryck.lu.se

MADE IN SWEDEN 

Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
1 Bakgrund och utgångspunkter	7
1.1 Rapportens syfte.....	8
1.2 Metod och data.....	9
1.3 Disposition	10
2 Tidigare forskning om covid-19-pandemins effekter på sjukvårdspersonal och -organisation	11
2.1 Forskning och rapporter om tidigare pandemiers effekter på vårdpersonal.....	11
2.2 Forskning om covid-19-pandemins effekter på sjukvårdspersonalens hälsa.....	17
2.3 Var sjukvården förberedd på en pandemi som covid-19?	22
2.4 Sammanfattning	24
3 Hanteringen av covid-19-pandemin inom SUS-IVA	26
3.1 Innan pandemin kom till SUS – den oroliga inledningsfasen	26
3.1.1 Stress och press: en analys av läkarnas bristande kohesionskraft.....	29
3.1.2 Var befann sig klinikledningen?	34
3.1.3 Enhetschefernas uppfattning av den inledande fasen: kaos och omöjliga krav.....	38
3.1.4 Omvårdnadspersonalens tankar om upptaktsfasen	44
3.2 När organisationen började sätta sig: första vågen.....	46
3.2.1 Rädsla, oro och förebilder	47
3.2.2 Förstärkningspersonalens erfarenheter.....	49
3.3 När det var som värst, då funkade det som bäst: andra vågen	54
3.3.1 Etiska dilemman i covid-vården	57
3.3.2 ”Vi har inte tid att prata om detta”: om bristen på reflektion under andra vågen.....	62

3.4	Den höga platån: våren 2021	65
3.4.1	Empatitröttheten slår till	65
3.5	”Vi får inte tappa detta nu, vi måste lära oss!” Om organisatoriskt lärande	68
4	Rekommendationer	71
4.1	Planering för smygande kriser	71
4.1.1	Att skapa resiliens.....	72
4.1.2	Krisplaneringsfasen: synligt ledarskap, kommunikation och bred uppslutning	72
4.1.3	Aktiva fasen: individuell resiliens – att få personalen att orka	73
4.1.4	Efterarbetet: utvärdera, omvärdera	73
5	Bilaga 1	75
5.1	Metoder	75
5.1.1	Varför intervjustudie?.....	75
5.1.2	Är kvalitativ forskning generaliserbar?	76
5.1.3	Hur uppnås validitet och reliabilitet i kvalitativ forskning?	78
5.1.4	Bygger rapporten på en rigorös studie?	78
5.1.5	Vad tillför observationer?	80
5.1.6	Sammanfattningsvis: rapportens metodologiska grund	81
6	Referenser	82

Sammanfattning

Rapporten sammanfattar det forskningsprojekt, finansierat av Riksbankens Jubileumsfond, som Rebecca Selberg utfört inom verksamhetsområde intensiv- och perioperativ vård (IPV) vid Skånes universitetssjukhus januari 2021 – juni 2022. Rapporten bygger på djupintervjuer och observationer, samt på en strategisk genomgång av tidigare forskning kring krishantering och covidpandemins effekter på vårdpersonal.

Rapporten visar att coronapandemin skapade en djupgående kris för IPV och dess medarbetare. Inledningsvis präglades krisen av splittring och brist på tillit, men relativt snart fann organisationen sin kraft i teamarbetet och lyckades hantera ett kraftigt utökat samhällsbärande uppdrag på ett effektivt sätt. Personalens initiativförmåga och tillit till varandra och de närmaste cheferna utgjorde en central resurs för organisationen. Samtidigt ställdes chefer och anställda inför svåra etiska dilemman och avvägningar, som organisationen inte fullt ut lyckades skapa kommunikation och reflektion kring. När krisen blev långdragen drabbades personalen av empatitrötthet och frustration, till rätt stora individuella kostnader. Trots allt klarade organisationen krisen väl, och inte minst berodde detta på chefernas vilja att lyssna på personalen och stötta dem med de resurser som fanns till hands. Organisationens kanske främsta styrka är den flexibla, engagerade och lojala personalen, och chefernas tilltro till sina medarbetare.

Viss risk finns för att IPV inte tillräckligt väl lär sig av de erfarenheter och kunskaper som chefer och anställda samlade på sig under pandemin. Krisplaneringen behöver förbättras framöver, och särskilt bör IPV utveckla strategier för att mobilisera resiliens och det som kallas adaptiv kapacitet.

Lund, juni 2022

Rebecca Selberg

1 Bakgrund och utgångspunkter

Covid-19-pandemins verkningar i Sverige har beskrivits som ”den största fredstida samhällsutmaningen sedan andra världskriget” (Jerneck 2021: 9), och innebar att i princip hela statsapparaten och dess kritiska samhällsfunktioner tvingades till snabba beslut och omställningar (jmf. Lindskog & Standring 2020: 443). Särskilt gällde detta sjukvården, vars inflöde av svårt sjuka patienter i behov av långvarig tertiärvård satte stor press på organisation och anställda. Redan tidigt i pandemin började forskare världen över att studera effekterna av covid-19 på sjukvårdsorganisationer och sjukvårdspersonal. Metastudier och paraplystudier indikerar att upp till var tredje anställd inom sjukvården hade symptom på depression och ångest under pandemin (Pappa et al 2020; Neto et al 2020); att ca 40 procent upplevde sömnbesvär eller insomni (Marvaldi et al 2021); och att milda symptom på humörsvängningar var vanligt förekommande bland personal inblandad i vård av covid-19-patienter (Gholami et al 2021). En systematisk litteraturstudie (Krishnamoorthy et al 2020) av globala förhållanden indikerar att i befolkningen som helhet kan upp till hälften ha upplevt betydande effekter på den mentala hälsan till följd av pandemin, framförallt gällande sömnkvalitet och stress. Allra värst drabbade var, enligt studien, de som vårdats på sjukhus med covid-19, samt vårdpersonal. En metastudie (Hannemann et al 2022) av 46 artiklar konstaterade att det finns flera statistiskt signifikanta riskfaktorer för psykisk ohälsa bland hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar vid frontlinjen under en pandemi, men kunde också slå fast att det är svårt att avgöra om ångest och depression verkligen ökade bland vårdpersonalen under pandemin.

Pandemin innebar att vårdens funktionssätt och beredskap sattes i fokus i det offentliga samtalet (jmf. Scoones 2010). Inte minst blev intresset för intensivvården stort, och i Sverige liksom i andra länder kom presskonferenser och annan myndighetskommunikation i hög utsträckning att handla om just intensivvårdens flöden och kapacitet. Tidigt under pandemin uppstod också diskussioner kring vilka grupper av patienter som kunde komma i fråga för intensivvård, och huruvida åldersbegränsningar skulle komma att införas. Dessa diskussioner ledde till att sjukvårdspersonal i såväl medier som i anhörigsamtal fick söka redogöra för exempelvis

skillnaden mellan kronologisk och biologisk ålder.¹ Också i forskningen hamnade intensivvården snabbt i fokus, och en mängd studier har producerats om hur olika länder, vårdssystem och sjukhusorganisationer strukturerade om akut- och intensivvårdsavdelningar för att möta stora inflöden av kritiskt sjuka patienter (exempelvis Harris & Adalja 2021).

Pandemin påverkade alltså individer, grupper, organisationer och stater, liksom rutiner och arbetssätt i hela samhällsapparaten på genomgripande sätt, och gav upphov till många parallella kriser: mänskliga, ekonomiska, sociala och institutionella/politiska (Jerneck 2021: 9). I frontlinjen för krisen befann sig sjukvården, och särskilt intensivvården.

1.1 Rapportens syfte

Rapporten syftar till att beskriva och analysera hur intensivvårdsavdelningarna inom Skånes Universitetssjukhus hanterade covid-19-pandemin organisatoriskt och kollegialt, det vill säga hur pandemiresponsen *uppfattades* av personal och chefer. Rapporten bygger på dels en strategisk forskningsgenomgång av studier kring effekterna av pandemin på sjukvårdens och särskilt intensivvårdens personal, dels djupintervjuer med 61 anställda inom verksamhetsområde intensiv- och perioperativ vård, Skånes universitetssjukhus.

Krishantering kan, hävdar statsvetaren Magnus Jerneck (2021: 10), ses som ett lackmustest på ett samhälles eller en verksamhets förmåga att mobilisera och effektivt allokera resurser under längre tid och i ett utsatt läge. Kriser av det slag som covid-19 utgör är ofta oförutsägbara, har vittgående och allvarliga konsekvenser, och kan dränera en organisation på kraft och resurser och därmed leda till instabilitet (ibid.). Kriser kan också vara produktiva, i det att de kan fungera som en vändpunkt och bana väg för förbättringar. Organisationer är, som organisationsforskaren Robert Gephart Jr. (2020: 22) formulerat det, ”risk transformation devices”; de måste ständigt förhålla sig till och värdera risker, men hur en organisation faktiskt hanterar en kris – och huruvida den lär sig av genomgångna kriser – är långt från självklart. Utgångspunkten för rapporten är

¹ Än så länge finns få studier om mediebevakningen av vården under pandemin. En studentuppsats från journalistutbildningen vid Göteborgs universitet studerade rapporteringen kring intensivvården (Ekdahl, Morton & Starke Sundén 2021). Uppsatsens resultat tyder på att intensivvårdspersonal uppfattade medierapporteringen som huvudsakligen korrekt i sak men också förskönande, förenklande, och allt för inriktad på storstadsområdenas situation. En rapport från Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet visar att en viktig del av diskussionen om intensivvårdens prioriteringar fördes i sociala medier, där en del ansåg att vårdens nedrustning utgjorde det stora problemet (Broqvist & Sandman 2021).

att en noggrann analys, baserad på dels *personalens och chefers egna tolkningar av krishanteringen*; dels *forskning om pandemins effekter i andra länder och organisationer*; samt *etablerade teorier om arbetsorganisationer och kriser*, kan bidra till att identifiera verksamhetens styrkor och svagheter innan, under och efter en allvarlig kris. På så sätt kan rapporten bidra till att i framtiden stärka de mobiliserings- och resursallokeringsförmågor som finns i organisationen.

1.2 Metod och data

Forskningsöversikten bygger på en strukturerad litteratursökning i relevanta databaser (PubMed, JSTOR, SocINDEX samt Google Scholar). Sökningarna gjordes i block utifrån söktermer som identifierats genom test-sökningar. Syftet med forskningsöversikten är inte att svara på en specifik frågeställning eller etablera fakta om ett sakförhållande, utan att ge läsaren översiktlig kunskap om det internationella forskningsläget kring effekter av covid-19-pandemin på sjukvårdspersonal och vårdorganisationer. Forskningsöversikten erbjuder på så sätt en kontextualisering av intervjustudiens resultat, det vill säga möjliggör att studiens resultat sätts i relation till erfarenheter och lärdomar från andra länder och sjukvårdsorganisationer.

Intervjustudien bygger på 61 djupintervjuer med sex undersköterskor (fyra i Malmö, två i Lund), 30 sjuksköterskor (sju i Lund, 23 i Malmö), 11 läkare (fyra i Malmö, sju i Lund), en fysioterapeut, en HR-specialist, två sekreterare, sex enhetschefer (tre i Lund, tre i Malmö), två sektionschefer (en i Lund, en i Malmö), en områdeschef och en verksamhetschef. Sammanlagt motsvarar detta ca 80 timmar inspelat material² och ca 1300 sidor transkription. Vid sidan om intervjustudien har observationer gjorts om ca. 30 timmar då läkare, sjuksköterskor och undersköterskor skuggades under arbete på intensivvårdsavdelningarnas covid-kohorter. Observationsanteckningar togs huvudsakligen efter genomförd observation, då arbetsmiljön inte tillät att anteckningar fördes inne på avdelningen. Observationsanteckningarna motsvarar ca 20 sidor renskriven text.

En mer detaljerad beskrivning av metoder och metodöverväganden finns i bilaga 1.

² Alla intervjuer förvaras på Lunds universitets forskningsdataserver, LUSEC.

1.3 Disposition

Rapporten inleds med en genomgång av forskning kring effekterna av covid-19 på vårdorganisationer och vårdpersonal. Efter forskningsgenomgången presenteras en tematisk analys av djupintervjuerna med personal och chefer inom verksamhetsområde intensiv- och perioperativ vård, och slutligen presenteras förslag på hur organisationen kan gå vidare genom att dra lärdom av det som skedde i verksamheten under pandemin.

2 Tidigare forskning om covid-19-pandemins effekter på sjukvårdspersonal och -organisation

När smittspridningen av SARS-CoV-2 snabbt ökade i början av 2020 ställde också forskare världen över om sin verksamhet och började följa och analysera effekterna av pandemin. En mängd data samlades in och sammanställdes ovanligt fort i forskningsartiklar, som vetenskapliga tidskrifter ofta snabbbehandlade för publicering. Fler artiklar än vanligt delades i så kallade preprints (onlinepublicering innan fackgranskning). Redan i december 2020 fanns över 200 000 vetenskapliga artiklar publicerade om covid-19 (Else 2020). I oktober 2021 gav Google Scholar över fyra miljoner sökträffar på ”covid-19”.

För den här rapporten har ett strategiskt urval av vetenskapliga artiklar gjorts baserat på behovet av att kontextualisera intervjustudien på intensivvårdsavdelningarna inom SUS. Dessa presenteras nu i tre avsnitt: ett som behandlar forskning om tidigare pandemiers effekter på vårdpersonal, och som bidrar till att ge en bild av kunskapsläget före pandemin; ett som behandlar studier om hur vårdpersonal och särskilt personal inom intensivvården drabbats av covid-19-pandemin; och slutligen ett stycke som handlar om analyser av samhällets och sjukvårdens beredskap inför pandemin.

2.1 Forskning och rapporter om tidigare pandemiers effekter på vårdpersonal

Utgångspunkten för mycket organisationsforskning om pandemihantering inom sjukvården är frågan om individuell och organisatorisk resiliens, alltså motståndskraft. Det anses finnas ett samband mellan organisationers och hela samhälles resiliens; organisationer som förmår fungera optimalt också under kriser och katastrofer förbättrar också möjligheten för återhämtning och välmående i det omgärdande samhället (McManus et al 2007). Resiliens handlar ytterst om en individs, en

organisations eller ett samhälles adaptiva kapacitet, alltså förmågan till anpassning och återhämtning. Två perspektiv dominerar forskningen om resiliens: motståndskraft som en individs eller organisations karaktär eller inneboende förmåga, eller motståndskraft som något som utvecklas som svar på kriser (Teo et al 2017). Det första perspektivet kan illustreras av en liknelse – nämligen motståndskraft som en kärna som i varierande grad kan absorbera påfrestningar och ändå behålla sin fasthet (Walker & Salt 2012). Här handlar det om att motståndskraften är det som avgör hur snabbt och enkelt en individ eller en organisation kan återfå sin jämvikt efter en kris. Det andra perspektivet betraktar motståndskraft som en läroprocess, som något som växer fram när individer eller organisationer möter motgångar; motståndskraften ökar alltså förmågan att möta framtida utmaningar (Teo et al 2017: 137). De båda perspektiven kan sammanfattas i McManus et al (2007) beskrivning av resiliens som situationsmedvetenhet, förmågan att kunna identifiera och hantera sårbarheter, och förmågan till anpassning och utveckling.

Redan i mars 2020, samma månad som WHO klassade covid-19 som en pandemi, publicerade *BMJ* en analys av de ”psykiska hälsoutmaningar” som sjukvården stod inför (Greenberg et al 2020). I artikeln ringar fyra psykiatriker in nyckelteman för sjukvårdsorganisationernas pandemihantering gällande personalens hälsa och den individuella och organisatoriska resiliensen. Det första temat är *moral injury* (MI), ett begrepp som har sitt ursprung i militärmakten, och som definieras som den psykiska stress som orsakas av handlingar (eller brist på handling) som leder till att en persons moraluppfattning eller etiska hållning kränks (Greenberg et al 2020: 1). MI utgör i sig inte psykisk ohälsa, däremot har forskning visat att den som upplever MI är benägen att utveckla negativa tankar om sig själv eller om andra, exempelvis överordnade. Detta kan i sin tur bidra till utveckling av psykisk ohälsa, som depression, PTSD eller självmordstankar (ibid.). Å andra sidan, konstaterar Greenberg et al, kan människor som ställs inför svåra utmaningar och etisk stress också erfar så kallad post-traumatisk utveckling, ett begrepp som används för att beskriva ett stärkande av den psykologiska resiliensen, självförtroendet och tillförsikten. I artikeln, som alltså skrevs tidigt under pandemin, varnar författarna för att sjukvårdspersonal sannolikt kommer att ställas inför situationer som leder till MI:

[It is likely that] during the COVID-19 outbreak many healthcare workers will encounter situations where they cannot say to a grieving relative, “We did all we could”, but only, “We did our best with the staff and resources available, but it wasn’t enough”. That is the seed of a moral injury. Not all staff members will be adversely affected by the challenges ahead, but no one is invulnerable, and some healthcare workers will hurt, perhaps for a long time, unless we begin now to prepare and support our staff (Greenberg et al 2020: 1).

Artikelförfattarna identifierade alltså känslan av *otillräcklighet* som central för att skapa en upplevelse av MI hos sjukvårdspersonal. Tidskriften *Journal of Clinical Nursing* (2020) lyfte i en ledare fram ett begrepp som är besläktat med 'moral injury', nämligen 'compassion fatigue' (CF, empatitrötthet) – "emotional, physical, and spiritual exhaustion from witnessing and absorbing the problems and suffering of others when working with traumatized individuals" (Alharbi et al 2019: 1088). Intensivvårdssköterskor är särskilt utsatta för empatitrötthet eftersom de arbetar med kritiskt sjuka patienter:

CF and its related symptoms are a particular issue for critical care nurses in disaster contexts because the expectation to confront and cope with the need for care can exceed the ability to provide it, potentially (indirectly) leading to emotional distress in staff. In addition to witnessing/experiencing patient suffering and death more frequently; having the responsibility for decisions related to resource rationing and utilization means critical care nurses are at heightened risk of developing CF and moral injury during pandemics (Alharbi et al 2020: 2762).

Risken med empatitrötthet är att intensivvårdssköterskor³ upplever att deras arbete är meningslöst – alltså att det inte spelar någon roll vad de gör för sina patienter, eftersom de ändå lider och avlider. Empatitrötthet kan därför leda till burnout,⁴ liksom till kvalitetssänkning av omvårdnaden och en ökad förekomst av fel och misstag. För den drabbade sköterskan kan empatitrötthet leda till ökad frånvaro och uppsägning; isolering; ökad alkoholkonsumtion och andra destruktiva coping-strategier (Alharbi et al 2020: 2762.).

Greenberg et al (2020) betonar två saker i sin artikel om att minimera risken för MI under covid-19-pandemin: tidiga stödinsatser, och stödinsatser som sätts in efter pandemin. Tidiga stödinsatser handlar om att sjukhusledning och chefer bör beskriva så klart som möjligt de svårigheter som personalen kan ställas inför; otydlighet eller undanligande besked som syftar till att lugna personalen kan leda till ilska och

³ Detta gäller sannolikt även läkare (van Mol et al 2015).

⁴ Burnout är erkänt svårt att definiera. Begreppet användes första gången år 1971 och har sedan dess genererat över 15 000 referenser och nästan 18 000 citeringar i PubMed (Hillert et al 2020: 19237); forskare från olika fält tenderar att betona olika aspekter av fenomenet. Studier om burnout är ofta tvärsnittsstudier som bygger på instrumentet Maslach Burnout Inventory (MBI). Christina Maslach, som utvecklat instrumentet, definierar burnout enligt följande: "[it is] characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and reduced capacity (occupational overload) (Hillert et al 2020: 19237). Sedan 2020 ingår burnout i ICD-11 och beskrivs då som "A syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions: 1) feelings of energy depletion or exhaustion; 2) increased mental distance from one's job, or feelings of negativism or cynicism related to one's job; and 3) a sense of ineffectiveness and lack of accomplishment. Burnout refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life" (WHO: ICD-11, QD85 Burnout).

frustration längre fram, vilket riskerar att bidra till känslan av 'moral injury' och därmed leda till psykisk ohälsa. Chefer och teamledare behöver också förstå den viktiga roll de har i att sätta ord på det tuffa arbete som personalen har framför sig, i syfte att bereda personalen på de psykologiska risker som följer av att gång på gång ställas inför etiska dilemman. Chefer och teamledare kan, menar Greenberg et al (2020: 2), *minimera risken för negativa psykologiska effekter* hos personalen genom att sätta ord på det som kan komma vänta dem när krisen slår till. Högre upp i organisationen bör chefer prioritera resursallokering för stödinsatser. Det gäller alltså att inte bara tillföra resurser för att hantera krisen i sig: resurser måste också tillsättas tidigt för att erbjuda stöd åt personalen innan, under och efter krisen.

När krisen väl inträffar behöver nära chefer och teamledare hjälpa personalen att skapa mening i de etiskt svåra beslut som behöver fattas på golvet. Ett sätt är genom att införa etikronder (exempelvis så kallade Schwartz-ronder,⁵ jmf. Pepper et al 2012). Greenberg et al (2020: 2) argumenterar också för att personalen ska briefas om begreppet 'moral injury' och få kunskap om tecken på psykisk ohälsa.

Vad gäller stödinsatser efter krisen hävdar författarna att vårdorganisationer behöver avsätta tid för reflektion:

[S]upervisors should ensure that time is made to reflect on and learn from the extraordinarily difficult experiences to create a meaningful rather than traumatic narrative. The National Institute for Health and Care Excellence recommends 'active monitoring' of staff to ensure that the minority who become unwell are identified and assisted to access evidence-based care (Greenberg et al. 2020:2).

Artikeln slutsatser ligger i linje med den forskning som gjordes om SARS-CoV-1-pandemin i början av 2000-talet, liksom forskning om effekterna på sjukvårdsanställda som arbetade i områden drabbade av ebola-utbrott. Heath et al (2020) sammanställde i en artikel i tidskriften *Anaesthesia* de viktigaste lärdomarna från dessa tidigare

⁵ Schwartz-ronder är uppkallade efter en amerikansk advokat som drabbades av obotlig cancer. I hans namn startades en stiftelse som gjorde det möjligt för sjukhuset han vårdats på att organisera månatliga möten för vårdpersonal i syfte att "vårda relationen mellan patienter och anställda i alla kategorier" (Pepper et al 2012: 94). Ronden går till så att en mötestimme avsätts med regelbundna intervall. Mötet börjar med gemensam fika eller enkel lunch. Därefter ska tre eller fyra personer, varav endast en ska vara läkare, tala i tre-fyra minuter om en särskild patient. Det är ingen formell presentation, man talar från hjärtat. Därefter får resten av deltagarna vara med i diskussionen, som leds av en erfaren sjuksköterska och en erfaren läkare. Mötet tar slut efter exakt en timme. I sin fallrapport beskriver Pepper et al (2012: 95) att Schwartz-ronderna fungerar särskilt väl om en psykolog deltar och verkar som "kvalitetskontrollant". De skriver: "In any meeting of medical people the overwhelming desire is to try to solve the problem and focus entirely on the patient. These Rounds are different. We seek to bring problems of care into the fresh air, a process which requires a great deal of courage on the part of the participants. This process is not sterile but leads to those in a position of power in the hospital to re-think the way we organize ourselves and seek to find better solutions".

pandemier och konstaterade då att insatser behövs innan, under och efter en pandemi för att minska effekterna på vårdpersonalens psykiska hälsa. Preventiva strategier handlar om att bygga såväl individuell som organisatorisk resiliens, och där betonas särskilt insatser för att hjälpa personal att identifiera stressorer och symptom, liksom att öva sig i att känna mening i arbetet och i livet – samt att understryka att såväl goda som dåliga livserfarenheter kan leda till utveckling. Att betona vikten av och säkerställa resurser för återhämtning och så kallad self-care är också centralt. Det kan exempelvis handla om att erbjuda gruppsamtal om stress och återhämtning, eller att skapa strukturer för att samtala om svåra arbetsuppgifter. Även Heath et al hävdar att Schwartz-ronder är en intervention som kan öka individuell och organisatorisk resiliens.

Andra preventiva åtgärder som Heath et al (2020) tar upp handlar om att bygga en god arbetsmiljö. I detta ingår organisatorisk rättvisa, alltså en arbetsplatskultur som premierar rimliga arbetsbördor, kontinuerlig kompetensutveckling, medbestämmande, autonomi och medarbetarkontroll över arbetsprocesser varhelst det är lämpligt. Rättviseaspekten handlar också om att chefer och teamledare understödjer social rättvisa på arbetsplatsen, alltså är lyhörda för sådant som genusrelationer och mångfaldsfrågor. I en artikel om erfarenheterna från SARS uttrycker Maunder et al (2008: 487, 488) det så här:

In SARS, psychological support was far more effective when provided in the context of trusted pre-existing relationships. We advocate building relational reserves prior to the pandemic, by which we refer to supportive, collaborative, interdisciplinary relationships which can provide basis for formal and informal support during a crisis. ... Organizational justice includes the degree to which supervisors take their employees' viewpoints into account, suppress their own biases and deal with subordinates in a fair and truthful manner... Thus, organizational goals that serve the interests of both patients and staff during normal functioning may also build relational reserves which bolster resilience in the face of a pandemic.

En inkluderande och rättvis arbetsplats är en arbetsplats där såväl organisationen som medarbetarna är motståndskraftiga under kriser. Åter andra faktorer som bidrar är goda kommunikationsvägar och -rutiner och en stödjande ledning som aktivt arbetar för att få personalen att känna sig sedd, lyssnad på och uppskattad.

I sin översiktsartikel menar Heath et al att SARS- och ebola-utbrotten visar att

... a pro-active, multifaceted approach should: instill confidence in workers that they will be supported by their organization; provide appropriate preparation and training for the pandemic; and improve adaptive coping strategies such as problem solving, seeking support and reducing avoidance behavior (Heath et al 2020: 1367).

Således var kunskapsläget gott gällande pandemiers potentiella effekter på vårdpersonal och de insatser som bör göras för att mildra dessa effekter. Det fanns också en mängd instrument, modeller och verktyg som hade kunnat mobiliseras när covid-19-pandemin var ett faktum. Heath et al nämner några exempel. Efter SARS-pandemin utvecklades i Kanada en digital träningsmodul som syftade till att stärka sjukvårdspersonals motståndskraft under pandemier:

The course consisted of knowledge-based modules with content such as: what to expect in a pandemic; what is resilience; normal stress response; working outside your comfort zone; moral dilemmas; work life balance; and getting help. Other modules promoted cognitive interactivity and included relaxation skills and interactive reflective exercises. Additional components of the training included self-assessment to characterize facets such as coping, quizzes and individualized feedback (Heath et al 2020: 1367).

Liknande verktyg utvecklades efter ebola-utbrotten. Exempelvis arbetades i USA fram en modell för att övervaka vårdpersonalens hälsa och underlätta tidig stödintervention. Modellen bygger på att personalen får utveckla individuella "resilience plans" redan innan en kris inträffar (i planeringsfasen). Man uppmanas där att identifiera och dokumentera förväntade utmaningar; coping-resurser och sociala nätverk; konkreta coping-strategier som man redan använder i sin vardag; liksom så kallade "resiliency factors" som meningsskapande i arbetet. Därefter får personalen använda en web-baserad app för självskattning av psykiskt mående och identifiering av riskfaktorer (exempelvis genom instrumentet PsySTART-R self-triage system). Data skickas i anonymiserad form till ett team som under krisen koordinerar frågor om psykosocial hälsa, och som löpande utvärderar den kumulativa risken i personalgruppen. Teamet erbjuder dessutom psykologisk första hjälpen-insatser till anställda som ber om stöd.

Andra modeller som utvecklades efter SARS-pandemin och ebola-utbrotten var feedback-sessioner mellan personal och ledning, som syftar till att öka medbestämmandet och därmed engagemanget i arbetet hos hårt arbetande sjukvårdsanställda. Medbestämmande är en viktig aspekt av krishantering; forskning visar att känslor av kontroll över arbetsprocesser och arbetsmiljö ökar motståndskraften hos anställda (Leiter 2008.). Faktorer som mildrade effekten av SARS-pandemins höga arbetsbelastning i USA och Kanada var bland annat insatser som ledde till att ledningen uppfattades som lyssnande och stödjande. Andra aspekter som är viktiga handlar om organisationens sociala kapital. Studier som bland annat gjordes efter väderkatastrofen Katrina i USA har visat att vid sidan om ekonomiska, strukturella och teknologiska resurser kan förmågan i en organisation att mobilisera motståndskraft bygga på de resurser som finns inbäddade i sociala relationer och nätverk (Aldrich & Meyer 2014). Kontakter mellan individer är viktiga här, men också relationernas själva karaktär – om de bygger på hög tillit, exempelvis – liksom sådant som gemensamt språk och

gemensamma mål för verksamheten kan bidra till att den organisatoriska resiliensen aktiveras under kris (Doerfel et al 2010). Efter SARS-krisen i Singapore kunde forskare visa att om chefer aktivt mobiliserar sociala relationer och nätverk i organisationen – exempelvis genom modeller som tagits fram inom ramen för krishantering – så kan också den organisatoriska resiliensen aktiveras och stärkas (Teo et al 2017).

- Box 1 Hospital healthcare worker concerns for pandemic planning based on SARS-CoV-1 experience [50].**
- 1** Work-life balance
 - 2** Medication prophylaxis
 - 3** Need for reliable, consistent and timely information
 - 4** Education and preparation of employees' families and the community
 - 5** Ethical concerns and fairness (such as fair distribution of resources and exposure to risk)
 - 6** Visibility and presence of leadership
 - 7** Valuing the contribution of frontline staff
 - 8** Addressing mistrust or fear of healthcare workers
 - 9** Information about staff redeployment to unusual duties or work areas
 - 10** The need for ongoing resilience training

Fig. 1: Heath et al (2020: 1369), sammanfattning av de viktigaste frågorna (de som skapar mest oro) för vårdpersonal inför en pandemi, baserat på forskning om SARS-pandemins verkningar.

Således: det fanns gott om forskning som hade kunnat vägleda sjukhusledningarna världen över när pandemin stod inför dörren. Ändå visar forskning om effekterna av covid-19-pandemin på vårdanställda att samma problem som identifierades under SARS-pandemin återkom.

2.2 Forskning om covid-19-pandemins effekter på sjukvårdspersonalens hälsa

Trots mängden vetenskapliga artiklar om covid-19-pandemins effekter på sjukvårdspersonalens hälsa är det oklart exakt hur pandemin faktiskt påverkat sköterskor, läkare och andra yrkesgrupper (Hannemann et al 2022). De flesta studier

som publicerats är tvärsnittsstudier, vilket innebär att det är svårt att veta vilka värden som hade genererats under normala förhållanden. Hälso- och sjukvårdspersonal världen över består av redan hårt belastade yrkesgrupper som också innan pandemin rapporterade höga nivåer av arbetsrelaterad ohälsa (Rathert et al 2018; Brand et al 2017). Det är känt att också under prepandemiska förhållanden var intensivvårdsläkare och -sköterskor särskilt utsatta för stress och arbetsmiljöproblem som kan leda till psykisk ohälsa (Eldin et al 2021). Också om detta finns gott om forskning. En australiensisk tvärsnittsstudie publicerad två år innan covid-utbrottet i Wuhan visade att arbetsengagemang kan motverka stress och arbetsrelaterad psykisk ohälsa bland intensivvårdsläkare och -sköterskor (van Mol et al 2018), och beskrev orsaken till höga stressnivåer bland intensivvårdspersonal så här:

Working in an Intensive Care Unit (ICU) is increasingly complex and is also physically, cognitively and emotionally draining. In addition to being confronted by end-of-life issues, ethical decision making, continuous human suffering, disproportionate care, miscommunication, and demanding family members, the ICU work environment has become increasingly technical. All these aspects require that ICU professionals maintain an extended skill-set (e.g., advanced life sustaining medical therapies, extended communication skills, and ethical deliberations). Furthermore, the changing perspective on healthcare (from provider-focused norms to person-centered care) often requires new competencies of ICU staff (e.g., shared decision-making). Increased demands, together with persistent work-related stress, reduce individual job satisfaction, and augment the risk of stress reactions, long-term absenteeism and burnout. This stress could ultimately result in poor individual health and less successful working, leading to professionals leaving their jobs... (van Mol et al 2018: 235).

Studien identifierade alltså arbetsmiljön inom intensivvården som stressande redan innan pandemin, därför att arbetsprocesserna blir allt mer komplexa och krävande samtidigt som resurstilldelningen är otillräcklig. Inom arbetslivsforskningen är det känt att kombinationen av ökande krav, hög känslomässig belastning, otillräcklig resurstilldelning och svagt erkännande från ledning och omgivande samhälle leder anställda att må dåligt och känna missnöje (Naus et al 2007). Alla dessa faktorer – de allmänt dåliga arbetsvillkoren inom sjukvården och de särskilt pressande arbetsprocesserna inom intensivvården – kan förklara att forskare redan innan pandemin identifierade hög prevalens av burnout och posttraumatiskt stressymptom bland intensivvårdssjuksköterskor och -läkare: i en tvärsnittsstudie (Colville et al 2017) av 377 anställda inom två intensivvårdsavdelningar och två barnintensivvårdsavdelningar var prevalensen av burnout 37% och prevalensen av posttraumatisk stressymptom 13%. I en studie som jämförde intensivvårdspersonal med anställda inom den palliativa vården fann man att upp till 70% av

intensivvårdsggruppen låg i riskzonen för burnout; mer än dubbelt mot de anställda inom den palliativa vården (Martins Pereira et al 2016).

Forskningen pekar alltså på att det var en redan hårt belastad yrkeskår som under vintern 2020 ställdes inför en av de svåraste samhällsutmaningarna i modern tid. Mycket tyder på att vårdpersonalen upplevde sig hårt drabbad av den höga arbetsbelastningen och de intensiva arbetsprocesser som pandemin skapade. En metaanalys (da Silva & Neto 2021) indikerar att den ökade arbetsbelastningen och den höga mortaliteten (som också ställer krav på många och svåra samtal med anhöriga) ledde till fysisk och psykisk utmattning hos läkare, sköterskor och fysioterapeuter. Brist på skyddsutrustning, behovet av att sänka kvaliteten på omvårdnaden och införandet av mer rigida omvårdnadsprotokoll, liksom känslor av otillräcklighet inför mängden svårt sjuka patienter med omfattande och långvariga vårdbehov bidrog till att förstärka utmattningen. Studien, som bygger på 31 artiklar publicerade fram till januari 2021, visar att ångest, irritabilitet, insomni och oro var vanligt förekommande bland intensivvårdspersonal under pandemin. Resultatet bör dock tolkas med försiktighet, eftersom få av de inkluderade studierna bygger på standardiserade enkätinstrument.

da Silva & Netos metaanalys ligger dock i linje med flera andra studier som visar att sjukvårdsanställdas mående försämrades under pandemin; en systematisk översikt av 13 studier indikerade en prevalens av ångest och depression på 23,2% respektive 22,8% (Pappa et al 2020). En annan studie undersökte självskattning av burnout hos vårdpersonal som arbetat med covid-patienter, och visade att hälften av respondenterna rapporterade utmattningssymptom (Morgantini et al 2020). En studie av spanska förhållanden (García-Hedera et al 2021) indikerade att intensivvårdspersonal som arbetat med covid-patienter uppmätte höga nivåer av oro; huvudvärk var annars det vanligast förekommande symptomet på ohälsa. En studie av italienska förhållanden (Barello et al 2020) visade att var tredje vårdanställd inom sjukvården uppvisade tecken på utmattning. En enkätundersökning gjord på 75 sjuksköterskor och 35 läkare anställda inom dels en intensivvårdsavdelning, dels en vårdavdelning utan covid-patienter på ett sjukhus i Tyskland (Zerbini et al 2020) visade att intensivvårdspersonalen rapporterade högre nivåer av stress, utmattning och depressivitet, liksom lägre arbetstillfredsställelse, jämfört med de anställda på vårdavdelningen. Den viktigaste faktorn var ökad arbetsbelastning på grund av pandemin.

Om svenska förhållanden finns ett fåtal studier, men dessa är av högre kvalitet än de tvärsnittsstudier som nämns ovan. En studie (Jonssdottir et al 2021) jämför den psykosociala arbetsmiljön på Sahlgrenska sjukhuset före och efter den första vågen av covid-19. HR-avdelningen skickade ut en enkät 2019, och sedan på nytt i september 2020. Svarsfrekvensen för den uppföljande enkäten var 41% och inkluderade 6484

anställda på alla positioner inom sjukhuset, inklusive de som inte arbetar kliniskt. Slutsatsen formulerades enligt följande:

Compared to 2019 survey results, a statistically significant effect of the pandemic on [healthcare workers] was observed for all items except perception of recovery. In most cases, working conditions were reported to be negatively affected by the pandemic, except quantitative demands, where a higher percentage of [healthcare workers] reported reasonable demands post-first-wave as compared to pre-pandemic. [Healthcare workers'] perception that their skills were used appropriately showed a slight but significant improvement in 2020 compared to 2019 (Jonsdottir et al 2020: 6).

Studien visar alltså att även om arbetsmiljön uppfattades som sämre under pandemin än före, så ansåg de anställda också att de fick möjlighet att använda sin högsta kompetens i högre utsträckning under pandemin än innan. Detta är i sig en faktor som bidrar till engagemang i arbetet (Bejerot et al 2015).

Vid Capio S:t Görans sjukhus ad hoc-utvecklade och implementerade en grupp psykologer en modell för att öka resiliensen bland intensivvårdspersonalen (Appelbom et al 2021). Modellen byggde på etablerad kunskap om behovet av psykologiskt stöd i arbetsgrupper i krislägen, men utformades flexibelt för att möta behov efterhand som de uppstod i organisationen under covid-19. De interventioner som utvecklades integrerades också i rutinerna på avdelningen. I satsningen ingick utbildning för personal i stresshantering, exempelvis workshops som innehöll grundläggande träning i beteendeanalys för att öka deltagarnas kunskap om egna och kollegors reaktioner i syfte att stärka såväl kamratstödande beteende som individuell resiliens. Chefer erbjöds support i att utveckla strategier för att öka personalens resiliens. Enskilda anställda som upplevde starka stressreaktioner eller symptom på utmattning erbjöds ett enskilt möte med en psykolog för att få sitt mående bedömt. Dessutom ingick dagliga gruppsessioner ledda av psykologer. De frågor som ofta kom upp under dessa sessioner var enligt författarna:

[F]eelings of insufficiency in relation to patient's and relative's needs; fatigue and worrying regarding own capacity; uncertainties regarding the development of the pandemic and implications for healthcare; problems with work-life balance including feelings of guilt in relation to children and spouse; problems with fatigue and recovering between work shifts; concerns regarding own safety and risks of spreading the virus to own family; issues related to communication and need for social support from colleagues (Appelbom et al 2021: 3).

Resultatet speglar många tvärsnittsstudier om hur personal upplevt pandemin. Studien visar att insatserna uppfattades som meningsfulla av personalen. Författarna drar slutsatsen att covid-19-pandemin ytterligare understryker behovet psykologiska

stödstrukturer för vårdanställda som har störst risk för stress- och utmattningssymptom, alltså de som har mest patientkontakt:

The case study highlights the importance of establishing permanent structural resources and routines for psychological support integrated in clinical practice by healthcare organizations to improve both rapid and sustainable response to future crises (Appelbom et al 2021: 7).

Vid sidan om vetenskapliga studier har effekterna på Sveriges vårdpersonal av covid-19-pandemin undersökts av medlems- och intresseorganisationer, liksom av en statlig utredning. Såväl Vårdförbundet som Kommunal har gett ut rapporter om hur pandemin påverkat medlemmarna. Novus genomförde under våren 2020 924 intervjuer med fackligt anslutna sjuksköterskor (Vårdförbundet 2020). En tredjedel av dessa arbetade inom en avdelning som ansvarade för behandling av covid-19-patienter; en fjärdedel hade behövt ändra arbetsuppgifter eller bytt avdelningen på grund av pandemin. Nästan hälften av de intervjuade sjuksköterskorna uppfattade att patientsäkerheten försämrats under pandemin; för de som arbetade direkt med covid-19-patienter var siffran 60%. En tredjedel oroade sig för att själva bli smittade; två tredjedelar uppgav att de själva eller någon närstående var i riskgrupp. En tredjedel uppfattade att de på grund av pandemin inte kunde ge patienter den omvårdnad man önskade ge, och 25% uppgav att de upplevt någon form av etisk stress kring prioriteringar av sjuka. 82% uppgav samtidigt att arbetsgemenskapen kollegor emellan var god; men bara 36% av de som arbetade med covid-19-patienter ansåg att den fysiska arbetsmiljön var tillfredsställande (jämfört med 52% för gruppen som helhet).

Fackförbundet Kommunal organiserar bland annat undersköterskor, ambulanssjukvårdare, lokalvårdare och vaktmästare. Utifrån intervjuer med förtroendevalda i förbundets sjukvårdssektioner, genomförda våren 2021, drar Kommunal slutsatsen att pandemin haft en ”enorm påverkan” på sjukvården och på medlemmarna:

...även utan krislägesavtal har medarbetare fått göra enorma uppoffringar. De har jobbat extra pass, dubbelpass, övertid, regionen har anlitat tillfällig bemanningspersonal, anställt pensionärer och timvikarier, personalen har fått sin semester indragen och blivit omplacerade i nya verksamheter och på nya orter. Det har varit en extrem situation (Kommunal 2021: 8).

Både Vårdförbundets och Kommunals undersökningar stöder bilden som framträder i forskningen: covid-19-pandemin orsakade försämrade arbetsvillkor och försämrad hälsa hos en stor del av sjukvårdspersonalen. Anställda inom sjukvården som arbetade i frontlinjen under pandemin kände världen över oro och rädsla, och uppvisade ofta

också kliniska symptom på ångest och burnout (Dobson et al 2021; Giusti et al 2020; Morgantini et al 2020); många drabbades dessutom av huvudvärk (Ong et al 2020).

2.3 Var sjukvården förberedd på en pandemi som covid-19?

Ur ett historiskt perspektiv är covid-19-pandemin en extrem händelse, men krisen kom inte plötsligt, utan långsamt och med oklar början. Statsvetare har argumenterat för att covid-19-pandemin ska betraktas som en *smygande kris*, ett begrepp som fångar fenomenet med ”alltför sent vidtagna åtgärder trots god kännedom om händelseutvecklingen” (Ekengren et al 2021: 34). Andra smygande kriser utgörs av den globala uppvärmningen, spridningen av multiresistenta bakterier och långsamt verkande cyberhot; kunskapen om vad som behöver göras är stor, ändå görs lite för att förhindra storskaliga samhällskriser orsakade av dessa fenomen (ibid.).

Ekengren et al (2021) identifierar ett antal fördröjnings- och förträngningsmekanismer som förklarar varför beslutsfattare inte agerar tidigare, trots att kunskapen är god, hoten uppenbara och varningstecknen många. En förklaring är att det är svårt att överföra expertkunskap om smygande kriser till beslutsfattare; de ”misslyckas ofta med att på ett tillräckligt snabbt och övertygande sätt kausalt koppla samman kritiska händelser med större samhällskriser” (ibid: 38). En annan förklaring är att de fakta som presenteras inte i tillräckligt hög utsträckning konkretiserar hotets tidsmässiga och rumsliga dimensioner för att skapa de känslor som behövs för att generera ett effektivt agerande:

Detta gäller i särskilt hög grad i smygande kriser som de ansvariga inte har personliga erfarenheter av sedan tidigare, exempelvis covid-19. I dessa kriser sakas de direkta sinnesintryck som krävs för att beslutsfattare, men även allmänheten, inte bara förstår med hjärnan utan med alla sinnen (hela ’kroppen’) – att vi berörs på ett djupare plan (Ekengren et al 2021: 39).

En abstrakt förståelse av hur hot utvecklas utan konkret gestaltning i tid och rum fungerar inte som utlösande faktor för tidigt handlande, alltså innan utbrott sker, menar Ekengren et al. En mekanism som bidrar till detta är *sekventiellt tänkande* som resulterar i en fördröjning av insatser mot ”yttre” hot. Den mentala kartan hos tjänstemän och beslutsfattare präglas av en strikt gränsdragning mellan nationella och internationella hot mot samhället, eller mellan inre och yttre kriser; de hot som ligger innanför landets gränser sker i ett ”nationellt presens”, medan utvecklingar som sker utanför landets gränser föreställs vara ”framtida” hot som händer ”senare”. Man kan sammanfatta det som att det som sker här händer nu, det som sker där händer sen. Denna föreställning

bidrar till en uppfattning hos tjänstemän och beslutsfattare att internationella hot inte faller under deras ansvar, som istället gäller det som är ”här och nu” (ibid.). ”Nationella myndigheter känner ofta väl till pågående transnationella kriser men agerar först när kriserna når landets gränser”, hävdar Ekengren et al (ibid.).⁶

Detta är en förklaring till varför Sverige agerade saktfärdigt. De inledande åtgärderna var, enligt coronakommissionen (SOU 2021:89, 24), otillräckliga. Pandemiberedskapen var – trots att MSB år 2018 i tydliga ordalag varnat för riskerna med en allvarlig influensapandemi⁷ – undermålig. Smittskyddet ”var och är decentraliserat och fragmenterat på ett sätt som gör det oklart vem som bär ansvaret för helheten när en allvarlig infektionssjukdom drabbar landet”; dessutom finns en ”på flera områden besvärande brist på data som det svårare att övervaka pandemin medan den pågår” (ibid.).

Ändå fanns mycket kunskap. Utöver den forskning som presenteras i kapitlets första stycke, fanns också all den expertkunskap som togs fram efter SARS-utbrottet 2002 – 2004, liksom efter 2009 års H1N1-pandemi (svininfluensan). I sin underlagsrapport till coronakommissionens andra delbetänkande lyfter Bengt Gerdin (2021: 11) fram att Folkhälsomyndighetens kunskapsunderlag från 2019 beskriver en pandemi som ett komplext och långdraget händelseförlopp med successiva vågor där belastningen inom sjukvården kan bli mycket hög och där flera samhällssektorer påverkas samtidigt; ”därför är det viktigt att ha en god beredskap” (FHM citerad i Gerdin 2021: 11).

Beredskapen var trots detta inte god. Varningssignalerna tolkades inte korrekt av ansvariga beslutsfattare och myndigheter. Ekengren et al (2021: 49ff) ger flera exempel på hur såväl politiker som representanter för Folkhälsomyndigheten beskrev den svenska beredskapen som god, det svenska samhället som bärandes på en slags inneboende motståndskraft och den svenska sjukvården som bättre fungerande än exempelvis den italienska. Detta trots att kunskapen också om sjukvårdens brister borde ha varit väl kända.

När det gäller sjukvården fanns ett antal försvårande omständigheter gällande beredskap för en långdragen pandemi. Det råder brist på personal. Det gäller exempelvis specialistsjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor och biomedicinska

⁶ Författarna påpekar att representanter för såväl WHO som EU:s smittskyddsinstitut besökte Italien i början av mars för att fördjupa sin förståelse av virusets verkningar; det de såg tycks ha fått betydelse för hur de kom att tolka allvaret i krisen. Vidare lyfter Ekengren et al fram att det var först när Anders Tegnell såg filmer om lokala, konkreta följder av utbrott i exempelvis Italien som de förstod fullt ut hur allvarlig situationen kunde bli i Sverige (Ekengren et al 2021: 48).

⁷ Också Sveriges nationella säkerhetsstrategi från 2017 varnade för hälsohot, och rankade pandemier som ett av de åtta största hoten mot det svenska samhället (Ekengren 2021: 41).

analytiker. Särskilt specialistutbildade sjuksköterskor behövs i en kris med hög belastning på slutenvården. I allmänhet är vården hårt bantad – ’anorektisk’ – vad gäller resurstilldelning och resursallokering. Antalet vårdplatser har minskat under flera decennier och Sverige har nu lägst antal sjukhusplatser per 1000 invånare i EU. I allmänhet råder åtstramningspolitik där fokus är på slimmade organisationer (Selberg, Sandberg & Mulinari 2021). Dessutom har beredskapslager för sjukvårdsprodukter, läkemedel och skyddsutrustning försvunnit, och många sjukvårdskliniker har länge varit helt beroende av just-in-time-system där logistiken förväntas fungera för att vården ska kunna bedrivas.

Den svenska intensivvården har länge haft en ansträngd situation med såväl personal- som platsbrist, något som illustreras av ”det antalet tillfällen då en IVA inte haft resurser/kapacitet att lösa sin uppgift” (Gerdin 2021: 22); då flyttas patienter mellan olika IVA. Sådana förflyttningar har sakta ökat över tid. I Bengt Gerdins underlagsrapport till den statliga coronakommissionen framkommer också att även om intensivvårdsavdelningarna i Sverige regelbundet tränar på kris- och katastrofscenarier hade få reflekterat över eventuell materialbrist.

Coronakommissionen kommer ändå fram till att hälso- och sjukvården haft ”förmåga att ställa om och hantera coronavirusets utbrott, trots existerande kapacitetsbrister”, och att detta i stor utsträckning får tillskrivas sjukvårdens personal och ledning (SOU 2021:89, 729). Men sjukvårdspersonalens insatser har, liksom blir tydligt när forskningen om effekterna på vårdpersonal sammanställs, fått oerhörda konsekvenser. ”Omställningen har skett till priset av en extremt hårt ansträngd personal och att patienter som behövt annan vård har fått vänta” (ibid.), konstaterar utredarna. De skriver vidare att

Priset har varit högt för de anställda. De har många gånger pressats till insatser långt utöver vad som är rimligt att begära. Bristen på personal före pandemin blev än mer accentuerad i och med att patienters vårdbehov och sjukfrånvaron hos personalen ökade kraftigt. Vården har fått hantera pandemin genom att utnyttja den befintliga personalen till bristningsgränsen. Personalen har arbetat övertid och förskjutit och begränsat sina semestrar. Bristen på skyddsutrustning har – framförallt under första vågen – orsakat stor oro och stress. Pandemin har på ett tydligt sätt visat att personalförsörjningen inom vården saknar marginaler (SOU 2021:89, 731).

2.4 Sammanfattning

Redan innan pandemin slog till fanns forskning tillgänglig om hur en pandemi kan te sig och vilka effekterna kan bli för sjukvårdspersonal. Det fanns dessutom applicerbar

kunskap om lämpliga åtgärder att sätta in för att bereda personalen på de utmaningar som skulle komma, liksom forskningsbaserade tips och råd till sjukhusledning om kända orosmoment för personalen, sätt att hantera personalens oro kring olika frågor, modeller för att stärka den individuella och organisatoriska resiliensen, liksom modeller för att följa upp personalens mående. Forskning och rapporter visar att sjukvårdspersonal ändå drabbades hårt av pandemin. I Sverige kan covid-19-pandemin beskrivas som en smygande kris, och varken beslutsfattare eller tjänstemän satte in åtgärder tillräckligt snabbt eller effektivt, trots att kunskapsläget var gott. Pandemiberedskapen undermålig. Att sjukvården ändå redde ut krisen väl beror på att en redan hårt pressad personal offrade sitt välmående för att ta hand om patienterna.

3 Hanteringen av covid-19-pandemin inom SUS-IVA

Följande analys bygger på 61 djupintervjuer med personal inom intensivvårdsavdelningarna i Malmö och Lund (läkare, undersköterskor och sjuksköterskor), inklusive enhetschefer, områdeschef, verksamhetschef och ett fåtal personer på administrativa positioner. Intervjuerna har bearbetats och analyserats tematiskt. Framställningen följer de teman som intervjuerna genererade.

Analysen av materialet bygger på att de teman som identifierats i intervjuerna relateras till teorier och begrepp från sociologisk/organisationsteoretisk, statsvetenskaplig och psykologisk litteratur om arbete, ledarskap och organisation under kriser och katastrofer. Begrepp och teorier presenteras alltså jämsides resultaten av intervjuerna.

I största möjliga mån är intervjuцитaten avidentifierade, det vill säga, rapporten avslöjar inte exakt vem som sagt vad. Detta är standard för att skydda anställda och säkra deras möjlighet att tala fritt med forskare om sådant som sker på arbetsplatsen, liksom för att minimera risken att resultaten av kvalitativa undersökningar skapar eller förstärker spänningar och konflikter på en arbetsplats. För att ändå lyfta fram skillnader mellan olika positioner och erfarenheter anges yrke och/eller ungefärlig position, och i vissa fall senioritet. I få fall när det gäller allmänt hållna beskrivningar anges mer precist vem (vilken funktion) som står bakom ett citat.

3.1 Innan pandemin kom till SUS – den oroliga inledningsfasen

Alla intervjuade var initialt lugna inför nyheterna om virusutbrottet i Kina. En överläkare uttryckte det som att ”Kina är långt borta och de gör annorlunda saker – blandar konstiga djur med mat och så där”. De allra flesta tog alltså nyhetsrapporterna som började komma i januari 2020 med ro och betraktade covid-19 som långt borta både i rum och tid; det skedde inte här utan där, och för SUS del inte nu utan möjligen

i framtiden. En del trodde att det kunde bli som med SARS, som såg ut att kunna bli en allvarlig pandemi med stora samhällsstörningar men som till slut fick relativt liten påverkan på samhället och sjukvården i Sverige. Det fanns dock, framförallt bland de intervjuade läkarna, de som tidigare än andra uppfattade det nya viruset som ett reellt hot mot verksamheten, och mot dem själva. Detta tycks särskilt ha gällt läkare som följer sociala medier och/eller ingår i internationella forskarnätverk. En läkare uttryckte det så här:

Jag jobbar mycket med att försöka få med kollegorna på sociala medier och använda det i ett utbildningssyfte. Så hela mitt Twitter-flöde är bara ett rent medicinskt Twitter-flöde, med intensivister och "critical care experts" från hela världen. Och det sättet som Twitter fungerar på när man använder det som utbildning är ju att man får väldigt mycket "first hand experiences" och nya rön. Och så utsätts det väldigt mycket för "peer discussion". Och det gjorde ju att jag väldigt tidigt hörde om det här viruset i Kina. Men man var så mycket på den nivån: "Nej, men det är där borta, det kommer ju inte att komma hit." Men sen började alla de italienska intensivvårdsläkarna larma om det på Twitter. Och då var vi ju alla i Sverige fortfarande bara: "Det kommer inte att komma till Europa." Och att man då satt där och läste de här förfärliga "statements" och videodagböckerna och "case reports" från framförallt Norditalien. Så jag försökte ganska tidigt att ropa om det här till kollegorna, och det var några som liksom responderade och började känna sig oroliga. Men majoriteten blundade, tror jag. Eller tänkte att "det kommer inte att hända, varför skulle det hända?"

En annan läkare, som inte jobbar i samma stad som ovan citerade intervjuperson, formulerade det så här:

Redan innan Italien så var läkarna mer "early responders" och väldigt, väldigt liksom medicinskt insatta i detta, medan chefsledet tänkte att det blir nog som SARS, det kommer ligga där eller inte ens det. Så jag kände att redan från första början så fanns det en begynnande skillnad i hur vi uppfattade hotbilden.

Redan i upptakten till vad som skulle bli den första vågen utkristalliserades alltså olika bilder av vad covid-19 var för något. Främst bland läkarna beskrivs en tidig frustration över att det man själv såg som ett hot nödvändigt att åtminstone planera för, inte togs på allvar av chefer och kollegor. Detta innebar också att man uppfattade det som nödvändigt att själva börja planera för en eventuell kris, istället för att invänta instruktioner eller åtgärder från klinik- och sjukhusledning. Detta gällde också för läkare som personligen inte oroade sig för att viruset skulle vara särskilt farligt. En läkare som hade ett ansvarsområde som låg nära katastrofansvaret uttryckte det så här:

Det var i samband med att man började rapportera från Kina. Man fick dom här rapporterna – just då kändes det som att det var ju väldigt, väldigt långt ifrån oss. Rapporterna man fick var inte jätteoroväckande. Man får influensa, för dom flesta går det över. Vi tog det inte på allvar förrän vi fick dom italienska fallen. När dom här rapporterna kom från Italien så började jag prata med kollegor, och vi sa att det finns ju risk att det kommer till oss och det kan ju bli illa. Dagen efter att vi pratade om det så kliver jag rakt in i [en annan kollega] och han var [ansvarig för ett närliggande område]. Och jag sa: vi måste börja ta tag i detta. Det var långt innan man började prata om det i ledningen. Bara någon dag efter [det samtalet] skapade vi ett gemensamt dokument där vi började planera för hur vi skulle eskalera. Det var fortfarande ganska splittrat på kliniken mellan dom som tyckte att ”här måste vi ta höjd för detta redan nu”, och andra som tyckte att ”det är inte här än, så vi behöver inte börja dra i detta”. Den tydligaste linjen gick mellan oss och sjukhusledningen. Och klinikledningen, till viss del.

För de intervjuade läkarna var utbrottet i Italien alltså den händelse som skapade ett ”här och nu” och ett behov av att börja planera för ett större utbrott som skulle påverka patientflödena på SUS. Redan från början uppfattade många dock att ledningen inte tänkte likadant. En nyckelhändelse som ytterligare bidrog till att skapa en känsla av akut hot i läkargruppen var ett möte på videolänk med en intensivvårdsläkare från Lombardiet, som en läkare i Lund organiserade. Detta möte var, som en av intervjupersonerna uttryckte det, ”en vattendelare”:

Första gången jag började tänka att detta kommer påverka oss, detta kommer påverka mitt jobb, det var när det exploderade i Italien. Man plockade upp det från media, men framförallt var det mötet på länk med en kollega från Italien. Alla abstrakta siffror är en sak. Men då blev det tydligt. Då tänkte jag – som det såg ut i Italien då – att det kommer komma som en jättevåg och det kommer bli katastrof. Då tänkte jag, okej, närmaste halvåret, då gör jag detta. Inte mer och inte mindre. Ingen fritid – så tänkte jag. Det fanns i princip en samsyn här. Läkarlinjen var liksom, ”okej detta kommer bli tufft, vi måste förbereda oss fullt ut”. Den andra linjen var mer, ”det kostar för mycket, det går inte”.

Mötet med den italienska kollegan arrangerades inom ramen för ett ordinarie läkarmöte i Lund, men också läkarna i Malmö bjöds in. På mötet i Malmö deltog en av enhetscheferna, men i Lund var inga enhetschefer eller representanter för omvårdnadspersonalen närvarande. För flera närvarande var det som den italienska läkaren förmedlade oerhört starkt, och många kände sig drabbade av vad de såg och hörde. En överläkare beskrev det så här:

Efter det så fick man ju mycket större – alltså redan innan det mötet så var det ju då en viss diskrepans mellan hur läkargruppen såg på det här hotet som sådant, som ett mycket större hot än till exempel ledningen och sjukhusgruppen [uppfattade det]. Och då kan man ju säga att tyvärr så såg ju inte klinikledningen den här personen från Bergamo som berättade.

Den italienska intensivvårdsläkarens berättelse förstärkte alltså en redan etablerad känsla av avstånd mellan läkargrupperna och klinik- och sjukhusledningen i synen på covid-19. Från ledningens sida tycks man inte fullt ut ha insett detta, att läkargruppen så tidigt oroade sig för en potentiellt katastrofal utveckling till följd av smittspridning. Inte heller fanns det någon förväntan om, bland de som organiserade mötet med den italienska läkaren, att det skulle få sådana känslomässiga konsekvenser för flera av deltagarna. Det som inträffade efter mötet var nämligen att flera i läkargruppen blev rädda för vad pandemin skulle föra med sig. En del intervjuade beskriver hur de själva grät, eller att andra började gråta, för att de var så frustrerade över att ledningen – såväl klinikledningen som cheferna för omvårdnadspersonalen – inte tycktes förstå vad läkarna nu uppfattade att de förstått: nämligen att hotet var allvarligt och akut.

3.1.1 Stress och press: en analys av läkarnas bristande kohesionskraft

En tolkning av det som hände i tiden runt det så kallade Italienmötet var att flera läkare alltså drabbades av stark stress. Inför nya situationer sätts en tolkningsprocess igång hos individen. Denna tolkningsprocess innefattar, enligt ledarskapsforskaren Gerry Larsson (2021: 127), två grundfrågor: ”är detta hotfullt?” och ”vad kan jag göra?”. En och samma händelse kan uppfattas som olika stressfylld beroende på vilka handlingsalternativ som står till buds:

En individ kan tolka en situation som irrelevant, gynnsam/positiv eller stressfylld. Om den tolkas som stressfylld, kan den vidare tolkas som utmanande, hotfull och/eller övermäktig. Om den uppkomna situationen tolkas som utmanande, hotfull eller övermäktig börjar vi omedelbart att både medvetet och omedvetet försöka bemästra och hantera den. Dessa ansträngningar fyller två funktioner. Med den probleminriktade stresshanteringen försöker vi att påverka själva problemet. Den känslolinriktade stresshanteringen däremot syftar till att ta hand om de känslor som väcks, till exempel rädsla eller vrede. Båda dessa former av bemästring sker parallellt (Larsson 2021: 127).

Ett antal läkare i Malmö och Lund tolkade helt klart situationen som hotfull och/eller övermäktig. Ingen intervjuad läkare säger sig ha varit rädd för att drabbas av viruset för egen del, men beskriver att de såg många andra som var rädda för att smittas och kanske dö, och att de också oroade sig för kollegor som kunde vara i riskgrupp. En

intervjuperson refererar till ett samtal i vilken en sektionschef sagt ”det kan bli så att ett par intensivister stryker med”.

Framförallt tycks oron ha handlat om att stå inför en situation där man som läkare inte kan behandla alla patienter som behöver vård, och där prioriteringarna av vem som då ska få vård skapar stor etisk stress, eller helt enkelt känns omöjliga att göra. Sannolikt bidrog här en känsla av långvarig oro och stress över att arbeta i en organisation som man uppfattar är kroniskt underdimensionerad vad gäller vårdplatser och personal. Inom forskning om så kallade gatunivåbyråkrater – de välfärdsarbetare som befinner sig ”på golvet” och arbetar med att direkt ta hand om befolkningen på olika sätt – är det känt att arbetet karakteriseras av resursbrist, i betydelsen att efterfrågan är större än vad som är möjligt att möta (Lipsky 2010). Resursbristen har dessutom blivit mer påtaglig därför att den omfattar viktiga personalgrupper. Det råder i stort sett konsensus bland personal och chefer om att resurserna är snålt tilltagna och dessutom felallokerade.⁸ Detta innebär att sjukvårdspersonal kommer att söka organisera arbetet så att de kan hitta lösningar på de resursbegränsningar de så ofta måste förhålla sig till; de kommer också att i sin vardag att försöka skapa marginaler för de plötsliga arbetsintensifieringar som de vet kommer med jämna mellanrum (Lipsky 2010). Uppfattas det redan i vardagen som svårt att få till sådana marginaler skapas en känsla av utsatthet. En förestående kris med oklart förlopp skapade alltså för många läkare stark stress, men en del av denna stress var sannolikt ett uttryck för en sedan tidigare etablerad känsla av vanmakt inför att bära ansvar för patienter i en organisation man uppfattar redan har för små marginaler. Flera av de intervjuade läkarna gav också uttryck för att de var oroliga för att hamna i en situation där de skulle vara ansvariga för en vård som helt enkelt inte fanns att ge. Just intensivistens särskilda ansvar var det flera läkare som lyfte fram här; ”det är vårt ansvar som intensivister – att vi är den yttersta linjen, så att säga”, som en läkare uttryckte det. På fråga om varför inte sjuksköterskorna kände sig lika stressade svarade en läkare på ett sätt som illustrerar den här bilden av läkarna som ytterst ansvariga:

Egentligen tror jag det utgår från det faktum att vi har ansvar för alla patienter. Är det helt fullt på IVA här är det doktorsn problem. För sjuksköterskorna är det – de jobbar en patient i taget. Jag har varit med om det förr, att vi måste välja den näst bästa lösningen, det är inte det jag hade velat göra, men jag måste.

En del personer i läkargruppen i såväl Malmö som Lund tycks ha valt en både probleminriktad och känslolinriktad stresshantering som yttrade sig i att man tog egna

⁸ Vårdplatsbristen är ett stort problem, liksom bristen på specialistutbildade sjuksköterskor och erfarna undersköterskor. Särskilt Malmö har få intensivvårdplatser i relation till upptagningsområdets befolkningsstorlek och karaktär.

initiativ, även sådana som låg inom områden som man inte hade någon erfarenhet av eller kompetens i. Exempelvis började en del läkare förbereda ombyggnationer av lokaler, ”gick och kollade gasledningarna och såna grejer” som en chef uttryckte det. Det gjordes också beställningar av material och läkemedel till höga kostnader av personer som inte hade någon vana av att göra sådana beställningar. Detta innebar att materiel istället blev restnoterat, vilket eventuellt försenade leveranserna ytterligare. En chef beskrev det så här:

De vidtog en del desperata åtgärder, det får man nog säga. Som inte skadade någon eller så, kostade skattebetalarna mycket pengar, har väl orsakat längre cancerköer också får man nog säga. ... Det var känslor och desperation. Dom ville att [ledningen] [skulle fara] iväg i samma känsloutbrott och styra allt med kraft ditåt.

Utifrån intervjuerna är det tydligt att läkare som tog den här sortens initiativ gjorde det för att de uppfattade ledningen som frånvarande och alltför passiv; de kände sig tvungna att agera på egen hand. En annan förklaring till att en del läkare tog egna initiativ kan vara att de ju också i normala fall har stor makt över det som är sjukhusets kärnuppgift, nämligen att diagnosticera och behandla patienter. Eriksson (2007: 17) beskriver det som att läkare ”i stor utsträckning har ensamrätt på det specifika kapital som utgör grunden för den makt eller den specifika auktoritet” som finns att avgöra ”inriktning ... på produktionen av vård på sjukhus”. På ett sätt utgår alltså sjukhuset som institution från en ”inverterad hierarki”:⁹ läkarna på golvet kan ha ”låg organisatorisk följsamhet” (Eriksson 2007: 17) eftersom det ändå inte är sjukhusdirektörer eller verksamhetschefer som bestämmer över det som är sjukhusets kärnverksamhet. Det är läkare som arbetsleder de centrala arbetsprocesserna, och därför uppfattar de sig som de legitima beslutsfattarna. Samtidigt är de tydligt underställda regionernas och sjukhusens byråkratiska strukturer, som många läkare kommit att betrakta som en ”trasslig väv” som traditionell medicinsk kunskap och kompetens inte kan reda ut (jmf. Schön 1983). Det är sannolikt ur denna spänning mellan organisation och profession som det kända uttrycket ”valla katter” kommer ifrån. Det är svårt att vara chef över läkare – och det gäller oavsett om chefen själv är läkare eller inte (von Knorring 2012).

⁹ En traditionell hierarkisk organisation kan tecknas som en triangel – bred i basen, smal i toppen, och med en beslutsgång uppifrån och ner. Den ”inverterade hierarkin” utgår från att det är i botten de viktiga besluten fattas. Bilden stämmer dock dåligt överens med den forskning som finns om de-professionalisering, byråkratisering och managerialism som präglar offentlig sektor under New Public Management (Hasselbladh et al 2008). Däremot stämmer det ju att läkare arbetsleder processerna som handlar om vården av patienter.

Flera i läkargruppen insåg dock ganska tidigt att de gick i otakt med resten av kliniken; de hamnade i konflikt med enhetscheferna, eller blev i alla fall varse enhetschefernas missnöje:

Vi började beställa saker och då tyckte enhetscheferna att det har vi en organisation för, att beställa saker, och det stämmer. Och det var väl lite så, när vi väl hade kommit så långt, då låg vi väldigt långt fram i tanken, medan dom andra inte riktigt var där i sina tankar. Så vi behövde synka oss. Jag trodde inte det skulle bli så illa som Italien. Men jag kände samtidigt ett behov av att planera för att det skulle bli så illa. Men jag förstod ganska tidigt att vi var i otakt. Vi gick lite för långt. Jag håller med enhetscheferna, det hade varit bättre – hade vi haft lite mer diskret approach, inte börjat räkna hur mycket läkemedel vi hade i förrådet, då hade det blivit bättre och skapat mindre oro i leden.

Inte alla läkare kände samma stress inför covid-19. En del av de intervjuade läkarna beskriver att de blev förvånade av de känsloutbrott de tyckte sig bevittna bland kollegorna; ”dom hamnade i spinn, jag tror inte dom minns själva hur dom betedde sig på mötena, och minns dom tror jag dom förnekar det idag”, som en läkare uttryckte det i en intervju efter andra vågen. Här uppstod alltså slitningar åt tre håll. Dels inåt i läkargrupperna. Dels mellan läkargrupperna och klinik- och sjukhusledningen. Dels mellan läkarna och omvårdnadspersonalen, och särskilt enhetscheferna i både Malmö och Lund.

Ytterligare några aspekter av läkarprofessionen är värda att nämna här. Läkaryrket är välstuderat inom professionsforskningen, och många studier betonar att en viktig aspekt av yrkessocialiseringen är skapandet av en identitet som rationell och analytisk, med en stabil förmåga att utifrån vetenskap och evidens göra bedömningar och därefter handla systematiskt och enligt beprövade metoder (exempelvis Becker et al 1961, Strauss et al 1997, Smith 2016). Läkare tränas i att hålla tillbaka sina känslor i relation till patienter (Farber et al 1997). Detta kan leda till att läkares känslor inte benämns och därmed inte erkänns på arbetsplatsen (”unexamined physician emotion”, Meier et al 2001: 3007). Forskning från covid-19-pandemin visar samtidigt att sjukvårdspersonal drabbades av dödsångest inför hotet från smittan (Enea et al 2021); också i befolkningen generellt ökade rädslan (Menzies & Menzies 2020). En annan dimension av läkaryrket (och andra högststatusprofessioner) är att de ofta utvecklas som ett slags livsprojekt. Den viktiga distinktionen, menar Jakobsen & Karlsson (1999: 94), går för karriäryrken inte mellan arbetstid och fritid, utan mellan rutinarbete och engagerande arbete; ”ju högre upp i hierarkin man kommer desto mer engagerande arbete får man – arbetet blir något att ’ta tag i’, att ansvara för, att utveckla och utvecklas i”. Arbetet präglas alltså mindre av rutin och mer av ansvar och engagemang. Också fritiden kan ställas i arbetets tjänst. Det är då man, exempelvis, läser artiklar i vetenskapliga tidskrifter eller kollar twitter för att hålla sig à jour med fältets utveckling.

Detta skapar också en porösare gräns mellan arbete och icke-arbete, och mellan yrket och jaget. Här syns en spänning: å ena sidan mellan en stark identitet som kyligt bedömande, å andra sidan mellan den porösa uppdelningen mellan yrke och jag. Farhågan om att covid-19 skulle utgöra ett exceptionellt hot kan hos vissa ha kollapsat gränsen mellan person och profession, och därmed skapat svår stress för en del individer.

Under planeringsfasen väcktes alltså starka känslor till liv i läkargrupperna, men dessa benämndes inte; exempelvis hölls inget möte för att gemensamt analysera det som kom fram i den italienska läkarens beskrivning av läget i Lombardiet. Läkargruppen lämnades i hög utsträckning att individuellt eller i mindre grupper hantera sin egen och/eller kollegornas oro. I vissa konstellationer förstärktes sannolikt känslan av oro och rädsla, när kollegor speglade sig i varandra och ventilerade sina farhågor i informella sammanhang – här uppstod troligen in-group/out-group-processer där ”de andra” uppfattades som allt mer verklighetsfrånvända och saktfärdiga, för att de inte tolkade hotet på samma sätt som den egna gruppen. För andra uppstod känslor av osäkerhet och ensamhet när kollegor som man tidigare känt sig samspelt med exempelvis började uttrycka stark rädsla över sådant man själv inte kände sig orolig för. En konflikt som låg under ytan här handlar om de effekter på övrig vård som en snar omställning inom akutsjukvården kunde föra med sig, alltså ”målkonflikten mellan att klara de akuta inflödena och det elektiva” som en sektionschef uttryckte det. Att exempelvis börja planera för kohortvård och ställa om personalresurser för tidigt skulle medföra en risk att canceroperationer blev uppskjutna, kanske i onödan. En intervjuad läkare uttryckte att detta var ”den stora etiska stressen för mig, alla dessa cancerpatienter” – men sådana diskussioner, om vad prioriteringar åt olika håll kunde få för konsekvenser – tycks inte ha förts på något strukturerat sätt. Enskilt eller i mindre grupper samlade sig alltså läkarna kring olika hotscenarion, och hittade olika strategier för att hantera stressen och/eller känslan av främlingskap som den annalkande krisen framkallade.

Alla dessa aspekter: en redan etablerad erfarenhet och frustration av att behöva leverera i en underdimensionerad organisation med små marginaler; en mycket stark känsla av vittgående ansvar och uppfattningen om att utgöra ”vårdens yttersta linje”; en stark auktoritet i organisationen som tenderar skapa låg organisatorisk följsamhet; en ovana vid att benämna känslor och känslomässiga reaktioner på arbetsplatsen; en på arbetsplatsen icke erkänd mångfald av bakomliggande individuella erfarenheter och strategier för att hantera stress; samt en porös gräns mellan arbetet och jaget – kan sammantaget ha bidragit till att läkargruppen ”sprang åt olika håll” och i några fall ”sprang för snabbt” – helt enkelt *saknade organisatorisk kohesionskraft* (sammanhållning).

Ytterligare en aspekt som bör nämnas här, är de informella hierarkier i läkargruppen som särskilt kvinnliga läkare påtalade i intervjuer och uppföljningsträffar. Mycket tyder på att dessa hierarkier aktiverades eller i alla fall synliggjordes på ett nytt sätt under pandemin. Flera intervjuade kvinnliga läkare, och någon enstaka manlig läkare, talade om bristen på transparens när det gällde vilka personer som ansågs lämpliga för ansvarsuppgifter under pandemin, och spekulerade kring att vissa egenskaper tycks ha fått ökad betydelse. En uppfattning som kommunicerades i intervjuerna var att det var ”en viss sorts manlig läkare” som ”klev fram” eller snarare ”uppmuntrades att kliva fram”, som en intervjuad läkare uttryckte det, under krisen. Ett flertal intervjuade nämnde att exempelvis erfarenhet från militär tjänstgöring tillskrevs stor betydelse; ”har du varit militär, ja då är du ’the shit’ helt enkelt”, sa en kvinnlig läkare.

Även denna aspekt, att vissa egenskaper som associeras med auktoritet och styrka tillskrivs större betydelse under kriser, kan ha minskat sammanhållningen något i läkargruppen. Forskning visar att i akuta krissituationer efterfrågas ledarskap (Enander 2020), och att detta ofta förstås i termer av en militär logik där raket, tydlighet, hierarkiska strukturer och även uniformer premieras. Samtidigt kan den sakkunskap som andra yrkesgrupper besitter, eller andra erfarenheter än militärtjänstgöring genererar, marginaliseras i organisationer under kriser, därför att de inte tolkas som värdefulla (Hobbins, Danielsson & Sjöström 2020, Björngren Cuadra 2015). Krisen aktiverade alltså genuspräglade informella hierarkier, också vad gäller bedömning av efterfrågade erfarenheter och kompetenser, som sannolikt ledde till ytterligare icke erkända spänningar i läkargruppen.

3.1.2 Var befann sig klinikledningen?

Under den här perioden var klinikledningen upptagen av att hantera den annalkande krisen genom att orientera sig i de strukturer som redan fanns eller som uppstod (mer eller mindre *ad hoc*) på förvaltningsnivå. Verksamhetschefen beskriver det som att han dels befann sig i en situation där han var satt att hantera redan utvecklade kriser, som chefsbyten och personalbrist på centraloperation i Lund, dels fick driva klinikens intressen i en kris- och katastroforganisation som visade sig ha oklara rutiner för den sortens situation som covid-19 skulle komma att utgöra:

Jag fick se till så att jag hamnade i krisledningen [på SUS]. IPV:s chef var inte med där. Och det togs alldeles för många beslut utanför linjen. Man hade från biträdande förvaltningschefen tillsatt en direktkoppling till en katastrofansvarig inom IPV som låg utanför linjen. Man plockade ut folk som fick uppdrag att utreda: var skulle man vara, om man nu skulle ha fler IVA-platser och så. Det tog ett tag innan jag fattade hur det hade gått till, det var ingen tydlig ordergång. Och därför togs det en del beslut där

utanför linjen som visade sig vara ganska onödiga eller felaktiga, kan man säga. Vi var oerfarna i en sån här stor krissituation. Det var inte en tågolycka eller en flygolycka. Då går man in och så kör man rollerna, som vi har övat på. Det var inte detta, det var annorlunda, man hade mer tid på sig, och då försökte man göra det smartare, men eftersom det inte gick i linjen så blev det väldigt olika vad man ansåg skulle göras.

Det uppstod alltså ett glapp i organisationen åt två håll: uppåt, från klinikledningens perspektiv, där man tvingades försöka reda ut hur ordergången gick och var besluten fattades på central nivå. Här blev fokus att dels avhända sig existerande krissituationer, dels orientera sig i förvaltningen och de många beslut som fattades där – utanför ordinarie beslutslinjer. Nedåt uppstod ett glapp mellan klinikledningen och läkargruppen, där ledningen sannolikt inte uppfattade – eller förmådde bemöta – de känslostormar som satts igång.

Glappet uppåt förstärkte alltså sannolikt glappet nedåt. Hade förvaltningens krisorganisation varit tydligare och gått i den ordinarie beslutslinjen hade IPV: s klinikledning besparats tid som hade kunnat läggas på att möta upp ”golvet” farhågor. Samtidigt underskattades nog de konsekvenser som ett något frånvarande ledarskap skulle få på golvet. Bland de läkare som visade både känslolinriktad och probleminriktad stresshantering fanns mycket kunskap, engagemang och en uppriktig vilja att bemästra det hot som ju verkligen förelåg. Ett mer lyhört ledarskap på alla nivåer hade kunnat möta detta engagemang och tidigare styrt det i konstruktiva riktningar. En högre chefsnärvaro bland läkarna i Malmö och Lund hade exempelvis kunnat innebära att ledningen identifierat stressreaktioner och brist på sammanhållning. Ledningsgrupperna hade sannolikt med relativt små medel kunnat öka sammanhållningen i grupperna genom strukturerade möten och samtal, liksom med väl definierade uppdrag åt de som ville agera. Begreppet organisatorisk kohesionskraft ringar in just kraften i sammanhållning; det handlar inte om att få alla att tycka samma sak, utan om att skapa utrymme för att benämna de olika perspektiv och analyser som uppkom och som var för sig och tillsammans hade kunnat inte bara effektivisera pandemiresponsen utan också stärka arbetsgruppen och öka resiliensen hos medarbetarna. Intervjuer med läkarna visar att den inledande oron i arbetsgruppen, känslan av att inte ha blivit lyssnad på och i någon mån ha blivit övergiven i en situation präglad av stor osäkerhet, har lett till att flera har tappat förtroendet för sjukhus- och klinikledningens förmåga att hantera kriser och hämta in relevant kunskap. Vidare tyder intervjuerna på att de väldigt olika reaktionerna i läkargrupperna ledde till känslor av ensamhet och ökad distans mellan kollegor. Också detta hade troligen kunnat

undvikas eller i vart fall minskats om chefer på alla nivåer tidigt tog tag i och benämnde dessa olika reaktioner.¹⁰

Runt klinikledningen finns ledningsstöd. Endast fyra intervjuer har gjorts med personer som arbetar i den positionen, att stödja chefer och ledningsgrupper. Av dessa intervjuer framgår att ledningsstödet betraktade krisen något utifrån; de intervjuade personerna konsulterades inte om hur de själva skulle kunna bidra i den extraordinära situation som höll på att uppstå. De hade idéer och förslag men presenterade dem inte. I något fall beskrivs att det faktum att ledningsstödet utgör en egen enhet hindrade en mer aktiv och flexibel hållning under pandemin. En intervjuad beskrev det så här:

Alla sitter vi på en massa kunskaper och erfarenheter som kan komma verksamheten till gagn, men då måste man också befinna sig på rätt ställe. Man vill ju tillhöra den verksamhet man jobbar i. ... Ett exempel är att vi skulle jobba hemifrån [under pandemin]. Men saker händer här, det händer tio saker på en timme därför att besluten tas om. Då kan inte jag sitta hemma. Att vara administrativ i vården innebär att vara nära din verksamhet. Jag vill bidra, vi gör ju detta ihop. Det är väsentligt för mig – att om dom jag server går hit varje dag och gör en insats, självklart ska jag stå med dom. Vi ska vara en enad grupp. ... Vi [administratörer] behöver vara på golvet, det är där vi kan göra nytta, inte vara en egen grupp som löser varje problem för sig separat från verksamheten. Men så var det under pandemin, som att det inte rörde oss.¹¹

De intervjuade i ledningsstödsfunktion beskriver alltså att de resurser som faktiskt finns inom klinikens administration och stödfunktioner ibland utnyttjades dåligt, delvis för att man befann sig för långt från verksamheten. Bristen på information från ledning ut till personalen på golvet insåg man tidigt från ledningens sida var ett problem, men det tog ett tag innan man kunde mobilisera resurser för att lösa detta – genom att använda kommunikatörer som kunde hjälpa till att skriva ett nyhetsbrev. Detta är ett exempel på att resurser som fanns tillgängliga inte mobiliserades från början, sannolikt för att klinikledningen var upptagen med att orientera sig i situationen och de olika grupper

¹⁰ I något fall diskuterades ”vissa läkares” reaktioner under en utbildningsdag. Då diskuterade man i termer av ”elefanten i rummet”. Man använde sig alltså av ett bildspråk som just fångar det som alla ser men som ingen vill tala om. Men så som detta möte har beskrivits i intervjuer tycks det snarare som att liknelsen blev ett sätt att faktiskt undvika att tala om det som hände – elefanten i rummet förblev en elefant. Sannolikt var det fel forum för att diskutera de olika reaktionerna. Detta hade bättre gjorts i mindre grupper och med genomtänkta begrepp.

¹¹ Den intervjuade berättar också att trots att administratörerna befann sig något ”vid sidan av” verksamheten under pandemin, så fanns det också de som fick påtagligt mer att göra. Nya jourlinjer och förstärkningspersonal innebar merarbete i de administrativa systemen, särskilt i löne- och arbetstidssystemen. Här framträder en bild av att administrationen var sårbar under krisen, eftersom nyckeluppgifter endast kunde utföras av enstaka personer. En av de intervjuade delade med sig av känslan av att bära allt för mycket ansvar – en känsla som orsakade stark stress och sömnbesvär under lång tid.

och linjer som uppstod – men också för att stödfunktionerna inte tillräckligt integrerats i verksamheten. En person som ingår i klinikens verksamhetsledningsgrupp fångade detta genom att beskriva det som att det på förvaltningsnivå är ”våldigt många kockar i soppan” – samtidigt som vissa grundläggande resurser saknas:

Det är förfärligt många grupper som gör olika saker. Verksamhetschefen sitter i några grupper och jag sitter i andra. Det är otydligt i vanliga fall! Jag vet inte vad alla gör, faktiskt. Men en del av mitt jobb är att rådda i det där, ha överblicken och stoppa en del grejer [som kommer uppifrån]. Det är mitt jobb att sila en del, sila neråt. ... Men vi hade behövt mer stöd åt enhetscheferna, mer administrativt stöd, men också mer service, fått in servicemedarbetarna tidigare. Vi hade behövt tänka mer på informationen och kommunikationen kanske snarare.

En förklaring till det glapp som alltså uppstod uppåt och neråt i organisationen från klinikledningens position kan således vara något bristande resurs- och kompetensnyttjande inom SUS, liksom viss ”stuprörproblematisering”, alltså att olika funktioner ligger i olika linjer. Personer var helt enkelt inte på rätt plats vid rätt tillfälle, och i den krishantering som uppstod på förvaltningsnivå feltolkades vilka stödåtgärder som behövdes i organisationens olika delar, särskilt neråt mot klinikerna. Detta bristfälliga resurs- och kompetensutnyttjande kan också ha funnits åtminstone i vissa delar inom IPV. En person som arbetar som ledningsstöd uttryckte det som att ”kompetensen som finns i organisationen sågs inte och användes inte” – något som denna person uppfattade gäller också under ”normala omständigheter”, men blev särskilt tydligt under pandemins första våg:

Vi satt här och liksom såg allt detta hända, och en del av oss har lång erfarenhet och vi kan många saker, men vi tillfrågades inte. Någon här tror jag gick ner till slut och började tömma papperskorgar [inne på covid-iva] bara för att bidra med något i alla fall.

Inom företagsekonomi och *human resource management*-litteraturen talar forskare om en organisations ”dynamiska förmåga” som just dess förmåga att koordinera och omorganisera existerande kompetenser effektivt. Frågan om effektivt kompetensnyttjande betraktas allmänt som avgörande för hur organisationer utvecklas. Effektivt kompetensnyttjande har exempelvis beskrivits i termer av ”kompetensloopar” som bygger på att organisationer nyttjar, ackumulerar, integrerar och transformerar kompetens (Medina & Medina 2015). Kompetensloopen innebär att organisationen *använder existerande kompetens* i exempelvis projekt eller andra initiativ som låter anställda *ackumulera* ny kunskap; när medarbetare lär sig nya saker kan ny och befintlig kunskap *integreras* så att delvis nya kompetensprofiler uppstår; därmed *transformeras* också organisationens kunskapsbas. Om det uppstod ett glapp uppåt och ett glapp neråt inom IPV i pandemihanteringsens upptaktsfas, så kan man också säga att det uppstod

vissa glapp horisontellt på klinikledningsnivå – chefsstödet förmågor och möjliga kompetensloopar inventerades inte i relation till den nya situation som uppstod. Det vill säga, ledningsgruppen tycks inte tillräckligt tydligt ha ställt sig frågan: vilka kompetenser besitter organisationen redan – och vilka kompetenser kan vi ackumulera genom att hämta in fler stödfunktioner och/eller låta medarbetare ta sig an delvis nya arbetsuppgifter? En starkt bidragande orsak till detta är sannolikt den funktionsuppdelade linjeorganisationen ("stuprörsorganisationen") som hindrar så kallat tvärsektorielt samarbete (Persson & Westrup 2014). Detta fick konsekvenser inte minst för enhetscheferna.

3.1.3 Enhetschefernas uppfattning av den inledande fasen: kaos och omöjliga krav

Folk började bete sig, de började springa åt olika håll. Katastrofscenari. Läkarna sprang på olika håll och gjorde tusen saker som vi inte visste om. För vi skulle försöka hålla ihop den här säcken, men det spretade åt alla håll och kanter tills vi – pang! – fick det. Vi kände att vi inte hade kontroll.

Enhetscheferna betraktade läkargruppernas reaktioner med viss förvåning, också med viss irritation. I intervjuerna används ord som "panik", "hysteriskt" och "kaosartat" om några av läkarnas initiala reaktioner. Här beskrivs också informationsasymmetrin som ett påtagligt problem. Det var först i efterhand som enhetscheferna i Lund förstod att läkarna haft ett möte med en italiensk intensivist, och att detta haft en påverkan på läkarnas tolkning av smittspridningen och dess konsekvenser. Enhetscheferna uppfattade sig som lugnare, och betonar i intervjuerna vikten av att avvakta större förändringar till dess det är patienter på ingång, liksom att luta sig mot den kunskap och de rutiner som redan finns i organisationen. Flera av de sex intervjuade enhetscheferna lyfte fram hur viktigt det var att försöka handla "som man alltid gör", både när det gäller beslutsfattande och verkställande, men också när det gäller sådant som skyddsutrustning:

Det ligger inte för mig att oroa mig för sånt [som att bli smittad], utan jag tänker att det finns en logik också i det; "hur skulle det kunna vara annorlunda?", alltså vad är det som säger att det helt plötsligt skulle smitta på [ett annat sätt]? Det är ju ändå ett virus. Det var mycket det vi försökte hålla fast vid; "vad finns det för grundkunskap om detta? Och det måste vi förhålla oss till". Och sen var det ju så att Folkhälsomyndigheten var ju också bekymrad i början, och därför gick man ju ut med att man skulle ha långärmat. Det var ju vi rätt snabba med att plocka bort, därför att i vanliga fall på en vanlig influensapatient så har man inte långärmat om inte du ska göra nånting [särskilt].

Citatet ovan illustrerar enhetschefernas impuls att luta sig mot rutiner och praxis. Detta ligger i linje med äldre forskning om vårdens professioner där skillnader mellan läkare och sköterskor har beskrivits som att läkarna ansvarar för den medicinska vetenskapen och diagnostiken, och sköterskorna för omvårdnaden – men också för ordning, struktur och gränshållande inåt i organisationen (Menziés Lyth 1960). Den bilden illustreras väl av enhetschefernas berättelser. Läkarnas reaktioner innebar att enhetscheferna fick balansera å ena sidan den egna personalgruppens oro, å andra sidan läkargruppens propåer, och försöka upprätthålla ordning, struktur och vakta överenskomna gränser mellan ansvarsområden. I intervjuerna framgår också att enhetscheferna fann sig i något av en dragkamp mellan verksamhetsledningen och läkargruppen, som de uppfattade drog åt olika håll:

Dels hade läkarna en egen [meddelande-]tråd som de höll på med, de höll ju på med detta dygnet runt kändes det som. Och så skulle dom ha sängar hit från Ikea, och man skulle bo här, och vi skulle beställa mat till folk som skulle jobba. Och det var ju så långt från var vi befann oss – vi hade inga patienter. Det fanns en grupp som jobbade med detta och där var vi inte med. Vi utgick från de möten vi hade med IPV:s ledning, och där var tempot ett helt annat.

Tempot i klinikledningen uppfattades alltså som långsammare än i läkargruppen, och matchade nog bättre den inställning som enhetscheferna hade: att det gällde att ta en sak i sänder, och inte utgå från värsta tänkbara scenario. Samtidigt ger intervjuerna med enhetscheferna uttryck för en viss frustration inför bristen på information och beslutsriktning från sjukhusledningen och klinikledningen – men också från myndigheter vad gällde riktlinjer för smittskydd. De frågor enhetscheferna fick från omvårdnadspersonalen handlade inte så mycket om mängden patienter som kunde komma, utan om hur personal bäst skulle skyddas sig från smitta. Dragkampen mellan olika tolkningar skapade osäkerhet kring detta:

Folkhälsomyndigheten var nog också osäker i början. Det fanns alla de här olika modellerna, att man skulle ha långärmat hela tiden eller förkläde och sen ett annat förkläde ovanpå det. Och sen kom infektionsläkaren och hade hört nåt annat, och vårdhygien kände sig pressade av infektionens läkare – och det värsta är när folk börjar prata, och det kommer så många olika bud. Smittskyddet var väl rätt pressad, även vårdhygien, det är väl en infektionsläkare förresten... ja, de blev alla pressade så de började säga en sak och sen fick man liksom dra om allt igen.

Här beskriver den intervjuade enhetschefen problemet med SUS krisledning – att det var ”många kockar i soppan”, som ju en annan chef uttryckte det. De olika buden hamnade på enhetschefernas bord att sortera och prioritera. Här gällde det svåra frågor om hur personalen bäst skulle skyddas från ett nytt virus om vilket inte ens

myndighetsexperter hade mycket kunskap. Enhetscheferna beskriver det som att de fick lita till sin erfarenhet, och lita på de experter de hade omedelbar tillgång till. Till detta kom bristen på skyddsutrustning, som inledningsvis också var ett problem för enhetscheferna. En av dem beskriver starten av första vågen, då man började ta emot de första patienterna, så här:

När vi väl började få patienter så var skyddsutrustning det stora, stora bekymret. Det var en del jätteångestladdad personal. Det kändes att det var en extrem stress. [Det största problemet] var att tackla folks ångest, att [våga] gå in [på covid-iva]. De tejpede ärmarna, man gjorde lite olika. Det handlade mycket om att få folk att göra likadant – att det inte skulle vara olika mellan Malmö och Lund, och på sjukhuset. För oss handlade det om att lyfta frågan ”hur gör vi? Gör vi likadant?” annars sänder det olika budskap till personalen. Men det var jätteturbulent, och ingen ville hjälpa till med detta. Alla höll på sitt och hade sina uppdrag. Det var mycket diskussioner med vårdhygien, vårdhygienläkaren var här och tittade på lokalerna, tusen saker skulle på plats. Men [vi kände oss trygga med de råd vi gav till personalen]. Jag tänkte att vi tar reda på av expertisen vad som gäller. Och på något sätt måste man bestämma sig att ”det är detta som gäller”, och lita på det.

Enhetscheferna i Malmö tycks ha haft något lättare att snabbt komma till beslut och ordning i frågor om vårdhygien och material, därför att där fanns tydligt definierade ansvarspositioner som snabbt kom in i rollen av att arbeta självständigt med utarbetandet av rutiner och riktlinjer. Det avlastade enhetscheferna. I Lund tycks mer ansvar ha lagts på enhetscheferna i dessa frågor. I intervjuerna ger ändå samtliga enhetschefer, både i Malmö och Lund, bilden av en organisation i förvirring under den inledande fasen av pandemin, där första linjens chefer lämnades att fatta en mängd beslut och samtidigt i stort sett ensamma fick möta och bemöta både den egna personalens och läkargruppens oro. Detta parallellt med att enhetscheferna arbetade hårt och många timmar med praktiska saker, som att per telefon söka rätt på relevant skyddsutrustning eller organisera scheman åt inkommande förstärkningspersonal (som i intervjuerna ofta kallas gästarbetare). Dessutom illustrerar intervjuerna att de frågor som enhetscheferna ansåg var akuta inte hanterades så snabbt som de hade önskat, vilket ledde till frustration. Ett exempel på detta är just frågan om skyddsutrustning, och specifikt munskydd. Här är ett citat från en enhetschef i Lund:

RS: Vilka var de största praktiska problemen?

EC: Maskerna, maskproblem som vi lyfte och lyfte. Det känns som att vi har jobbat i en väldigt tungrodd organisation. Vi lyfter och lyfter men det händer ingenting. Det fortgår och vi lyfter igen. Det är om och om igen. Vi lyfte det till materialansvarig. Vi lyfte det i stora Teams-möten med verksamhetschefen. Att det här funkar inte, vi måste ha just den här typen av masker. Folk kan inte jobba. Antingen har vi ingen personal eller så måste vi ha rätt skyddsutrustning. Vi lyfte det och verksamhetschefen sa "ja, jag lyfter det till krisledningen, det här ska bli ordning" – okej, men så hände det ingenting. Vi fortsatte så, vecka ut och vecka in. Samma problem vecka ut och vecka in. [Jag tror det beror på att] det är lätt att sitta på kontor, sitta hemma och jobba och tänka "jaja, det ordnar sig" – men för oss är det ju nu det måste ordna sig, inte sen.

Enhetscheferna hamnade i ett dilemma: å ena sidan fanns det ett stort behov att vara synliga för personalen på golvet, för att lugna stämningen, ge information och kommunicera kring praktiska frågor och alla de nya rutiner som behövde sättas under uppbyggnaden av de nya covid-avdelningarna. Å andra sidan satt de fast i möten, telefonsamtal och administration av bemanning och scheman. Detta innebar att enhetscheferna fick en extrem arbetsbelastning. Medan man i Malmö relativt snabbt kunde minska arbetstiden därför att schemalaggningspersonalen sköttes av sändande enheters chefer, så kvarstod arbetsbelastningen för enhetscheferna i Lund under lång tid.¹² De arbetade ofta mer än tolv timmar om dagen och hade dessutom sin beredskap under helgerna. I intervjuerna beskriver de att de hade svårt att slappna av när de kom hem från jobbet, och att de kände att de jobbade dygnet runt. Samma sak var det för andra chefer, men enhetscheferna verkar på golvet och bland personalen och fick därmed också direkt möta och försöka hantera all den oro som fanns bland de anställda; det är känt att en sådan position är särskilt ansträngande (Kelly et al 2019).

Enhetscheferna hade ändå gott stöd av varandra. De är tre chefer i Malmö och tre i Lund, och alla beskriver i intervjuerna att de fann att även i krissituationer kompletterar de varandra bra och förmår stötta och hjälpa varandra. Goda relationer och förmåga att hitta styrka i varandra är viktig aspekt av organisatorisk och individuell resiliens (Kim 2021). Den välfungerande sammansättningen inom dessa chefsgrupper utgjorde sannolikt en central framgångsfaktor för IPV när krisen väl kom.

¹² Skillnaden har delvis att göra med att IVA i Malmö fick förstärkningspersonal från huvudsakligen de olika operationsgolven och personal som redan är anställda av IPV. I Lund kom förstärkningspersonalen från många olika kliniker, vilket försvårade kommunikationen mellan enhetscheferna på IVA och de sändande enheternas chefer. Det tycks också som att man i Malmö hade en tydligare ansvarsfördelning där exempelvis materialfrågor och hygienfrågor sköttes av erfarna kollegor som arbetade på självständigt med att beställa skyddsutrustning.

I intervjuerna är tilliten ett framträdande tema för enhetscheferna. De åsåg och fick delvis hantera läkargruppernas starka reaktioner, men tycks samtidigt ha funnit ett lugn i att omvårdnadspersonalen syntes ha större tillit till varandra och till sina chefer; även om det fanns personer som var mycket oroliga för att bli smittade, liksom för att skyddsutrustningen inte skulle vara räcka, så beskriver enhetscheferna personalgrupper som litade på de besked som gavs och som snabbt fokuserade på att lösa praktiska problem:

Så fick vi också ta striden med läkargruppen hela, hela tiden. [Vi sa:] ”Nej, vi kör basala rutiner, nej, nu har vi det så här,” och en jättestor vinst var ju när vi fick igenom det här med gula zonerna. Det hade ju inget annat sjukhus ens tänkt på, utan det var ju sluss på sluss för att komma in. Men även där var [läkarna] också helt irrationella, det var vilka munskydd [som fungerade], och de skulle det och de skulle detta, och de vägrade jobba och...ja. Men jag kan garantera att – alltså, ingen sjuksköterska lyfte de diskussionerna! Inte en enda! Jag hade inte ens en enda diskussion! Läkarna sa, ”jag går inte till jobbet om jag inte får rätt skyddsutrustning!” Och här litar, liksom [omvårdnadspersonalen] – vi säger att detta är rätt skyddsutrustning. Ja, då är det väl... man litar på vad som är sagt.

Den ömsesidiga tilliten mellan personalen och enhetscheferna bidrog sannolikt till att de trots allt kunde fungera väl och upprätthålla ett kompetent ledarskap genom hela första, andra och tredje vågen.

För framförallt enhetscheferna i Lund blev dock det till synes olösliga problemet med att få administrativ avlastning under upptaktsfasen något som skadade deras tillit till klinikledningen. Att rent konkret få hjälp med avlastning kring scheman beskrivs av en av enhetscheferna i Lund som omöjligt,¹³ samtidigt som arbetsuppgiften var övermäktig – i praktiken utförde tre personer fyra eller fem personers arbetsuppgifter, räknat i nedlagd arbetstid. Att första linjens chefer har en så stor arbetsbelastning skapar en sårbarhet i organisationen. Insikten om detta, att enhetscheferna i Lund var allt för högt belastade, tycks inte ha sjunkit in i exempelvis ledningsgruppen eller i arbetsgivarfunktionen (HR). Enhetscheferna i Lund uppfattade, utifrån vad som kommer fram i intervjuerna, att deras arbetsinsatser togs för givet; att de fick kämpa för att överhuvudtaget göra sig hörda i klinikledningen; och att allt för lite resurser satsades

¹³ Det finns personer i ledningsstödet som berättat att de erbjudit sig att stödja enhetscheferna, men att enhetscheferna var obenägna att lämna ifrån sig arbetsuppgifter. Det är troligt att enhetscheferna var så pressade att de behövde och bad om hjälp, men inte förmådde reda ut vilka insatser som hade kunnat avlasta dem. I intervjuer beskriver enhetscheferna att det hade blivit ”lika krångligt” att delegera de mest tidskrävande arbetsuppgifterna, som schemaläggning exempelvis. Här hade andra linjens chef behövt träda in och konkret bestämma hur enhetscheferna skulle avlastas. Samtidigt var också områdescheferna högt belastade, och tycks inte ha tagit in hur pressade enhetscheferna var och hur de bäst kunde avlastas. Insikten att chefsledet kommer att bli hårt pressat, och riktlinjer för hur detta bäst hanteras, bör integreras i framtida krisplanering.

för att bereda dem stöd i det stora omställningsarbete som de ledde på golvet i pandemihanteringsens upptakt. De var själva på det klara med vad de hade behövt, men uppfattade inte att de fick frågan om vilka stödåtgärder som krävdes för att de skulle kunna fungera optimalt:

Vi hade behövt fler personer som kunde stappa upp och ta över. Det finns massa människor som jag inte har pratat med som chef. Som man hade behövt prata med, se och lyfta och hjälpa. Chefsrollen tyckte jag försvann. Jag blev en schemaläggare och administratör. Vi känner att i den här stora organisationen så varför fanns det inte folk som kunde stappa in? Ta över schemalaggingen till exempel. Så tycker man då att man måste ha en insyn [för att kunna lägga scheman]. Ja fast i det här läget är det gästarbetare som bara ska in på en schemarad och sedan får man stämma av att det inte blir för många på samma timmar. Hade vi någon som drog i det här med materiel av sig själv, så hade vi inte behövt dra i det hela tiden. Vi har varit tvungna att bevaka alla frågor. Alla frågor har vi varit tvungna att lyfta. Det är ingenting som har serverats i vår organisation. Mitt när personalen har det som svårast så försvinner deras chefer och blir schemaläggare.

RS: Du kände dig otillräcklig?

EC: Ja! Jätteotillräcklig. Det finns folk som uttrycker sitt missnöje med vad man håller på med. Ja, jag har jobbat 13–14 timmar om dagen och försöker lösa olika frågeställningar. Vi har chefer över oss, de är inte här. Kunde de inte ha gjort någonting? Jag jobbade 13 timmar [om dagen] i snitt. Sen hade man beredskap. Det värsta var jul och nyår. Man var livrädd över helgerna att något blivit fel schematekniskt.

Återigen synliggörs här de stora glapp som uppstod i organisationen under pandemihanteringsens upptakt. Här fanns alltså ett starkt men något missriktat och splittrat engagemang i läkargruppen; en redan krishanterande verksamhetschef som fick lägga tid på att förstå och ta kontroll över IPV:s position i SUS krisledning; en ledningsgrupp som splittrades i olika arbetsuppgifter och arbetsgrupper på olika nivåer; chefsstöd och arbetsgivarfunktion som uppfattade att de befann sig på fel plats, att deras kompetens inte togs tillvara, men heller inte tog egna initiativ för att lyfta fram sin kompetens eller sina förslag på åtgärder; och första linjens chefer som fick möta den egna personalens och läkargruppens oro, och dessutom driva omorganiseringen praktiskt med, åtminstone för Lunds del, allt för lite stöd. Sett ur det här perspektivet gick alltså IPV in i pandemin med något felaktigt allokerade ledningsresurser. Bäst hade sannolikt varit, om man tidigt frigjort administrativa resurser från klinikledningsnivå och satt dem att stötta enhetscheferna, så att dessa kunde utgöra ett tydligt och synligt ledarskap för personalen.

3.1.4 Omvårdnadspersonalens tankar om upptaktsfasen

I intervjuer med undersköterskor och sjuksköterskor framstår upptaktsfasen som ganska lugn, om än präglat av brist på information och viss oro för smittan. En undersköterska beskriver det som att även om hon personligen inte oroade sig för att bli sjuk, så var det många som var rädda – och särskilt gällde detta bristen på skyddsutrustning:

Det fanns ju vissa här som var väldigt oroliga och väldigt rädda. Speciellt det här med skyddsutrustning, det förstod vi ju fort att det var ett problem. Det tyckte man var jättejobbigt. Att om det skulle bli så mycket och så hade vi inte grejer. Det är ju så att man får ju aldrig riktig information heller. Det kommer inte ner till oss på något vis, och det vi då tycker att vi ville förmedla uppåt, det är precis som om att det aldrig kom fram heller. Det vi kan göra är ju att säga till våra enhetschefer. Och det gjordes ju, inte personligen av mig precis men det var ju många som var oroliga och tyckte det var för jäkligt. Och man hörde talas om att på andra enheter, där hade de den skyddsutrustningen som vi önskade och som var svår att få tag i. Och sedan så var det mycket skriverier i tidningar och sådant också, om vad som behövdes och som vi inte hade. Och ja, våra chefer, de kunde ju inte heller göra annat än att föra vidare det, vilket man ju hoppas att de gjorde. Det tror jag också. Men någonstans där så funkade det inte riktigt bra tycker vi.

Den främsta kritiken som undersköterskor och sjuksköterskor riktar mot organisationen under pandemins upptaktsfart är just bristen på information, och frånvaro av kommunikation från ledningen. Även om flera av de intervjuade förstod att deras enhetschefer arbetade oerhört hårt, och kände stor tillit till deras ambition att skapa bästa möjliga situation för personalen, så uppstod känslor av att ha blivit övergiven av sin ledning därför att den uppfattades som osynlig. Var enhetscheferna osynliga? Det är svårt att bedöma huruvida de verkligen träffade sin personal mindre än vad de gör i vanliga fall, och det är heller kanske inte så viktigt. Vid kriser behöver personalen känna kontroll över sitt eget arbete, och känna trygghet i att chefer ser dem och förmår stötta dem. Detta är en paradox för chefer att lösa: samtidigt som de är mer upptagna än någonsin, behöver de släppa vissa arbetsuppgifter för att bara vara bland sin personal. Chefsstödet var otillräckligt för detta, och sannolikt inte anpassat för att stödja verksamheten på det sättet – här utgör linjeorganisationen sannolikt ett hinder för en flexibel organisation. Chefernas arbetsbelastning gjorde att personalen i vissa fall blev missnöjda och misstänksamma: var fanns cheferna egentligen, och varför tycktes de inte vilja vara i närheten av covid-patienterna? Hade enhetscheferna i både Malmö och Lund tydligt gått in och hjälpt till med omvårdnaden av de första covid-patienterna hade detta sannolikt uppfattats som en betydelsefull gest, om att de personligen inte var oroliga för att skyddsutrustningen inte fyllde sin funktion, och att de var

intresserade av att förstå vad personalen skulle komma att arbeta med och ansvara för. Det är naturligt så att chefer under en kris hamnar längre ”bakåt” i organisationen – de har ett övergripande ansvar, och ett ansvar för att få processerna att fungera. Men symbolvärdet i att också synas åtminstone tillfälligtvis i fronten ska inte underskattas.

Det fanns dock verkligen en grundtrygghet hos omvårdnadspersonalen. En sjuksköterska med hygienansvar uttryckte det så här:

Jag har aldrig upplevt att [omvårdnadspersonalen] generellt har varit orolig. Alltså individuellt kunde man vara orolig för sig själv och sin familj, men inte på jobbet. Jag tycker att man har köpt att nu gör vi så här.

Intervjuerna stöder den bilden. När omvårdnadspersonalen såg att planeringen började sätta sig och skyddsutrustningen kom på plats, kände sig de flesta relativt lugna med att börja arbeta. Detta betydde inte att oron inte fanns. Sjuksköterskan som citeras ovan beskriver hur hon själv kände oro och rädsla för att göra fel, särskilt eftersom hon hade ansvar att rekommendera hygienrutiner till omvårdnadspersonalen. Sveriges avvikande väg i den nationella pandemihanteringen påverkade också:

Jag var orolig många gånger. Vi la upp strategier för hur vi skulle hantera [pandemin] och vi gjorde ju motsatt, eller lite annorlunda än andra. Nästan som Sverige mot världen. När vi la upp [zonerna inne på covid-iva], med gula zonen, och man insåg att det är ingen vägg utan det är bara liksom luft [mellan den röda zonen där patienterna låg och den gula zonen just innanför slussen]... Men jag resonerade mig fram. Fast jag drömde ju om det här, tänkte väldigt mycket på fritiden, när jag var ledig, funderade på helgerna eller när man kom på måndag - ”usch nu kanske det är kaos” eller det är oklart. Så jag hade det med mig hela tiden. Det var en jättejobbig vår, känslomässigt. Det var liksom mycket tankar och mycket resonemang med alla [kollegor] och jag kände, hur ska man få med sig alla? Men de lyssnade och det är flera som har sagt till mig att det är bra att man förklarar varför gör vi så här. För jag tror inte på det här att om du bara säger ta på dig munskydd när du är bland någon annan – då blir det ”jaha varför då”.

I intervjuerna uttrycker flera att de litade på vad cheferna sa, liksom på vårdhygiens besked om hur man skulle vara klädd under arbetet med covid-sjuka patienter. Det som den citerade sköterskan konstaterade, att förklaringarna till varför rutinerna såg ut på ett visst sätt var viktiga för att skapa compliance, återkommer också i intervjuerna. När nyhetsbrevet från verksamhetschefen kom ut, och planerna kring förstärkningsarbetarnas roll började klarna, förstärktes känslan av att ha tillräcklig kontroll för att tryggt ta sig an arbetsuppgiften med att vårda svårt sjuka covid-19-patienter i kohorter. Till skillnad från läkarna fanns det alltså bland omvårdnadspersonalen en grundtillit och en starkare gemenskap som minskade den initiala oron.

3.2 När organisationen började sätta sig: första vågen

[Inledningsvis] var det oerhört stökigt, det var oerhört stökigt. Men första steget [mot bättre ordning] det var ju att vår verksamhetschef fattade vad klockan var slagen. När han väl fattade då började ju han ju få in linjen och liksom säga vänta, stopp, vi måste ha avstämningar, alla måste ha samma information. Det blir inte bra om man liksom sidsteppar linjer. Man måste låta folk som är chefer få [information] som normalt, i rätt ordning, så att man kan kommunicera ut och styra och ge ledning till sin grupp. Och det hade man ju skapat ett system för i slutet av våren. Det kom på plats under våren 2020 med rätt så täta avstämningar från verksamhetschef, både till ledningsgrupp flera dagar i veckan och sedan även till första linjens chefer som satt totalt i radioskugga i början. De fick täta avstämningar till och med tillsammans med verksamhetschefen, så det inte blev viskleken, och det var ju väldigt bra.

Intervjuerna tyder på att ju allvarligare läget blev vad gällde smittspridningen i samhället, och ju närmare krisen kom IPV, desto mer föll saker och ting på plats. Som citatet ovan illustrerar uppfattade många av de intervjuade krisens upptakt som stökig, men när de första patienterna faktiskt togs emot hade organisationen börjat sätta sig. Från att ”alla sprang på alla bollar”, som en chef uttryckte det, började ansvarsfördelningen bli allt tydligare och kommunikationen förbättrades. Nu inleddes en intensiv och händelserik period där de konkreta åtgärderna utformades och realiserades, inte minst med öppnandet av kohortvårdavdelningarna på uppvakningsavdelningen (i Malmö) respektive post-operation (i Lund). Under denna period tycks arbetet ha löpt relativt smidigt och gav snabba resultat. Intervjuerna vittnar om personalens stolthet över att ha lyckats öppna helt nya avdelningar på mycket kort tid. Viss spänning uppstod i de snabba förändringarna; ett exempel är beslutet kring öppnandet av covid-iva i Malmö, där de inblandade fortfarande gick i otakt. Bakgrunden kan vara värd att beskriva, för att visa på de olika perspektiv och tolkningar som olika chefer inom en organisation kan ha av en och samma händelse. Sektionschefen beskriver det som att när covid-avdelningen väl stod klar var det logiskt att prova ut lokalerna och rutinerna för dem under lugna förhållanden, genom att hämta den patient som låg inlagd på en infektionsavdelning. Således fattades beslutet att en fredag eftermiddag, samma dag som covid-avdelningen öppnats på IVA, hämta dit en patient som låg intuberad på en annan avdelning. En av enhetscheferna beskriver istället händelsen som ett exempel på hur läkarna återigen frångick överenskommelser och rutiner:

Vi blev ju jätteställda, för vi var ju inte alls... jag sa till alla här på morgonen: ”Sluta! Vi ska inte öppna [covid-iva] avdelningen idag, den ska bara vara förberedd, kanske den behövs om två veckor... det ska ligga åtta patienter på infen”, sådär gick jag liksom och

malde hela morgonen. Och då gick [läkarna] här redan och tänkte att, nej, vi tar in [patienten] nu, så där blev vi ju helt tagna på sängen! Och jag satt ju ändå med i den här gruppen som [organiserade öppnandet av] avdelningen! Vi pratade aldrig där om att vi skulle, liksom... gå ifrån grunduppdraget, eller nåt sånt. För nu hette det helt plötsligt att patienterna var för sjuka för att ligga på infen, sa man då.

För sektionsschefen var beslutet ett resultat av ett slags agilt tänkande och agerande: det gäller att vara beredd, och därmed gripa varje möjlighet till förberedelse och övning. För enhetschefen var beslutet snarare ett tecken på läkarnas allt för avslappnade inställning till överenskommelser och rutiner, och kanske också bristande förståelse för enhetschefernas behov av att i rätt tid kunna informera sin personal om hur arbetet är tänkt att läggas upp. Båda hållningar är fullt begripliga: sektionsschefen skapade verkligen möjlighet att under ordnade förhållanden testa den nyöppnade covid-avdelningen, medan enhetschefen försvarade sin planering med hänsyn till den personal som var i tjänst, och med hänsyn till den lagda och överenskomna planen för avdelningen. Händelsen illustrerar bristen på kommunikation mellan chefsleden, och de spänningar som uppstår när en organisation befinner sig i extraordinära omständigheter. Något säger det också om skillnader i tempo mellan läkargruppen och omvårdnadsgruppen, där den förstnämnda tycks ha legat på för att lösa saker snabbt, medan den sistnämnda betonat fördelen med att inta en avvaktande och rutinsäkrande hållning.

3.2.1 Rädsla, oro och förebilder

Första vågen blev lugn i Skåne, jämfört med exempelvis Stockholm. Trots allt var man väl förberedd när de första covid-patienterna lades in på IVA. Men rädslan fanns kvar hos en del av personalen. I flera intervjuer, med såväl undersköterskor som sjuksköterskor och läkare, beskrivs att det fanns de som verkade oerhört rädda för att bli smittade. Ett fåtal vägrade, enligt intervjuerna, att gå in bland covid-patienterna. En enhetschef beskriver hur man fattade beslutet att i största möjliga mån undvika att tvinga personal att gå in till covid-patienter. I något fall tycks detta ha lett till att en anställd trots allt kände sig trygg nog att till slut börja arbeta inne på covid-IVA; beslutet att möta personalens oro med viss flexibilitet verkar ha varit rätt. Men i vågskålen ligger den organisatoriska rättvisan. Forskningen visar att frågor om vilka som ska få slippa utsätta sig för ett smittsamt virus är viktiga för hela personalstyrkans upplevelse av arbetet under en pandemi (Heath et al 2020). Det forskningen inte nämner när det gäller frågor om å ena sidan flexibelt och lyhört ledarskap, å andra sidan organisatorisk rättvisa, är att avvägningen här emellan ibland kan vara svår för chefer. Utifrån intervjuerna med anställda tycks det som att cheferna inom IVA hamnade rätt, men

helt enkelt lär besluten inte ha varit. Sannolikt bidrog sammanhållningen bland omvårdnadspersonalen till att besluten att låta en del slippa inte uppfattades som en allvarlig orättvisa. För andra blev det viktigt att aktivt och medvetet visa att det inte var någon fara för liv och hälsa att arbeta inne på covid-iva, och detta tycks också ha haft betydelse för många andra intervjuade – och särskilt betydelsefullt tycks det ha varit att vissa tongivande läkare tidigt gick in och, till synes helt utan oro, arbetade bland covid-patienterna. Läkarnas roll som förebilder framträder direkt och indirekt i intervjuerna; även om det alltså också fanns en del undersköterskor och sjuksköterskor som inte ville gå in och jobba på grund av rädsla att bli smittade, är det de tveksamma läkarna som nämns och som tycks ha varit viktigast för att ingjuta känsla av oro hos andra. På samma sätt är det alltså de läkare som verkade trygga med arbetsmiljön inne på covid-IVA som återkommande omnämns som oerhört viktiga för att skapa ett lugn i hela personalstyrkan – bland läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och de paramedicinska professionerna. Dessa läkare var förebilder som, trots att det kostade på för dem själva, bidrog till att teamarbetet kunde fungera så väl. Samtidigt finns det läkare som talar om hur viktiga erfarna och stabila undersköterskor och sjuksköterskor var för att skapa lugn kring arbetet inne på kohorten. En överläkare uttryckte det så här:

Hatten av till alla dom – några gamla undersköterskor och sjuksköterskor som faktiskt var i farozonen för att få covid-19 och bara kliver in och tar hand om de här patienterna som började komma, medan vissa läkare var i totalspinn och betedde sig på ett sätt så man märkte att de är rädda för att personligen bli smittade. Och det här är ju en variant av influensa, men där såg man en överreaktion. Men det är som ibland med vissa nyckeldiagnoser, att de kan väcka en oproportionerlig rädsla hos vårdande personal. HIV när det kom [framkallade] en liknande känsla, att ”Oj jag kan få HIV och så dör jag”.

Förebilderna, de orädda och trygga pionjärerna, fungerade alltså i någon mån som pelare – de höll uppe arbetet under en psykosocialt kritisk fas i pandemin då patienterna var få men personalens osäkerhet stor.

Detta innebar inte att personalen helt och hållet släppte sin oro. Rädslan för att skyddsutrustningen skulle ta slut hängde kvar när de första vågens ca sju patienter lades in på IVA. En undersköterska beskriver hur frustrerande det var när konsulter skulle komma in en kort stund för att bedöma en patient, och då använde skyddsutrustning som de som skulle arbeta ett helt pass behövde. Berättelsen illustrerar hur skör vissa delar av covid-organisationen framstod under första vågen. Trots detta har de flesta intervjuade svårt att minnas att de själva skulle ha upplevt arbetet som särskilt betungande; när sommaren kom kändes det som att allt gått bra, till slut.

3.2.2 Förstärkningspersonalens erfarenheter

Redan under första vågen gjordes ett stort arbete med att utbilda den förstärkningspersonal som skulle komma under första vågen, liksom med att schemalägga och introducera inkommande sjuksköterskor och undersköterskor. Som nämnts fungerade schemalaggningsen bättre för enhetscheferna i Malmö än i Lund, men intervjuerna ger vid handen att även om det var arbetsintensivt att organisera inflödet av förstärkningspersonal så löpte det på bra. Ett problem var att förstärkningspersonalen stannade tre veckor i taget och att det därmed blev många som kom och många att lära upp; detta blev arbetsamt för den fasta personalen, som ständigt mötte nya ansikten. Dessutom visade det sig, när andra vågen startade, att inte alla som blivit upplärda under första vågen fanns kvar på sina arbetsplatser. Visst dubbelarbete gick alltså inte att undvika. Trots detta uppfattar de intervjuade att arbetet med att introducera förstärkningspersonalen gick bra, mycket tack vare att det gick att mer eller mindre standardisera vårdförloppet.

Intervjuer har gjorts med förstärkningspersonalen som rekryterades internt från IPV i Malmö. Här framkommer att sättet som avsändande enhetschefer kommunicerade med personalen om de planerade flyttarna spelade stor roll. På en enhet tycks kommunikationen ha fungerat sämre, och här berättar också personalen att de kände sig oroliga inför överflyttningen. I några fall uppfattar personalen att man blev tvingad att gå över till IVA trots att man inte ville eller uppfattade sig kunna. Åtminstone två personer blev i samband med överflyttningar sjukskrivna, och detta faktum tycks dels ha fått stor spridning inom enheten, dels påverkat förtroendet för klinikens chefer negativt. I dessa intervjuer framkommer också att cheferna på den avsändande enheten framstod som frånvarande; flera intervjuade har uppfattat att cheferna beordrats att arbeta hemifrån, vilket förstärkte känslan av att chefsleden prioriterade sin egen säkerhet framför personalens behov av stöd och ledning. Vidare uttrycker flera intervjuade att de gärna hade sett att cheferna besökte IVA och ansträngde sig mer för att ta reda på hur den omflyttade personalen hade det i sin nya arbetsmiljö. Likaså uttrycker intervjuade att de kände sig bortglömda när de kom tillbaka till sin arbetsplats efter att ha gjort sina veckor på IVA – erbjudanden om debriefing nådde inte alla, och de enstaka samtalen uppfattades dessutom som otillräckliga.

Samtidigt uppstod viss irritation, och också känslor av skam och skuld, hos de som inte gick över till IVA. En sjuksköterska, som själv såg fram emot att hjälpa till med covid-patienter, noterade att det under första vågen uppstod spänningar bland den kvarvarande personalen när organisationsförändringarna ledde till nya och delvis opraktiska rutiner inom den kirurgiska verksamheten:

Det var visst irritationsmoment i och med att vårt uppvak stängde och det var alltid tjafs om vem som skulle följa med patienten till KK:s uppvak. Det var inte så många covid-patienter men ändå ändrades olika detaljer som man inte tänker på som är svåra att klura ut. Många av oss sa ”jaja, då är det så här”, men för vissa var det jättebesvärligt och det blev slitningar i personalgruppen. Man ska ringa runt och ragga någon som kan följa med och köra den här patienten [till kvinnokliniken].

Även i sådana berättelser, som kretsar kring att också mindre förändringar ledde till slitningar i personalgruppen, återkommer bilden att cheferna tycktes frånvarande och omedvetna om vad som hände på golvet. Sannolikt kan en del av spänningarna förklaras med den oro som många upplevde under den här tiden – alldeles oavsett om man direkt påverkades på arbetsplatsen, fanns en osäkerhet kring hur pandemin skulle påverka sjukvården som helhet, och även hur den skulle påverka varje enskild medarbetares familj och livssituation.

En annan sjuksköterska inom den kirurgiska verksamheten blev kvar på sin enhet, på grund av sitt hälsotillstånd. Liksom flera andra intervjuade som av olika anledningar inte följde med i överflyttningen beskriver sjuksköterskan att hon drabbades av svåra skuld känslor, ”den psykologiska biten, att vara den som inte ställer upp”. En annan sjuksköterska befann sig i en komplicerad hemsituation och kunde inte räkna ut hur hon skulle ta hand om barnen om hon plötsligt skulle behöva jobba sena kvällar och nätter. Hon hade redan tidigare under hösten varit stressad på grund av händelser i familjen, och kände sig skör när pandemin gick in i sin andra och mer intensiva fas. Ändå blev hon förvånad över hur starkt hon reagerade när hennes chef meddelade att hon skulle gå över till IVA. Ett längre citat får visa hur djupt påverkade vissa blev av förändringarna under pandemin – trots att de själva inte bytte arbetsplats:

Min chef gav sig inte, jag skulle till IVA eller jag skulle bli sjukskriven. Jag grät. Jag blev så ledsen, jag kunde inte kontrollera mig själv. Jag kände sån skam, hela tiden, så dåligt samvete, och tyckte det var så synd om mina kollegor, och jag kände ibland: nej, nu ringer jag, jag ska gå upp [till covid-IVA]. Men jag kunde inte. Skamkänslor. Jag har mycket fina kollegor, alla har upplevt det olika.

RS: Har du kunnat släppa skammen nu?

Ja, jag har ju fått redskap att ta hand om mig nu och jag känner mig starkare. Nu när jag mår bättre tänker jag att: nu skulle jag gå dit. Jag tänker på det hela tiden. Nu skulle jag gå dit, verkligen. Nu har jag ordning igen. Jag har en lång karriär och har gått in på ställen som många andra kanske inte hade velat, men nu känner jag en skam över detta. Jag trodde aldrig att jag skulle bli så. Var det fel jobb jag valde, när det väl kom till en kritisk situation? Då kunde jag inte göra vad som helst. Det kan man känna, att man blir

skamfylld över. Jag har stått i jättetuffa situationer på [andra avdelningar], det mest akuta man kan tänka sig. Men just i denna situation blev jag helt... ja.

Skamkänslorna tycks alltså inte ha kommit från övriga kollegor; ingen av de intervjuade som talar om att de skäms för att de inte gick till IVA har lagt detta på kollegor. Skammen kommer inifrån, från känslan av att inte kunna vara där för kollegorna. Då har det hjälpt att fokusera på den egna verksamheten. En undersköterska uttryckte det som att ”jag gjorde mycket viktigt på min vanliga arbetsplats, där behövdes det ju också erfaret folk”. Den citerade sjuksköterskan ovan önskade att få vara kvar och spela den rollen på sin ordinarie arbetsplats, men ställdes inför ett ultimatum: gå till IVA eller sjukskriv dig. Erfarenheten från IVA, där enhetscheferna undvek att ställa dylika ultimatum, tyder på att en mer flexibel hållning kan fungera bättre. Omvårdnadspersonalen har inte varit oberörda inför rättviseaspekter vad gäller vilka som fick arbeta med covid-patienter, men har i stort visat förståelse för de kollegor som inte kände sig redo att gå in i kohortvården. Återigen visar intervjuerna hur viktigt det är med ledarskap under en kris, och i ledarskapet ingår svåra avvägningar mellan organisatorisk rättvisa och ett flexibelt och lyhört förhållningssätt till enskilda medarbetarens unika situation.

Det är tydligt i flera av intervjuerna med personal från IPV:s operationsgolv att bemötandet från cheferna var avgörande för hur överflyttningen skulle uppfattas. Även i dessa intervjuer framkommer att man inledningsvis upplevde en betydande brist på information, och även i visst mått brist på ledning. Cheferna hade även på de avsändande enheterna behövt vara mer synliga än tidigare; som framkommer ovan uppstod slitningar i personalgrupperna som hade avhjälpts av ett mer synligt ledarskap. Sannolikt hade också fler öppna samtal och bättre organiserade återkopplingsamtal minskat stressen i personalgrupperna. Ett bredare angreppssätt vad gäller krishantering – att inte glömma bort att krisen drabbar också de delar av verksamheten, och den personal, som inte direkt står i frontlinjen – är viktigt för att mobilisera resiliens. Meese et al (2021: 305) konstaterar i sin analys av välmående och resiliens bland sjukvårdsanställda i USA att ”whether a storm or pandemic, when a crisis hits a health system, all members of the healthcare team contribute to the response” (Meese et al 2021: 305).

Hur upplevde då förstärkningspersonalen att faktiskt byta arbetsplats? Reaktionerna tycks blandade, men i intervjuerna är de flesta eniga om att erfarenheten var om inte positiv så åtminstone givande – de som gick över till covid-IVA lärde sig mycket, och kände att de gjorde sitt bästa. Svårigheten låg i att acceptera kontrollförlusten, att gå från en miljö där rutinerna är kända till en miljö där allt är nytt. För de som arbetade under andra vågen kombinerades dessutom kontrollförlusten med den allmänt extrema

situation som rådde inne på covid-IVA. Citat från två sköterskor, en operationssjuksköterska och en anestesijuksköterska, får illustrera detta. Operationssjuksköterskan:

När det ökade på till julen, under andra vågen, då sa jag till chefen: jag är anställd här, säger du att jag ska gå till IVA så gör jag som du säger. Men jag vill vara undersköterska, jag vill inte ha patientansvar. Jag kan säkert hjälpa sköterskan att ge någon injektion eller så, om det skulle behövas, men att sköta dessa mackapärer – det blir inte patientsäkert. Jag gör vad du säger, så får du återkomma, sa jag. Och chefen återkom ju. Jag skulle gå i januari. Jag hittade knappt dit ska jag säga. Jag minns när jag kom in på covid-IVA. Jag har sett många sjuka, jag har suttit hos många som har dött, jag har tagit hand om många ledsna anhöriga. Men detta var jag inte beredd på. Jag kom dit när det var som värst. Det var så surrealistiskt så det var inte sant. Där låg människor, ingen kontakt med dom överhuvudtaget. Det hängde sladdar och slangar och det pep och levde. Jag tror jag bara stod och stirrade. Jag tänkte: vad är detta? Är det på riktigt? Och ändå hade man sett på tv, och sett bilder från Italien, och så plötsligt var man i den miljön själv. Det var en – en chockartad upplevelse.

RS: Och så satte du igång och jobbade?

Jag minns knappt men så måste det ju ha varit. Undersköterskan jag gick med var gammal i gemet, fantastiskt duktig. Säg vad jag ska göra, sa jag, så gör jag det. Det tog någon timme. Sen tyckte jag att det var väl inte värre än att tvätta gamla. Det var ett enda torkande, vändande, pysslande, rättande till. Där och då kändes det som att efter första natten var det precis som att då hade jag inte gjort något annat. Men jag vet att när jag gick ifrån IVA den morgonen och gick upp och bytte om – då mötte jag mina arbetskamrater. När jag pratade hörde jag att min röst gick i falsett. Då tänkte jag: varför låter jag så, så här brukar jag ju inte låta? Jag var helt oohh – jag var fortfarande chockad.

Anestesijuksköterskan:

Jag kände ändå att det var rätt. Vi visste att det skulle eskalera. Det blev bra. Jag gick bredvid två dagar. Jag fick grunderna i hur sköter vi patienterna. Jag gick in så tidigt [under andra vågen], det var kanske fem patienter. Men det ökade på sig oroväckande snabbt. Det kom ut sms-turer hela tiden. Och då fick man säga om man kunde vara ansvarig eller assisterande. Har jag inte varit där självständigt kan jag inte vara ansvarig tänker man, men när man väl kom in så var den frågan om ansvarig eller assisterande, då spelade det ingen roll. Då blev man ansvarig.

RS: Var det svårt?

Det var svårt. Det var ingen arbetsuppgift som jag kände att jag inte klarade av, ingen enskild arbetsuppgift som jag kände att jag inte förstod eller så. Det svåra var känslan av degradering, från att vara helt självgående och kompetent som narkosköterska – jag har

min narkosläkare hela tiden som är ansvarig, så jag gör inte saker efter eget huvud, men jag kan mitt jobb, jag är flexibel. Jag känner trygghet i att jag kan mitt jobb.

RS: Du har kontroll.

Ja! Jag har kontroll. Men att komma och känna sig oduglig, att inte kunna rutiner, inte veta riktigt vad man ska göra. Jag gick med en jättebra kille. Han var snäll, men jag kände ju ändå gång på gång att – ja, talad ner till.

Att den förstärkningspersonal som upplevde den extrema situationen under andra vågen blev känslomässigt drabbade märks i intervjuerna. Flera berättar exempelvis att när kohortvården stängts ner och de för första gången skulle gå tillbaka med en patient till uppvakningsavdelningen, där alltså covid-IVA i Malmö inhysts, fick de en ”flash-back”. En anestesisyksköterska berättar:

När jag gick in på UVA – där fanns ju inga covid-patienter då, men det var sån flash-back! Det var galet. Jag hade ju varit på UVA innan covid. Nu är det inget, vi går ju dit varje dag. Men alltså första gången var det ändå påtagligt. Jag såg patienter, jag mindes situationer som jag hade glömt bort.

RS: Det var flashar, helt enkelt.

Ja, verkligen! Jag sa det till min kollega som var med mig, och som jag jobbade med inne på covid-IVA också. Det var lite jobbigt. Men mest att det blev så tydligt, det blev väldigt tydligt att vi inte hade debriefat ordentligt. Alltså det är en lärdom jag tar med mig. För när jag tänker tillbaka på [tiden då jag fick flash-back], då gick jag inte och tänkte på [tiden inne på covid-IVA]. Det kändes mer skönt att jag hade dragit mitt lilla strå till den stacken, och [fått] erfarenhet.

RS: Var du oförberedd på att det skulle komma tillbaka så där, alltså?

Ja absolut, jag var inte alls beredd på det. Det var – ”här var vi” och sen så bara – dunk. Shit! Vi hade såna typ akuta situationer min sista vecka, då var det generellt lite lugnare, det var inte lika många patienter, men det var någon som fick hjärtstopp, patienten kom till och med igång igen, men...

RS: Den situationen kom tillbaka?

Ja, det gjorde den. Men jag såg många andra patienter också, den här vakna patienten kom jag ihåg, en annan jättesjuk kvinna som jag hade – det var några som jag kom ihåg plötsligt.

Intervjuerna tyder alltså på att förstärkningspersonalens erfarenheter inte tillräckligt fångades upp; mer hade kunnat göras för att den överflyttade personalen skulle få

möjlighet att bearbeta sina upplevelser. Sannolikt hade det också varit bra om den personal som arbetade inne på covid-IVA fick dela med sig av de positiva erfarenheter som de trots allt tagit med sig från tiden inne på covid-IVA – möjligen hade detta kunnat minska den kvarvarande personalens skuldkänslor. De blev drabbade av mängden patienter och av hur oerhört sjuka de var, liksom de tyckte det var svårt att känna sig osäker och mindre kunnig – ha mindre kontroll – än i vanliga fall, men det blir tydligt i intervjuerna att de som inte gick in i kohortvården i flera fall skapade sig mer dramatiska bilder av hur situationen tedde sig än vad de som var på plats uppfattade. Organiserade samtal om detta hade också kunnat understryka vikten av att erfaren personal också fanns kvar i den perioperativa verksamheten. Sändande enhetschefer hade alltså behövt stöd för att bättre kommunicera och förbereda personalen på de förändringar som skulle ske, liksom de hade behövt bättre insikt om och resurser för att erbjuda hela personalen möjlighet att dela med sig av erfarenheter och tankar kring hur krisen påverkat dem. Enhetscheferna hade också behövt stöd i att bättre hantera frågor om organisatorisk rättvisa och individuellt stöd till medarbetare.

En av de saker som lyfts fram av såväl IVA-personalen som av förstärkningspersonalen, är att överflyttningarna gjorde att kontakten mellan ”den vita” och ”den gröna” sidan inom IPV förbättrades. Flera intervjuade har nämnt att detta gjort arbetet roligare – det är trevligt att känna kollegor man träffar under överflyttningar av patienter inom ramen för det perioperativa uppdraget, och det gör att arbetet löper på smidigare. Operations-, anesthesi- och IVA-sjuksköterskor och -undersköterskor har betonat att de hoppas dessa kontakter kan vårdas framöver. Kliniken bör med relativt små medel kunna upprätthålla och till och med stärka kommunikationen mellan intensivvården och den perioperativa vården. Inte minst kan detta vara en investering i ökad trivsel, och därigenom en del av ett långsiktigt krisförberedande arbete.

3.3 När det var som värst, då funkade det som bäst: andra vågen

Under senvåren och sommaren 2021 minskade patientinflödet avsevärt till sjukhusen, och i både Lund och Malmö kunde de så kallade kohorterna stänga. Personalen fick semester och de flesta beskriver i intervjuerna att de kände att de kunde återhämta sig under ledigheten. Många anade att det skulle komma en andra våg, och att det värsta inte kommit än, men de flesta intervjuade tyckte ändå att rutinerna provats ut och höll. Visst tillitsbrott hade uppstått, både bland läkarna och bland omvårdnadspersonalen, eftersom upptaktsfasen av pandemin framstått som så rörig och för att hela

organisationen framstått som oberedd. Det var med viss osäkerhet som de intervjuade kom tillbaka efter sommarsemestern – vad skulle hända?

Hösten blev relativt lugn. Först fram mot vintern började patientinflödet att öka, och vid årsskiftet befann sig IPV i ett tydligt krisläge. Samtidigt hade linjeorganisationen satt sig, kommunikationskanalerna fungerade bättre och även medicinskt fanns en större kunskap. En överläkare beskriver det som att det vid den här tiden etablerats goda rutiner kring sådant som nyckeltal för bemanning och för kohortvårdens teamarbete; ”ledningssystem, kommunikation och arbetssätt var på plats”. Dessutom infann sig bland många en slags ”andra inandning”, som en intervjuad beskrev det, en kollektiv känsla av kamplust. Det är ett styrkebevis att personal och ledning trots den skakiga inledningen på pandemin lyckades mobilisera en gemensam kraft för att möta den andra vågen, som alla förstod skulle bli tuff. Och patientinflödet ledde mycket riktigt till en hög arbetsbelastning, för personalen men också för cheferna, som återigen såg arbetsdagarna tänjas ut med täta möten och många svåra beslut och bedömningar kring patientflöden och personalplanering. Strax efter årsskiftet hade kliniken mer än dubbelt så många patienter i sin vård jämfört med normal period. Några teman går igen i intervjuerna om den här tiden.

Det första temat rör just kamplusten och den goda stämningen som uppstod under andra vågen. ”Konstigt nog blev det så att när det var som värst, då funkade det som bäst”, som en sjuksköterska uttryckte det. Också observationerna från den här tidpunkten stöder bilden av att teamarbetet fungerade väl och att stämningen inne på covid-IVA i både Malmö och Lund oftast var god, med en hel del skämtande och skrattande, trots hög arbetsbelastning. Visst förekom det att personal klagade, och många som klev in på kohorterna blev inledningsvis tagna av allvaret i situationen. Ändå visar intervjuerna att personalen många gånger kände sig ganska gott förberedd och mentalt redo att tillsammans göra det allra bästa av den svåra situation man fann sig i. Inne på kohorterna visade sig en sammanhållning som stärkte personalen, gjorde att det kunde kännas rätt trevligt att arbeta, trots de svåra förutsättningarna. En läkare beskrev det som att ”covid-IVA är en oas” – och syftade då på att den slutna miljön och stämningen inne på kohorten gjorde att teamarbetet fungerade ypperligt.¹⁴ Dessutom blev man inte störd, så den intervjuade läkaren, utan man kunde koncentrera sig fullt ut på varje arbetsuppgift. Sannolikt bidrog insikten om det extraordinära i situationen till att arbetspassen kändes meningsfulla, vilket kan stärka sammanhållningen i arbetsgrupper och faktiskt öka anställdas engagemang (Zhu et al 2021). Runt årsskiftet

¹⁴ Forskning om tvärprofessionella team i sjukvården visar att när professionerna förväntas rapportera tillbaka till sin egen chefs-/professionsstruktur så uppstår starka bindningar utanför teamen, och därmed försvagas teamen (Greenwell 1995). När teamen i någon mening isolerades inne på kohorterna stärktes sannolikt teamkänslan, vilket tenderar att öka trivseln och känslan av meningsfullhet.

och en bit in i februari visade IPV att det finns en betydande social resiliens i organisationen, som grundas i goda relationer och i allmänhet gott teamarbete, och därmed förutsättningar för välfungerande och till och med glädjefyllt samarbete under högsta möjliga press.

Det andra temat som kommer fram i intervjuerna om den här perioden rör den fysiska arbetsmiljön. Den uppfattades som på ett sätt välorganiserad; uppdelningen i gul och röd zon underlättade arbetet. Vid tiden för andra vågen hade rutinerna inne på salarna satt sig och materialbristen var inte längre lika akut (även om det uppstod diskussioner om exempelvis sladdar, slangar och andra bristvaror, som ibland fick letas upp eller ersättas med kreativa nödlösningar). De stora salarna skapade förvisso en slamrig, trång och något överväldigande miljö, men att arbeta med kohortvård framstod i det kritiska läget som självklart – det hade inte gått att dela upp patienterna och personalen i många små rum. Inte minst förstärkningspersonalen var beroende av att kunna arbeta i ett flöde av omgärdande och erfaren personal, som kunde rycka in och hjälpa till när osäkerhet uppstod. Farmaceuternas deltagande i arbetet uppfattades mestadels som ett stort plus.¹⁵ Samtidigt var det ett problem att det var så varmt och torrt i lokalerna, och att ljudnivån var hög. Andningsskydden orsakade hudproblem, visiren tryckte runt huvudet och många klagade på huvudvärk. Mikropauserna försvann eftersom personalen arbetade så intensivt och undvek (eller inte hade möjlighet) att lämna sängsidorna, så som man normalt gör på den vanliga avdelningen under olika arbetsmoment. Dessutom uppstod, för en del intervjuade, en slags leda när den vanliga variationen i tempo försvann inne på covid-IVA. Arbetet blev jämntjockt, utan toppar och dalar, och utan variation i själva omvårdnaden eftersom alla patienter led av samma sjukdom och behandlades på samma sätt. En undersköterska uttryckte det på följande vis:

Även om jag är på en modul inne på IVA så kan jag gå ut på toa, jag säger bara att jag sticker ut, jag ska bara kolla en grej eller ”jag ska bara”. Det är inte så att vi inte sköter vårt jobb, men vi är liksom lite mer fria. Men när man går in på [covid-IVA] då får man vara där, och vissa pass är det jättetufft. Sedan är charmen med detta jobb [i vanliga fall] tycker jag, att på IVA kan man ha dagar som går i hundranittio från det att man kommer till man går hem, alltså man kan knappt samla sig för att rapportera för att det är så mycket som händer. Sen nästa gång har man nästan inget att göra, eller det är lugnt och man tar det piano.

¹⁵ En notering kan göras här, som gäller de spänningar som kan uppstå i personalgrupper under krislägen. En del intervjuade undersköterskor konstaterade att farmaceuternas arbetsinsatser avlastade sjuksköterskorna, som fick se ett betydande arbetsmoment försvinna, medan de själva hade mer att göra än någonsin tidigare. Deras bild var att sjuksköterskorna avlastades medan undersköterskorna belastades ytterligare, och att detta var orättvist.

Arbetsmiljön var alltså fysiskt påfrestande och dessutom utan den variation som intensivvårdens personal är van vid och trivs med, men överlag ger intervjuerna vid handen att arbetet flöt på bra, till och med skänkte viss glädje eller i vart fall känsla av meningsfullhet.

3.3.1 Etiska dilemman i covid-vården

Det tredje temat som återkom i intervjuerna rör själva vården av patienterna. Särskilt undersköterskorna och sjuksköterskorna uppfattade att vården av patienterna blev lidande när resurserna tunnades ut. En undersköterska beskrev det så här:

Vi är ju bortskämda med att vi [i normala fall] bara har en [patient per undersköterska]. Och då gör man allt och gör det bra, och blir det inte bra då gör vi om. Och allt sådant med ögonvård och munvård och ja, vändningar och så mycket med avföring och allt det där som man ju kan ta hand om direkt. Men nej, det var ju typ löpande bandet [inne på covid-IVA]. Man gick från säng till säng, och ibland var det så att jag inte visste vad [patienterna] hette nästan. ... Så det blev liksom, de blev omskötta men inte alls med den kvaliteten som vi har annars. Inte bara det att det känns att vi drar ner på kvaliteten men det har känts att man inte hinner med. Man hinner inte med eftersom man har [för många patienter]. Så att man har känt otillfredsställelse att man inte har skött sitt jobb som man vill och ska, fastän man vet att det är ingen som kräver det nu. Utan nu är vi här och nu är det på det här viset. Men jag kan inte säga att vården blir jättebra och de blir omskötta precis som vanligt, det går inte.

Citatet illustrerar den ambivalens som många intervjuade gav uttryck för när det gällde kvaliteten på covid-vården. De allra flesta ansåg att vården höll den kvalitet som gick att kräva, att den var god nog och alltså etiskt försvarbar. Samtidigt var de flesta intervjuade måna om att ändå dela med sig av sina reflektioner kring de brister som trots allt uppstod. De flesta intervjuade, såväl undersköterskor som sjuksköterskor och läkare, tycktes exempelvis se behovet av att dra ner på vissa omvårdnadsuppgifter som en självklarhet; ”man måste inte tvätta alla patienter varje dag, man måste inte borsta tänderna, man måste inte kamma håret eller raka patienter”, som en läkare uttryckte det. En annan läkare jämförde det med en krigssituation: ”då gör man det nödvändigaste för att rädda liv, allt annat får komma senare”. Att vissa undersköterskor protesterade mot bortprioriteringar av omvårdnadsuppgifter, eller utförde vissa uppgifter trots att de formellt prioriterats bort, uppfattades av några intervjuade läkare och chefer som ett tecken på undersköterskegruppens bristande flexibilitet. I intervjuerna framträder ibland en syn på undersköterskorna som att de håller fast vid rutiner för rutinens skull, inte för att rutinen i sig är viktig. En del ansåg att undersköterskorna fick skylla sig själva om de blev stressade, när de inte självmant

avstod från att utföra vissa arbetsuppgifter trots att dessa inte längre ansågs nödvändiga. Andra betraktade undersköterskornas insisterande på att upprätthålla god omvårdnad som ett tecken på deras professionalitet och engagemang, och som en slags försäkring mot ett sluttande plan där vården till slut blir allt för instrumentell, avhumaniserad. En enhetschef får illustrera den ambivalenta hållningen:

Det har ju alla sagt någon gång, ”[covid-IVA] är ett fruktansvärt ställe”. Det här att man tar ifrån patienten identiteten och att det blir ett sorts löpande band, absolut. Vi har ju haft lägre bemanning per patient därinne än vi haft [på vanliga IVA], och ska man titta på detta ur ett jämlikhetsperspektiv så ska man naturligtvis ha samma vård om man vårdas för covid eller om man vårdas för en annan diagnos. Men konstruktionen på lokalerna och annat, det har ju gjort att man inte kan vara hur många som helst där inne. Man ansvarar för många fler patienter än man har annars. Och samtidigt, när vi försökte dra ner på vissa saker, jag menar en gång i tiden när jag började inom vården så var det så på helgerna, inom långvården, att man tog upp ena sidan ena dagen och så tog man upp andra sidan andra dagen. Så jag sa: vi kanske får göra något liknande, att vi inte tvättar alla patienter alla dagar, borsta tänderna, kamma till håret. Men det vill [undersköterskorna] inte. Och det är ju det vi ska göra, så då tänkte jag: jaja, det är väl bra, håll fast vid det då. Sen har det funnits tillfällen när inte allt har hunnits, men så kan det vara annars också.

All intervjuad vårdpersonal hade observerat och reflekterat kring etiska dilemman i vården av covid-patienterna. Tämmligen omedelbart blev frågan om skydd av den personliga integriteten aktuell; flera intervjuade berättar om att de hört talas om att en patient blivit gyn-undersökt inne på kohorten, och att personalen uppfattat detta som nödvändigt men djupt problematiskt. För att skydda patienternas integritet arbetade man med skärmar, men i de trånga utrymmena hände det trots allt att vissa undersökningar, tvättning av patienter med mera skedde öppet. Problemet blev också akut när en patient väcktes. Såväl läkare som sjuksköterskor och undersköterskor beskrev hur stressade de blev av att inse att vakna patienter måste drabbas hårt av att se mängden patienter omkring sig, och höra kampen för livet som de kringliggande patienterna faktiskt fann sig i. Här är det rimligt att tala om en svår etisk stress, som levde kvar bland vårdpersonal långt efter att den vakna patienten skrivits ut från covid-IVA. ”Jag kommer aldrig att glömma patienten som vaknade, skrällen i ögonen”, som en intervjuad uttryckte det. Att patienter dog men inte kunde svepas och tas om hand i vanlig ordning, utan vid åtminstone några tillfällen fick ligga en längre stund under ett lakan, var också något som intervjuad personal uppfattade som svårt att acceptera och släppa. Sådana episoder stannade alltså kvar hos de anställda, och för vissa var sådana minnen svåra att härbärgera. Intensivvårdspersonal ställs ofta inför etiskt tuffa situationer – en sjuksköterska beskrev det som att ”hela IVA-vården är etiskt problematiskt ibland” – men det som hände under andra vågen var att rutiner som löser

eller i vart fall mildrar etiska dilemman delvis lades åt sidan. Omvårdnaden inom intensivvården handlar självklart om alla patienters rätt till just god omvårdnad och säker vård, men fyller också funktionen att uppmärksamma och därigenom dämpa lidandet för patienter under vårdtiden; det är till exempel känt att patienter som ges intensivvård drabbas av mardrömmar, hallucinationer, infektioner och andra psykiska och fysiska lidanden. Vidare befinner sig patienter som får intensivvård i en särskilt utsatt position eftersom de ofta är oförmögna att alls tala för sig själva eller sköta sin hygien. När omvårdnaden, som också fyller funktionen att trösta och lindra, begränsades ökade alltså patienternas utsatthet. Detta var personalen högst medveten om.

Läkarna, undersköterskorna, sjuksköterskorna och de andra teammedlemmarna hanterade alltså under den här perioden många olika etiska dilemman, där ett beslut som syftade till att upprätthålla en etisk hållning i en fråga ledde till nya etiska problem i någon annan del av vården. En av sektionscheferna fångade detta väl:

Det är en glödhet potatis. Alla människor i Sverige har rätt till samma vård och standard av vård. Om man säger ”vi kan inte upprätthålla standarden”, det kan gälla cancerköer – ”normalt sett hade du blivit räddad till livet men tyvärr vi fick prioritera bort dig för vi klarade inte det” – det kan man inte göra! Det är en nationell angelägenhet att alla har rätt till den standarden som vi har i det här landet. Så har vi lagt ribban. Ingen doktor får någonsin säga att ”vi tar inte upp dig för vi har inte plats”, för det är en politisk och etisk bomb att säga det. Vi kan inte och vi får inte säga det. Då har vi skyldighet, om vi säger att vi inte klarar det här, då måste vi titta: finns det någon annanstans att hjälpa den här patienten? Vad har vi då gjort för att klara ett uppdrag som är två, tre, fyra gånger större än vi brukar ha – ja, det som har blivit lidande är den personliga integriteten till exempel. Vi hade aldrig klarat detta om vi hade upprätthållit att vi vill ha enkelrum så att varje patient ska kunna ha sina anhöriga runt omkring sig eller möjlighet att ha sin integritet. Men en av de etiska sakerna som gör ont det är ju just när patienter börjar vakna till och tittar upp och ser andra patienter - vi har ju försökt med skärmar och så vidare men ljud och visuella saker... Så jag känner att jag agerat etiskt på alla sätt, politiskt, etiskt. Men att det funnits ett pris i form av att någonting annat har blivit lidande där vi inte har kunnat upprätthålla samma... Sådana här saker som omvårdnad och integritet så har ju händerna in räckt till. Det är självklart, du kan inte spä ut ett glas saft hur länge som helst och tro det är samma saft.

Integriteten var alltså ett problem, som delvis avhjälpes av det regionövergripande beslutet att inte låta anhöriga besöka covid-patienter.¹⁶ Detta ledde dock till ett nytt problem, nämligen att anhöriga inte kunde göras delaktiga i vården på något annat sätt än via dagliga samtal med läkare. Relativt snabbt sattes rutinen att läkare skulle ha

¹⁶ Så småningom fick anhöriga vara med om läget var kritiskt, och i de fall då vården avslutades.

kontakt med en anhörig per patient varje dag. Problemet som då uppstod, var att de anhöriga fick lita på vad läkaren kunde beskriva över telefon; de kunde inte, som i vanliga fall, se med egna ögon hur processen fortlöpte. Eftersom patienterna ofta varit relativt gott gåendes när de sökte sjukhusvård blev det ibland svårt för läkarna att förmedla till de anhöriga hur oerhört allvarligt läget blivit. Det uppstod, åtminstone delvis kopplat till denna problematik, diskussioner om att vården ibland bedrevs för länge, längre än vad som var medicinskt motiverat.

Under hela pandemin uppstod i samhälls- och mediedebatten farhågor kring att intensivvården skulle bli så belastad att man skulle behöva neka patienter vård, genom att exempelvis införa åldersbegränsningar för intensivvårdsintag. Sannolikt spelade rapporter från Italien in, där uppmärksammade riktlinjer offentliggjordes kring hushållande av intensivvårdsresurser (Riccioni et al 2021). I citatet ovan anspelar den intervjuade sektionschefen på denna debatt, men framhåller det etiskt korrekta i att inte vägra någon som kunde gynnas av intensivvård tillträde till IPV:s (eller övriga Sveriges IVA-)resurser. Samtidigt innebar detta att patientflödena blev så pass stora att avdelningarna tvingades skicka patienter mellan sig. Detta sker också i normala fall och i något ökande utsträckning i Sverige, vilket diskuteras i Bengt Gerdins underrapport till coronakommissionen (Gerdin 2021). Under den andra vågen blev dock flyttning av patienter mellan intensivvårdsavdelningar vanligt förekommande, särskilt i Malmö som har färre intensivvårdsplatser men ett väsentligen större upptagningsområde än Lund. Flyttarna uppfattades i sig som ett etiskt dilemma för flera av de intervjuade läkarna, som dels var väl medvetna om riskerna med att transportera kritiskt sjuka patienter, dels insåg att de anhöriga hade svårt att förstå och acceptera att deras närstående skulle behöva köras runt mellan skånska sjukhus på grund av platsbrist.¹⁷

Undersköterskorna och sjuksköterskorna reflekterade också kring flyttarna och det etiska dilemma som de uppfattade att flyttarna utgjorde, men hade också många funderingar kring själva vårdprocessen på kohorterna. Bland flera intervjuade fanns en uppfattning att bristen på erfaren IVA-personal – inklusive bristen på erfarna intensivvårdsläkare – gjorde att vården inte ”gick framåt” som önskvärt. Patienterna blev liggande utan att insatser eller steg togs för att aktivt söka hjälpa patienten framåt, till tillfriskning. Vården framstod alltså som mera passiv än under normala förhållanden, och framför allt undersköterskorna beskrev i intervjuerna läkarna som allt

¹⁷ Här kan nämnas att inte ens under en pandemi är sjukvården förskonad från olika organisatoriska problem kopplade till exempelvis upphandlingar. Problematiken kring den intensivvårdsutrustade ambulansen i Region Skåne som återtog i offentlig regi utan färdig bemanningsplan faller utanför rapportens fokus och frågeställningar, men bidrog till att särskilt IVA-personalen (och i synnerhet läkarna) i Malmö fick än högre arbetsbelastning. Dessutom innebar processen med en illa skött back-sourcing att IPV:s verksamhetschef, och IVA Malmös sektionschef, drogs in i ännu fler möten under pandemins andra väg (t ex Läkartidningen 2022).

för avvaktande och osäkra. Läkarna å sin sida ger i intervjuerna uttryck för det svåra i att veta vad som är att driva vården framåt, när sjukdomen är ny och det knappt finns någon beprövad erfarenhet att tala om. Här märks också ett glapp mellan professionerna: undersköterskorna ger uttryck för viss frustration – deras insatser kändes ibland meningslösa, när patienterna blev liggande så länge utan att någon riktigt kommunicerade om planer eller förväntningar. Sjuksköterskorna uttrycker samma sorts frustration och etiska stress över att patienterna ”bara låg”, som en intervjuad uttryckte det, men reflekterade i allmänhet mer kring svårigheten att behandla nya sjukdomar. Läkarna ger i intervjuerna uttryck för att såväl första som andra vågen utgjorde branta inlärningskurvor; det var spännande att lära sig om en ny sjukdom, trots allt, och även om vården blev långdragen så fanns det patienter som trotsade alla förväntningar och överlevde också de mest svåra och utdragna förlopp. Anekdotisk bevisföring från den egna och andra kliniker användes som skäl för att försöka lite till och lite längre. Trots allt lärde sig alltså läkarna något av varje patient, medan undersköterskorna mer betonade lidandet för patienterna och osäkerheten kring det meningsfulla i insatserna.

Bland undersköterskorna och sjuksköterskorna fanns också en oro för att neddragningarna i de omvårdande insatserna, känslan av att patienterna sköttes ”som på löpande band” (en formulering som återkom i intervjuerna med sjuksköterskor och undersköterskor på båda orterna), skulle fortplanta sig in i den vanliga intensivvården. Flera intervjuade undrade om de själva skulle förändras i sin yrkesroll, bli mer instrumentella och mindre inkännande, eftersom de var tvungna att mer än vanligt agera så under andra vågen. Många intervjuade beskrev målade hur de tvivlade på sig själva, särskilt när de gick hem från ett avslutat arbetspass. Då kom känslan av otillräcklighet och ibland också skam över att inte kunna skilja på patienterna, knappt komma ihåg deras namn och glömma att presentera sig för dem eller småprata med dem. Eftersom patienternas anhöriga sällan blev kända för omvårdnadspersonalen blev det också svårt att betrakta patienterna som unika människor; omvårdnadspersonalen fick ingen fyllig information om vem de hade framför sig. Patienterna var dessutom så många och hade så lika symptom att de tenderade att försvinna som individer. När arbetspasset var över insåg många i omvårdnadspersonalen just detta, och drabbades av självtvivel – ibland till och med självförakt. ”Jag vet att vi måste göra så här, det går inte på nåt annat sätt, men ändå kommer dom tankarna”, som en sjuksköterska uttryckte det när hon reflekterade kring att hon ofta kände sig otillräcklig och oskicklig för att patienterna flöt ihop och mest framstod som en rad kroppar att tvätta och sköta.

3.3.2 ”Vi har inte tid att prata om detta”: om bristen på reflektion under andra vågen

Den andra vågen präglades alltså av etiska dilemman som personalen hanterade efter bästa förmåga. Själva arbetet var också extremt, ställde höga krav på personalen och gav upphov till känslor av främlingskap; i världen utanför sjukhuset satt folk på uteserveringar eller gick och shoppade som vanligt. Det innebar att vårdpersonalen gick in i en slags bubbla när de började sina arbetspass, och när de kom ut igen kunde de känna ilska, frustration och rädsla över att befinna sig i en så pressad situation samtidigt som livet utanför sjukhuset pågick som vanligt.

Det fanns, enligt vad intervjuerna visar, inte mycket utrymme för att diskutera dessa känslor. I såväl Malmö som Lund erbjöds personalen reflektionssamtal med kuratorerna, men de intervjuade uppfattade ofta dessa samtal som otillräckliga eller otillfredsställande. Samtalen inleddes med att kuratorn ställde en öppen fråga i stil med: hur har det känts idag? De intervjuade beskriver att de många gånger kände sig för trötta eller splittrade för att få ut särskilt mycket av dessa möten. Ett sådant reflektionssamtal observerades inom ramen för datainsamlingen till denna rapport, och just det samtalet kan beskrivas som trevande. De anställda diskuterade med varandra, men sökte också ledning under samtalet. Här ett utdrag från observationsanteckningarna:

Kuratorn börjar med att fråga ”vad vill ni dela med er av idag?”. Först sitter alla tysta, och sedan är det någon som suckar högt och säger att det känns som ett löpande band, man hinner inte med. Några andra faller in i temat och pratar om själva arbetet som tungt, och omvårdnaden som ”opersonlig”. En undersköterska säger att hon kan bli arg, för ingen behandlar patienterna som människor, inte hon själv heller. Jag uppfattar att stämningen snarast blir irriterad när samtalet väl kommit i gång. Kuratorn säger inget, förutom att hon fördelar ordet: ”vill du också säga något?”. Vissa i gruppen är hela tiden tysta, någon skakar på huvudet när kuratorn vill ge ordet. Till slut vänder sig en av undersköterskorna till mig och säger: Rebecca, har du sett något, har du någon analys? Jag svarar kortfattat att jag tycker samtalet speglar det som uttryckts i de intervjuer jag gjort. Samtalet fortsätter, men de flesta sitter ganska tyst.

Reflektionssamtal kan fylla en viktig funktion i att mobilisera resiliens under en långdragen kris, och i intervjuerna finns det flera som lyfter fram samtalen som ett gott initiativ som hjälpte de anställda att härda ut krisen. Men det kan ha varit så att den öppna och ostrukturerade formen la över väl mycket ansvar på en redan fysiskt och psykiskt utmattad personal. Åtminstone ibland tycks deltagarna kommit att betrakta samtalen inte som en stödinsats, utan som ytterligare en arbetsuppgift. Den modell för psykologiska stödinsatser som utvecklades vid S:t Görans sjukhus i Stockholm under pandemin (Appelbom et al 2021), och som byggde på fem vägledande principer, är

sannolikt mer effektiv eftersom den kombinerade flexibilitet med bredd i stödformerna. De fem principerna var:

1. Stödinsatserna ska bygga på behov och praktisk genomförbarhet, snarare än implementering av standardiserade interventionsmodeller. Denna princip kräver en lyhörd dialog med personal och chefer kring vad de anställda behöver för typ av insatser under krisens olika faser, och förmåga att flexibelt anpassa insatserna efter olika behov.
2. Insatserna ska integreras i de kliniska rutinerna, och bygga på att stödteam i realtid kan identifiera personer som är i särskilt behov av stöd. Det innebär att stödteamet måste vara närvarande på arbetsplatsen, och att en del av personalens arbetstid viks åt deltagande i olika stödåtgärder.
3. Stödinsatserna ska utvecklas utifrån evidensbaserad och forskningsförankrad kunskap kring organisations- och yrkespsykologi.
4. Stödinsatserna ska syfta till att mobilisera resiliens genom att understödja de anställdas främsta resurser: de fysiska resurserna (som hänger samman med sömn); de sociala resurserna (som handlar om sociala nätverk); och psykologiska (som hänger samman med känslor av kompetens, kontroll och autonomi).
5. Stödmodellen byggs ”bottom-up” genom olika initiativ som syftar till att nå olika personalgrupper och möta olika behov och reaktioner under krisens olika faser.

Några saker kan sägas om att organisera stödinsatser enligt dessa fem principer. De kräver omfattande resurser i form av kuratorer och psykologer som kan lägga tid på att utveckla olika typer av stödinsatser. Dessa resurser fanns inte inom IPV under pandemin, åtminstone inte i den utsträckning som hade krävts för att utveckla en mer följsam och proaktiv modell. Med små resurser blir allokering en central fråga. Om kuratorernas tid ägnats åt att stödja anhöriga, hade kanske läkarna avlastats och den etiska stress de kände kring kommunikationssvårigheterna med anhöriga möjligen lättat. Det är alltså inte självklart att kuratorerna, som finns till för både personalen och patienterna, ska lägga allt för mycket tid på just personalen. Samtidigt är det tydligt att de reflektionsamtal som organiserades inte fullt ut fyllde de behov som fanns av att tänka igenom och ventilerat problem, känslor och farhågor. Inte minst tycks de tvärprofessionella samtalen ha saknats. Många efterfrågade trots allt möjligheter att reflektera tillsammans med kollegor, och kritiserade i intervjuerna IPV för att inte skapa sådana möjligheter. Efter att ha beskrivit och resonerat kring etiska dilemman i covid-

vården konstaterade en sjuksköterska: ”vi har inte tid att prata om detta, och det är synd”.

Intervjuerna som den här rapporten bygger på fyllde en funktion som reflektionstillfälle. Många kommenterade att intervjutillfället kändes som ”terapi”. Det uppstod också starka känslor hos de som intervjuades, exempelvis var det vanligt att de började gråta. Det är väl känt att kvalitativa forskningsintervjuer kan ha en terapeutisk effekt (Rosetto 2014). Även om syftet aldrig är, och heller inte var i detta forskningsprojekt, att nå sådana effekter så innebär intervjun att den som deltar får möjlighet att sätta sin historia i ett sammanhang. Drury et al (2007: 384) formulerar det som att samtalet kan hjälpa den intervjuade att förstå (”make sense”) av det som händer dem; kan hjälpa dem att lösa vissa problem; och kan ge bekräftelse. Allt detta är centralt i mobiliseringen av resiliens, alltså förmågan att orka ta sig igenom en kris. Skillnaden mellan det kliniskt terapeutiska samtalet och forskningsintervjun är att forskningsintervjuer inte syftar till att få deltagaren att öka sin självförståelse eller förändra sitt beteende. Därför måste forskaren som gör intervjun hålla sig från att träda in i terapeutrollen. Den eventuella terapeutiska effekten är alltså sekundär, och aldrig ett mål i sig. Samtidigt finns andra effekter. Det är ända sedan de så kallade Hawthorne-experimenten¹⁸ känt att den uppmärksamhet och bekräftelse som deltagande i etnografiska arbetsplatsstudier ofta ger, tycks generera en produktivitetsvinst alldeles oavsett vad syftet eller utfallet av själva studien är (detta är känt som Hawthorne-effekten, och jämförs ofta med placeboeffekt; Wickström & Bendix 2000).

Personalen erbjöds alltså vissa direkta och möjligen också indirekta stödinsatser under andra vågen, men den slutsats som måste dras baserat på intervjuerna är att allt för lite gjordes för att skapa goda förutsättningar att reflektera enskilt och i grupp, inomprofessionellt och tvärprofessionellt, kring de etiska dilemman som personalen ställdes inför.

Så blev det också så, under en period vid tiden för den andra vågen, att många patienter gick bort. Detta var också inledningen till den kanske svåraste perioden för många av de intervjuade, då pandemin varken tog slut eller intensifierades, och kraven på att återgå till normal verksamhet samtidigt skärptes.

¹⁸ Hawthorne-studien genomfördes på Western Electric Company i Chicago år 1924. Under studiens gång observerades att produktiviteten hela tiden ökade utan att någon uppenbar förklaring fanns. Till slut konkluderade forskarna att produktivitetsökningen orsakades av det faktum att arbetarna observerades, och därmed gavs ”en särskild social position och bemötande” som i sig verkade förstärkande och bekräftande, och som gjorde att arbetarna arbetade med effektivt (Wickström & Bendix 2000: 364).

3.4 Den höga platån: våren 2021

Att pandemier går i vågor är väletablerat. Såväl Folkhälsomyndigheten som Socialstyrelsen slår fast att covid-pandemins första våg kom under perioden mars till september 2020, och att andra vågen kom under perioden oktober 2020 till tidig vår 2021. För Skånes del var perioden december till februari 2021 allra mest intensiv i termer av antal slutenvårdade patienter. Men den andra vågen gick över i en tredje våg, som inte var lika intensiv men som skulle kunna beskrivas som en platå; trots allt vårdades en hel del covid-sjuka på IPV under våren 2021. Det stora problemet under den här perioden var att personalen var oerhört trött. De intervjuer som genomfördes då präglas av uppgivenhet och starka känslouttryck – framför allt ilska och gråt. Under april månad återkopplades studieresultaten till IVA Malmös undersköterskor och sjuksköterskor under arbetsplatsträffar, och diskussionerna tenderade att fokusera känslan av matthet. Pandemin hade nu varat så länge och varit så intensiv att flera i personalen undrade om de skulle orka. Samtidigt framstod allt som osäkert; även om det nationella vaccinationsprogrammet var igång, och personalen numera kände sig helt trygg med covid-vården – anställda var inte rädda för att bli smittade – så undrade många om det skulle komma ytterligare en stor våg, och vad som skulle hända då. För första gången under datainsamlingsprocessen började nu deltagare tala om att de skulle säga upp sig, eller kände att de behövde sjukskrivas. Flera intervjuade nämnde att stämningen var annorlunda på avdelningarna. Om den andra vågen präglades av en kamplust och gott teamarbete, tyckte flera att tredje vågen istället präglades av irritation och kraftlöshet. ”Det märks att folk är trötta” var en återkommande formulering bland såväl läkare som undersköterskor och sjuksköterskor. Det var också under senvåren 2021 som de intervjuade mer aktivt började klaga på bristen på psykosocialt stöd inom kliniken. Dessutom pågick en lönerevision, där omvårdnadspersonalen fick inse att löneutrymmet inte påverkats av pandemin. Regionen erbjöd viss bonus, och kliniken bjöd mer generöst än tidigare på sådant som glasscheckar för att visa personalen uppskattning. Sådana insatser, från lyhörda enhetschefer, tycktes spela roll och var uppskattade – men för många var ändå den opåverkade lönerevisionen ett bevis på att deras insatser inte gjort något större avtryck i samhället, alla applåder och gratisluncher till trots.

3.4.1 Empatitröttheten slår till

Under den här tiden framträder det som i forskningen kallas compassion fatigue, empatitrötthet. Det är tydligt i intervjuerna att detta begrepp inte är känt inom kliniken, men det som de intervjuade beskriver att de upplever och lider av stämmer

väl överens med litteraturen på området. I ett återkopplande samtal kring studien talar exempelvis en enhetschef i termer av att personalen tycks ha tappat sin yrkesstolthet, vilket också beskrivs av Beth Stamm (2009) som ligger bakom den teoretiska modell för empatitrötthet som fått störst spridning i forskningen. En sjuksköterska uttryckte det på ett sätt som också fångar hur psykiskt påverkade flera anställda var under den här tiden:

Det är inte samma engagemang. Man märker det på alla, mig med. Vi gör det vi måste men inte mer. Det är inte alls samma [som innan]. Jag tänker att jag måste byta jobb nästan, och det är inte roligt att behöva säga, för jag har alltid -, ja du får ursäkta, jag hittar inte orden nu. Jag går in på Ica och tänker, jag sätter mig här i kassan istället, för jag orkar inte. Jag orkar inte längre, jag känner liksom... [gråter] ... Det här som gjorde jobbet roligt innan, det är inte roligt längre. Detta att jag gråter, jag brukade aldrig göra det innan, jag känner inte igen mig själv, jag gråter för minsta lilla. Du får ursäkta.

Empatitrötthet orsakas av "kronisk arbetsrelaterad stress" (Xie et al 2021: 1) i kombination med "sekundärt trauma" (Lluch et al 2022: 364) och innebär först och främst att det som kallas "compassion satisfaction", alltså den tillfredsställelse som vårdpersonal får av att hjälpa patienter, försvinner. När arbetstillfredsställelsen försvinner inträder istället känslor av meningslöshet och utmattning. Forskare har kopplat empatitrötthet till insomni, utmattning, depression, känslor av hopplöshet och försämrade bedömnings- och beslutsförmåga (Xie et al 2021.). Psykologerna Thomas M. Skovholt och Michelle Trotter-Mathison beskriver empatitröttheten som att slitas mellan omsorg om sig själv och omsorg om andra: "exhausted when saying yes, guilty when saying no" (Skovholt & Trotter-Mathison 2016: 4). I en studie av empatitrötthet bland de som arbetade med sjukvård och krisstöd under orkanerna Ivan och Katrina i USA beskrivs att också upplevelsen av kollegors stress och trötthet kan bidra (Campbell 2007: 170).

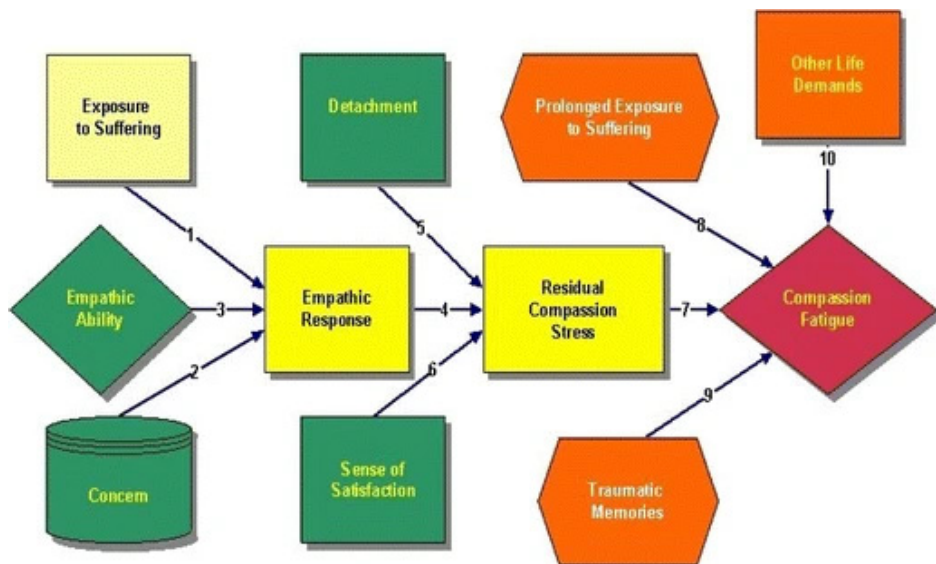


Fig. 2 The Compassion Fatigue Process, Figley (2002).

Skovholt och Trotter-Mathison (2016) föreslår att en reflexiv hållning kring frågor om empatirötthet är det bästa för att förhindra den; bland annat har de utvecklat en enkät, vars syfte är att skapa självreflektion och identifiera individens förmågor att hitta tillbaka till "compassion satisfaction". Andra forskare framhåller att gott teamarbete med gemensamma reflektionssamtal kring, och kunskapshöjande insatser om, empatirötthet kan förhindra och lätta tillståndet (Campbell 2007). Utifrån de återkopplingsträffar som arrangerades inom ramen för forskningsprojektet under såväl ordinarie arbetsplatsträffar som utvecklingsdagar blev det tydligt att bara själva diskussionen om begreppet empatirötthet ledde till viktiga diskussioner och reflektioner bland personalen. Många kommenterade under och efter dessa träffar, att begreppet träffande beskrev det de kände och att det hjälpte att veta att fenomenet var känt och upplevelsen gemensam. Ändå blev det tydligt när exempelvis diskussioner påbörjades i medierna om att Sverige eventuellt skulle ta emot rumänska patienter, därför att vaccinationsgraden var så låg och sjukvården så hårt belastad där, att många inom IPV förvånades över sina negativa reaktioner. En sjuksköterska uttryckte det så här:

Hade dom sagt för några år sen, att det kommer rumänska patienter hit för dom klarar det inte själva, då hade vi sagt: ta hit dom bara, vi bryr oss inte om var patienterna kommer ifrån! Idag känner man bara: nej, aldrig, kom inte hit! Låt dom sköta det själva! Och den reaktionen är man förvånad över, det kan jag säga. Det trodde jag aldrig att jag skulle säga en sån sak, att jag vill inte ha hit vissa patienter eller låt dom ligga där och dö ungefär.

På samma sätt reagerade flera i personalen när covid-sjuka som vägrat vaccinera sig lades in på intensivvårdsavdelningarna. Hur vårdpersonalen skulle hantera besökande anhöriga som inte heller var vaccinerade blev också en stor fråga, där missnöjet med själva valet att välja bort vaccination snarare än rädsla för att bli smittade tycks stå i centrum. Det är sannolikt att dessa diskussioner var ett uttryck för djup frustration över pandemins långdragna förlopp i kombination med empatitrötthet, snarare än oro för hur patienter och anhöriga bäst skulle tas omhand.

3.5 ”Vi får inte tappa detta nu, vi måste lära oss!” Om organisatoriskt lärande

Till slut planade också plåtån ut, och pandemin påverkade allt mindre den dagliga verksamheten inom IPV. Hösten 2022 blev relativt lugn, och med en väl vaccinerad befolkning uteblev den befarade fjärde vågen under vintern. Cheferna hade i intervjuerna uttryckt viss oro för att förlora personal när pandemin väl var över, och till viss del besannades den farhågan i vissa delar av verksamheten där personalomsättningen ökade något.¹⁹ I stort tycks dock IPV ha klarat krisen väl, jämfört med andra pandemi-berörda kliniker där betydande delar av framför allt omvårdnadspersonalen sagt upp sig.

Den stora frågan efter att pandemins första, andra och tredje våg lagt sig har handlat om det organisatoriska lärandet. En brist i sjukvården är dess slimmade organisation som innebär att såväl chefer som anställda hela tiden ställs inför mer eller mindre akuta problem som måste lösas här och nu (Selberg, Sandberg & Mulinari 2021); det innebär att mer systematiska och djupgående analyser ofta inte hinns med. ”Efter” pandemin – och det är när denna rapport skrivs fortfarande oklart om världen, Sverige och IPV befinner sig ”efter” pandemin eller snarare i en passivare fas av den – eftersöktes också bland chefer och anställda möjlighet att lära av covid-krisen. En chef uttryckte det som att ”vi får inte tappa detta nu, vi måste lära oss!”. Flertalet läkare uttryckte liknande

¹⁹ Det är oklart i hur pass stor utsträckning detta hade med pandemin att göra; också sådant som etableringen av privata aktörer påverkade inte minst operationsverksamheten inom kliniken.

uppfattningar, att känslan av meningslöshet som infunnit sig under den tuffa tredje vågen (platån) skulle stanna kvar om inga lärdomar samlades upp efter allt som kliniken gått igenom.

Forskningen kring ”organisatoriskt lärande” har vuxit de senaste åren, och det finns en mängd teorier och begrepp som används för att studera och förbättra organisationers förmåga att förändras. I en introduktion till fältet skriver Martin Schulz (2002: 415) att den grundläggande idén är den att organisationer har kapacitet till intelligent beteende:

The basic model is that organizations collect experiences, draw inferences, and encode inferences in repositories of organizational knowledge, such as formal rules and informal practices. In this view, organizations are shaped by complex learning processes that combine current experiences with lessons learned in the past.

För att det organisatoriska lärandet ska ske måste alltså erfarenheter samlas in och relateras till andra erfarenheter och kunskaper, och slutsatserna av denna tankeoperation måste sedan få betydelse för rutiner och praxis. I en enda mening kan organisatoriskt lärande sammanfattas som ”encoding of lessons in routines” (Shulz 2002: 418), alltså införlivandet av erfarenheter i rutiner.

Organisatoriskt lärande är dock, och detta har forskare visat sedan åtminstone 1960-talet (Cyert & March 1963), en ofta motstridig process. Sällan är utvecklingen i en organisation linjär eller enkel. Anpassning och slutledning är snarare cykliska processer, och dessutom med viss irrationalitet inbyggd. Organisatoriskt lärande är komplext och långsamt, och känsligt för små variationer i organisationens struktur (Shulz 2002: 416). Dessutom finns olika typer av hinder som organisationer och dess medlemmar måste överkomma för att lärandet ska kunna ske. March & Olsen (1976) identifierade fyra huvudsakliga hinder. (1) Det första hindret kallas *role-constrained learning*, och innebär att individer misslyckas med att anpassa sitt beteende utifrån vad de lärt sig, exempelvis för att byråkratiska strukturer utgör hinder för förändrade arbetssätt. (2) Det andra kallas *superstitious learning*, och innebär att kopplingen mellan yttre och inre händelser bryts, så att organisationens medlemmar uppfattar att de behöver dra slutsatser av sådant som inte har med organisationen att göra. (3) Det tredje hindret kallas *audience learning*, och utgörs av organisationens oförmåga att fånga upp anställdas erfarenheter och kunskaper – och därmed misslyckas med att implementera nya och bättre arbetssätt som utvecklats på golvet. (4) Det fjärde hindret är *learning under ambiguity*, och beskriver situationer där individer i en organisation gör egna tolkningar av och hittar på egna slutsatser om orsakssamband, baserat på otillräcklig information. Här utgör myter, illusioner eller ideologiska uppfattningar hinder för det organisatoriska lärandet.

Alla dessa hinder finns mer eller mindre närvarande i organisationer, också inom IPV under covid-krisen. Sammantaget innebär de att erfarenheter inte med nödvändighet leder till lärande och förbättring; medlemmarnas föreställningar, tillit och intryck av situationen är det som avgör hur väl organisationen förmår förvalta erfarenheter och ny kunskap.

Organisatoriskt lärande är en viktig del av utvecklingen av resiliens; exempelvis menar McManus et al (2007) att resiliens kan definieras som a) situationsmedvetenhet, b) hanteringen av betydande svagheter och c) adaptiv kapacitet. Orth & Shuldis (2020) visar genom linjär regressionsanalys att nivån på organisatoriskt lärande har en positiv effekt på organisatorisk resiliens, det vill säga lärande organisationer står sig också bättre i kriser och katastrofer. Det är alltså av avgörande betydelse för en organisation som IPV, som kommer att möta fler kriser i framtiden, att arbeta systematiskt för att bli en lärande organisation – och att utveckla rutiner för att just bygga in avgörande erfarenheter i existerande rutiner och praxis. För detta krävs också problemorienterade analyser, där hinder för lärande identifieras och motverkas. När den här rapporten avslutas, har ännu inget sådant arbete påbörjats inom IPV.

4 Rekommendationer

Rapportens slutsatser sammanförs här i några kortfattade rekommendationer för en förbättrad krisplanering.

4.1 Planering för smygande kriser

Intensivvården och den perioperativa vården behöver planera för inte bara kriser och katastrofer som är tydligt avgränsade i tid och rum, utan för **smygande kriser**. Smygande kriser utmärks av oklar början och slut, liksom långdragenhet. Frågor om teamets effektivitet får en helt annan betydelse under långdragna kriser än under katastrofer, därför att de anställda hinner reagera, agera och förlora eller upprätthålla sin ork på olika sätt under en långdragen och svåravgränsad kris. Detta ställer högre krav på ledning och kommunikation, och innebär dessutom att organisationen måste förse anställda och chefer med resurskrävande stödinsatser och utrymme för reflektion och lärande.

För att skapa en stark krisplan som tar hänsyn till hela teamet och hela organisationens operativa kapaciteter och resiliens behöver fyra perspektiv prägla krisplaneringen.

1. **Planera underifrån.** Detta innebär att krisplaneringen behöver involvera de som arbetar på golvet och ute i verksamhetens olika delar – men framförallt innebär det att det vägledande perspektivet i krisplaneringen ska vara att bygga resiliens bland medarbetarna, och skapa en krishantering som är tydlig och funktionell för de som ska arbeta i krisens frontlinje. Detta innebär också att tydligt ta hänsyn till och planera för det stöd som chefer på alla nivåer måste få, för att i sin tur kunna stötta och leda medarbetarna.
2. **Planera brett.** Detta innebär att krisplaneringen måste vara inkluderande, alltså aktivt undvika stuprörstänkande och åtminstone i någon kapacitet aktivera representanter från alla av krisen berörda personalgrupper.

3. **Planera långt.** Smygande kriser är utdragna förlopp, och krisplaneringen måste innehålla strategier för att såväl personal som chefer och organisationen som helhet kan hantera ihållande krislägen.
4. **Planera för återblick och lärande.** Krisplanering ska inte bara gälla strategier för att klara en aktiv krisfas, utan också rutiner för organisatoriskt lärande.

4.1.1 Att skapa resiliens

Intensivvården och den perioperativa vården bör alltså utarbeta en kris- och katastrofberedskap inom ett ramverk av **organisatorisk resiliens**. Detta innebär att analysera och planera för insatser som ökar situationsmedvetenheten, insikten om viktiga svagheter i organisationen, samt förbättrar förutsättningarna för organisatoriskt lärande. Krisplanering inom ett resiliens-ramverk bör dessutom bygga på kunskap om de egenskaper, rutiner och organisationskulturer som främjar individuell och organisatorisk motståndskraft. Här är det särskilt viktigt att utanför krissituationer medvetet arbeta för ett gott arbetsklimat och goda sociala relationer (eftersom en organisations sociala kapital, alltså dess interna relationer, är lika viktigt för att bygga resiliens som tekniskt och ekonomiskt kapital), liksom att främja organisatorisk rättvisa och anställdas möjligheter till inflytande och kontroll. Att utveckla rutiner för **organisatoriskt lärande och reflektioner inom yrkesgrupper och mellan yrkesgrupper** är också centralt. Detta kan vara exempelvis etikronder eller andra former av strukturerade samtal kring hur personalen upplever en kris, liksom vad de kan lära sig av den.

4.1.2 Krisplaneringsfasen: synligt ledarskap, kommunikation och bred upplutning

Under själva krisplaneringsfasen, det vill säga när man identifierat att en smygande kris är på väg att realisera sig, är det viktigt att arbeta för ett **synligt ledarskap**. Detta innebär att organisationen i sin krisplanering behöver skapa rutiner för att avlasta chefer så att de inte "läses in" i möten – särskilt i krisens upptaktsfas är det viktigt att chefer har utrymme att möta och bemöta medarbetare, och vara synlig ute i verksamheten. Detta gäller chefer på alla nivåer.

Kommunikationen är av avgörande betydelse, särskilt i inledningsfasen av en kris. **Normala kommunikationssätt är inte nödvändigtvis optimala under en kris**, och därför behöver krisplaneringen fokusera vad som är en optimal struktur och rutin för kommunikation under en långdragen kris – också i den något svårdefinierade inledningsfasen, då det på ytan kan tyckas att "inget ännu hänt", men då medarbetare

kan uppfatta att saker *borde* hända eller är på väg att hända. Att i det läget fånga upp anställdas oro och vilja att agera är viktigt, så att inledningsfasen av en kris inte präglas av splittring och rädsla.

Synligt ledarskap och kommunikation kräver under en kris, då organisationen redan dräneras på kraft, en förmåga att snabbt identifiera och ställa om resurser och kapaciteter. Organisationen bör **inventera sitt kompetensförråd** mot bakgrund av forskning kring så kallade **kompetensloopar**, och skapa tydliga rutiner för hur synligt ledarskap ska säkerställas och hur kriskommunikationen ut till medarbetarna ska organiseras genom att anställdas arbetsuppgifter ställs om på lämpligt sätt. Erfarenheter från covidpandemin visar att organisationen besitter mer resurser och kompetens, särskilt i administrationen och verksamhetsstödet, än vad som faktiskt utnyttjas i vardagen. Tendenser till stuprörstänkande kan utgöra ett hinder för maximalt resursutnyttjande under kriser.

Konsensus är inte viktigt och heller inte möjligt inför en stundande kris, men **bred uppslutning** och ett effektivt utnyttjande av personalens vilja och lust är både viktigt och möjligt att uppnå. Chefer bör tränas i att under en krissituation möta anställdas olika reaktioner, och kanalisera dessa i produktiva riktningar. Scenariöövningar, studiecirkel och diskussioner i ledningsgrupper kan förbereda chefer på att konkret leda verksamheten när en kris närmar sig.

4.1.3 Aktiva fasen: individuell resiliens – att få personalen att orka

Intensivvården och den perioperativa vården befinner sig i något av en permanent kris vad gäller bemanning; detta är inte ett lokalt utan ett nationellt (och egentligen globalt) problem som härrör ur bristen på framför allt specialistutbildade sjuksköterskor och erfarna specialistläkare. En effektiv krisplanering för långdragna kriser måste därför innehålla strategier för att få personalen att orka. **Agilt krisstöd** för personalen, som innehåller såväl gemensamma reflektionstillfällen som individuella stödinsatser (exempelvis i form av självskattningsformulär som uppmuntrar självreflektion) är av avgörande betydelse. Ett långsiktigt arbete med att kräva och på sikt säkra resurser för ett mer utvecklat krisstöd utgör i sig en viktig del av krisplaneringen i organisationen, och bör prioriteras.

4.1.4 Efterarbetet: utvärdera, omvärdera

Organisatoriskt lärande sker inte av sig självt, och stöter ofta på hinder. En effektiv krisplanering bör innefatta **strukturer för utvärdering och omvärdering** efter en kris.

Nyckelfrågan, som en effektiv krisplanering bör finna svar på, är hur erfarenheter från en kris kan införlivas i rutiner och praxis.

1. Planera underifrån 
2. Planera brett 
3. Planera långt 
4. Planera för återblick och lärande 

Fig 3. Illustration av de vägledande perspektiven i krisplanering för resiliens under smygande kriser.

5 Bilaga 1

5.1 Metoder

Här beskrivs rapportens metodologi.

5.1.1 Varför intervjustudie?

Det överordnade målet för kvalitativ forskning är att nå insikt om fenomen som rör personer och situationer i dessa personers sociala verklighet (Dalen 2007:15). Inom forskning som rör kriser har kvalitativa metoder funnits effektiva, därför att de bättre än andra metoder belyser mänskligt handlande och mänskliga behov (Gephart 2021), som i hög utsträckning är de fenomen som måste tolkas när kriser studeras och krishantering utvärderas. Enkäter lämpar sig dåligt för att belysa hur människor anpassar sig till (eller gör motstånd mot) olika situationer; intervjuer fångar bättre den dimension som handlar om individers ”livsvärld”, det vill säga personers upplevelser av sin tillvaro (Dalen 2015:10). Kvantitativ hypotestestning kan också vara en viktig källa till kunskap om hur människor handlar under en kris, men bygger inom organisationsstudier ofta på en ursprunglig teoriutveckling baserad på kvalitativa studier:

Qualitative methods are particularly useful ... because they are able to provide detailed description of a phenomenon as it occurs in context. These methods do not require the scholar to guess in advance the most important factors and their relationship to each other. Mechanisms associated with the co-occurrence of two phenomenon can be observed in real time or described by first hand informants who experienced it (Nowell & Albrecht 2019: 350).

Etnografisk forskning, alltså kvalitativ forskning som bygger på att forskare inhämtar kunskap genom att röra sig bland och samtala med personer i deras miljö, är *evidensbaserad* i den meningen att den utgår från, och bygger vidare på, ”enduring bodies of organized sociological knowledge” (Burawoy 2019: 48). Detta innebär att

fakta är av avgörande betydelse i kvalitativ forskning,²⁰ men fakta måste värderas utifrån en teoretiskt grundad förståelse av vad som är relevant för att nå djupare insikt om det fenomen som studeras. Av det skälet är alltså den teoretiska inramningen avgörande eftersom resultatet av en kvalitativ studie annars reduceras till *empiricism* – en osorterad återgivning av vad olika personer sagt och tyckt. En sådan osorterad återgivning kan vara intressant i sig, men lämnar mycket att önska vad gäller tolkning av resultat i relation till annan forskning, och utgör sällan stoff till mer hållbara, generaliserbara observationer. Inte minst är detta viktigt eftersom ”verkligheten” inte är objektiv – som sociologen Herbert Blumer konstaterat konstruerar vi i någon grad vår verklighet, eller i alla fall vår förståelse av den, och även människor som lever och verkar nära varandra kan leva i helt olika ”sociala världar” (Blumer 1969). Här finns, som Hammersley (2002: 68) konstaterat, en spänning mellan realism och relativism: antingen får människors förståelser och upplevelser tolkas som *antingen* deras kontakt med verkligheten, så som den objektivt ter sig, *eller* som uttryck för deras kulturella bias. Hammersley hävdar att etnografen löser detta genom att istället söka analysera, kontextualisera och därmed *förstå* människors tolkningar och perspektiv, snarare än att bedöma hur pass ’korrekta’ de är. Etnografisk forskning syftar till att återspegla verkligheten som den ter sig från olika perspektiv och positioner. Samma fenomen kan därför te sig högst olika för olika människor, och få olika betydelse för olika människor, och etnografins styrka ligger i att kunna spegla denna verklighetens komplexitet och motsägelsefullhet (Hammersley 2002: 74).

5.1.2 Är kvalitativ forskning generaliserbar?

Kan man då alls tala om generaliserbarhet när det gäller kvalitativa studier? Om syftet är att nå insikt om personer och situationer i en given social verklighet, borde inte generaliserbarhet hållas för omöjligt? Generaliserbarhet handlar om att kunna ”sträcka ut” forskningsresultat eller slutsatser om en viss grupp eller ett visst sammanhang så att de också kan gälla för andra grupper eller sammanhang. Inom forskning talar man i allmänhet om två olika typer av generaliserbarhet: statistisk och analytisk.²¹ Den förstnämnda gäller för kvantitativa studier, i allmänhet sådana som baseras på statistiska analyser eller åtminstone analyser där uppskattningar görs om en population på basis av empirisk datainsamling av ett urval. I den sortens studier blir också frågor om

²⁰ Som Hammersley (2002: 66) konstaterar, finns i etnografisk forskning en stark realistisk tradition – som uttrycks i termer av att kvalitativ forskning är överlägsen när det gäller att ”komma nära” naturligt förekommande fenomen, ”lyfta slöjan” eller ”gräva djupare” i verkligheten.

²¹ Ibland talar man också om numerisk induktion respektive analytisk induktion; eller teoretisk/analytisk generalisering; eller teoretisk inferens (Hammersley 1992: 86f).

urvalets representativitet viktiga – alltså den empiriska generaliserbarheten, som handlar om att urvalets karakteristika ska ha en distribution liknande den population om vilken forskaren vill uttala sig. I sådana studier är det alltså viktigt att urvalet har en sammansättning som ungefärligt speglar hela populationens sammansättning.

Den andra typen av generaliserbarhet, så kallad analytisk generaliserbarhet, gäller för kvalitativa studier och bygger på helt andra principer. Här handlar det om att ställa resultat från en empirisk studie i relation till existerande teorier och analyser, i syfte att bekräfta, omformulera, omvärdera eller bygga ut teorier och förklaringsmodeller (Yin 2003: 32). Generaliserbarheten ligger alltså i betydelsen av studiens resultat för teorier eller tolkningsramar av fenomen; man kan beskriva det som att man med kvalitativa studier söker upptäcka eller identifiera *generella betingelser* i en specifik situation. Det finns också andra former av analytisk generaliserbarhet som inte söker efter det generella i det specifika, utan istället syftar till att ringa in så kallad ”case-to-case transferability”, där kunskap om en grupp, process eller ett fenomen kan flyttas över till andra grupper, processer eller fenomen; då blir det upp till andra forskare att identifiera eller förkasta generaliserbarheten i en empirisk studies resultat (Schwandt 1997: 57f).

Ytterst bygger alltså analytisk generaliserbarhet på att det görs en *analys* av det insamlade materialet; data måste tolkas och sättas i relation till annan forskning och analytiska begrepp eller teorier – endast så kan generaliserbarheten framträda (eller förkastas). Det är också genom att testa data mot existerande teoretiska begrepp eller modeller som hypoteser kan *falsifieras* i kvalitativ forskning. Man kan uttrycka det som att ”power” i en kvalitativ studie avgörs av hur resultaten kan stärka, omformulera eller förkasta existerande teorier. Om forskaren endast söker bekräftelse av teorier eller begrepp blir resultatet till slut teoretisk stagnation (Burawoy 2019: 51). I studier inom det som kallas public management – alltså forskning om offentliga organisationer – finns dessutom ytterligare en ambition, som handlar om att bidra med relevant kunskap till praktikerfältet (Kettl 2000). En studie saknar ”power” om den inte utöver att bidra till forskningsfältet också bidrar till praktikerfältet.

5.1.3 Hur uppnås validitet och reliabilitet i kvalitativ forskning?

Samhällsvetenskapen bygger således på tolkning, och är *hermeneutisk*²² i dubbel bemärkelse: den bygger på en interaktion mellan teori och data (hermeneutikens vetenskapliga dimension), och på interaktion mellan forskare och fält (hermeneutikens reflexiva dimension) (Burawoy 2019: 50). Kvalitativ forskning vilar på ett erkännande av den reflexiva dimensionen, alltså medvetenheten om att forskaren deltar i och därför alltid i någon mån påverkar den verklighet som studeras. Det samma gäller naturligtvis också i någon mån för kvantitativa studier; forskaren formar det som studeras genom frågeställning, urval och analystekniker. Ambitionen med kvantitativa studier är dock att skapa så stor distans mellan forskare och forskningsdeltagare som möjligt, för att minimera extern stimulus och maximera stabilitet. I kvalitativa studier är medvetenheten om fältets dynamik avgörande; forskaren anländer inte till en statisk miljö som kan observeras utan påverkan. Människors livsvärldar och situationer är med nödvändighet rörliga och relationella. Av det skälet blir också frågor om validitet och reliabilitet annorlunda i studier som tar sin utgångspunkt i människors livsvärldar.

Validitet i kvantitativa studier handlar om huruvida en studie verkligen mäter det som avses att mätas – det vill säga, fångar mätinstrumentet rätt saker givet frågeställningen och syftet? Reliabilitet handlar om konsistens och replikerbarhet. Ger instrumentet samma resultat under lång tid? Kan resultaten återskapas? I så fall anses forskningen ha hög reliabilitet. Givet den kvalitativa forskningens utgångspunkter måste andra begrepp än reliabilitet och validitet användas för att avgöra kvaliteten i en studie. Rigositet är ett bättre begrepp, som handlar om att *minimera reaktivitet* (alltså forskarens effekt på forskningsdeltagarna); *reducera bias* (forskarens förförståelse som kan komma fram i hur frågor formuleras eller observationer filtreras); samt att minska så kallad *respondent bias* (som handlar om intervjupersoners tendens att vilja behaga forskaren och svara på frågor i enlighet med vad man föreställer sig att forskaren önskar) – samt om att uppnå resultat som är användbara för forskning och praktiker.

5.1.4 Bygger rapporten på en rigorös studie?

Ett sätt att öka rigositeten i en kvalitativ studie är alltså att söka minska effekten av forskarens närvaro bland forskningsdeltagarna. Detta kan göras genom att forskaren gör sig känd för forskningsdeltagarna, och genom att låta genomföra längre intervjuer:

²² Hermeneutik har beskrivits som "the art of interpretation". Tolkning är aldrig fullständigt objektivt, och det är heller inte målet; syftet är istället att genom engagemang söka förstå ett uttalande eller en händelse i relation till dess socio-kulturella sammanhang (Kinsella 2006: 7).

[One strategy] for ... enhancing the rigor of qualitative studies [...] involves prolonged engagement. This may involve conducting lengthy interviews rather than relying on brief ones ... and spending long periods of time in the field building trusting relationships with respondents. Prolonged engagement is thought to lessen the likelihood of reactivity and respondent bias because the researcher's presence after a long period of engagement may seem less obtrusive... (Rubin 2000: 175).

Ett annat sätt att beskriva detta är ”ekologisk validitet”, som handlar om att forskaren är känd för forskningsdeltagarna, tar sig tid i samtal med dem, och har god kunskap om den miljö som forskningsdeltagarna verkar i (Dalen 2015: 115). Studien som rapporten bygger på ligger i linje med denna hållning. I princip samtliga intervjuade personer hade vid något tillfälle innan intervjun träffat och/eller lyssnat på den intervjuande forskaren (under exempelvis utvecklingsdagar). Intervjuerna varade i de flesta fall i minst en timme och räknas därmed som längre. Intervjuerna var semistrukturerade, det vill säga de följde en intervjuguide som innehöll i huvudsak öppna frågor, men där följdfrågor och förtydliganden innebar att intervjun ändå hade formen av ett samtal. Även detta, att samma nyckelfrågor ställs till alla forskningsdeltagare och på samma sätt, samtidigt som specifika följdfrågor formuleras under dialogen, kan bidra till att minska risken för reaktivitet, bias och respondent bias. Studiens upplägg bygger vidare på forskarens långa erfarenhet av etnografiska studier inom sjukvården (t.ex. Selberg 2012, 2013, 2022; Selberg & Mulinari 2022) och kan därmed sägas ha hög ekologisk validitet.

Rigorositet handlar också om urvalsprinciper och urvalsstorlek. I kvalitativa studier finns inga fasta principer för urval; ofta handlar det om så kallat lämplighetsurval där forskaren måste göra en bedömning av vilket urval som är rimligt givet syfte och frågeställning, och vilket urval som är möjligt att göra givet det sociala och praktiska sammanhang som studien genomförs i. Urvalet av forskningsdeltagare i den här studien gjordes på basis av å ena sidan lämplighet, å andra sidan inklusionsbredd. En del forskningsdeltagare approcherades för att de befunnit sig på nyckelpositioner under pandemin, exempelvis som ansvariga för vissa frågor eller områden. Dessa identifierades huvudsakligen genom samtal med chefer. Chefer inkluderades av samma skäl, för att de har givna ansvarspositioner inom organisationen och därmed en strategisk roll i planeringen och utförandet av krishantering. Dessa personer var alltså särskilt lämpliga att intervjua. Därefter eftersträvades bredd i det empiriska materialet, alltså en mångfald av perspektiv och erfarenheter från olika platser i intensivvårdens organisation. Inga exklusionskriterier sattes upp; alla som ville bli intervjuade intervjuades också.

Utgör de 61 intervjuade personerna ett representativt och tillräckligt stort urval? Representativitet har alltså inte samma betydelse i kvalitativa som i kvantitativa studier;

det är ju själva sammanhanget som står i centrum, och då avgörs frågan om representativitet av hur väl det sociala sammanhanget låter sig fångas av urvalet av forskningsdeltagare. I den här rapporten finns en bredd bland intervjudeltagarna vad gäller såväl geografisk som organisatorisk position. Det finns också en bredd vad gäller de intervjuades yrkeserfarenheter (år i yrket, anställningstid, senioritet); deras sociala sammansättning (kön och ålder); samt syn på organisationens beredskap och förmåga inför och under pandemin. Det är möjligt att fler intervjuer med fler exempelvis paramedicinska specialiteter (fysioterapeuter, kuratorer med flera) hade gett en ännu bättre bild av skeendet (endast en fysioterapeut intervjuades). Samtidigt avgörs urvalsstorleken ytterst av det som kallas saturation, alltså mättnad: när fler intervjuer endast tycks bekräfta det som tidigare intervjuer redan visat, och därmed inte längre bidrar med ny information om det som undersöks – således när inga nya teman kan identifieras i den data som inhämtas – då finns en mättnad i materialet som innebär att tillräckligt många intervjuer genomförts (Shwandt 2001: 111). Antalet intervjuer som genomfördes för den här studien överstiger vida det som kan kallas mättnadsantalet. Redan efter ungefär fem intervjuer per yrkeskategori infann sig saturation i materialet, det vill säga inga nya teman utkristalliserades.

Anledningen till att fler intervjuer ändå genomfördes var att alla som ville delta erbjöds möjlighet att göra så; forskning indikerar att kvalitativa intervjuer har en terapeutisk effekt på deltagarna, även om detta aldrig är avsikten med forskningsintervjuer (Rossetto 2014). Inom arbetslivsforskningen är det känt att forskares närvaro på arbetsplatser i syfte att studera arbetsmiljön kan ha en positiv effekt på anställdas upplevelser av arbetsmiljön (Oswald et al 2014.). Möjligheten för anställda att få dela med sig av sina upplevelser av och reflektioner kring covid-19-pandemin ansågs alltså ha ett värde i sig.

5.1.5 Vad tillför observationer?

I den här studien användes observationer framförallt som ett sätt att nå kunskap om arbetsprocesser och arbetsmiljö på covid-avdelningarna inom intensivvården under pandemins andra våg. Observationerna syftade således till att generera kunskap om informanternas arbetsvärldar under pandemin som i sin tur kunde förbättra möjligheten för intervjuerna att ge insikt om personalen och chefernas organisatoriska livsvärld utanför intervjusituationen (jmf. Luton 2015).

5.1.6 Sammanfattningsvis: rapportens metodologiska grund

Rapporten bygger på en omfattande kvalitativ datainsamling. Kvalitativa metoder är bäst lämpade givet studiens syfte och frågeställning. Observationerna gav viktig kunskap om arbetsprocesser och arbetsmiljö på covid-avdelningarna inom intensivvården i Malmö och Lund, och skapade bättre förutsättningar för intervjuer med personal och chefer. Intervjuerna speglar personalgruppens bredd och gav kunskap om covid-19-pandemins effekter på intensivvårdspersonalens och -chefernas livsvärld inom intensivvårdsorganisationen. Studien har utformats för att ge möjlighet till generaliserbarhet och transferabilitet, liksom för att generera resultat som är användbara för organisationen och andra praktiker; samt för att stärka rigorositeten och minimera reaktivitet och bias.

6 Referenser

- Aldrich, D. P., & Meyer, M. A. (2015). Social capital and community resilience. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 254-269.
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2019). Compassion fatigue in critical care nurses: An integrative review of the literature. *Saudi medical journal*, 40(11), 1087.
- Alharbi, J., Jackson, D. & Usher, K. (2020). "The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses." *Journal of Clinical Nursing* 18(20), 15-16.
- Appelbom, S., et al (2021). The rapid implementation of a psychological support model for frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a case study and process evaluation. *Frontiers in psychiatry*, 12.
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 290, 113129.
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E.C., Strauss, A.L. (1961) *Boys in White: Student culture in medical school*. Chicago: Transaction Press.
- Bejerot, E., Forsberg Kankkunen, T., & Hasselbladh, H. (2015). Två decennier av new public management: arbetsmiljön i skola och sjukvård. *Arbetsmarknad & arbetsliv*, 21(3), 23-41.
- Björngren Cuadra, K. (2015) Disaster Social Work in Sweden: Context, practices and challenges in international perspective. The Nordic Welfare Watch – in Response to Crisis, Working papers 2015/01.
- Blumer, H. (1969) The methodological position of symbolic interactionism. I Blumer, H. (red.) *Symbolic Interactionism*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Brand, S. L., Thompson Coon, J., Fleming, L. E., Carroll, L., Bethel, A., & Wyatt, K. (2017). Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: a systematic review. *PloS one*, 12(12), e0188418.
- Burawoy, M. (2019). Empiricism and its fallacies. *Contexts*, 18(1), 47-53.
- Campbell, L. (2007) Utilizing Compassion Fatigue Education in Hurricanes Ivan and Katrina. *Clinical Social Work Journal*, vol. 35, 165-171.
- Colville, G. A., et al. (2017). Coping with staff burnout and work-related posttraumatic stress in intensive care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(7), e267-e273.

- Cyert, R. & March, J. G. (1963) *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Dalen, M. (2015) *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups.
- Da Silva, F. & M. Neto (2020) Psychiatric disorders in health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* (14), 2021, 474-478.
- Dobson, H., et al (2021). Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australasian Psychiatry*, 29(1), 26-30.
- Doerfel, M. L. (2015). Networked forms of organizing, disaster-related disruptions, and public health. In Doerfel, M. L. (red.) *Organizations, communication, and health*, 365-383. London: Routledge.
- Drury, V., Francis, K., & Chapman, Y. (2007). Taming the rescuer: The therapeutic nature of qualitative research interviews. *International Journal of Nursing Practice*, 13(6), 383-384.
- Ekdahl, E., Morton, D. & Starke Sundén, E. (2021) Att stå i medias fokus – en kvalitativ intervjustudie om medias bevakning av intensivvården under covid-19. Göteborgs universitet, kandidatuppsats i journalistik.
- Ekengren, M. et al (2021) Coronapandemin – en smygande kris vintern 2020. *Statsvetenskaplig tidskrift* 123(5) 33-9.
- Eldin, A. S., Sabry, D., Abdelgwad, M., & Ramadan, M. A. (2021). Some health effects of work-related stress among nurses working in critical care units. *Toxicology and Industrial Health*, 37(3), 142-151.
- Else, H. (2020) How a torrent of COVID science changed research publishing – in seven charts. *Nature*, 588, 533 (2020).
- Enander, A. *Från storm till terror*. Lund: Studentlitteratur.
- Enea, V., Candel, O. S., Zancu, S. A., Scrumeda, A., Bărbuşelu, M., Largu, A. M., & Manciu, C. (2021). Death anxiety and burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak: The mediating role of obsession with COVID-19 and coronaphobia. *Death Studies*, 1-10.
- Eriksson, R. (2007) Sjukhusets inverterade hierarki: Att förstå svårigheten att politiskt styra produktionen av sjukhusvården med sociologen Bourdieu. *Kommunal politik och ekonomi* 11(3), 7-24.
- Farber NJ, Novack DH, O'Brien MK. Love, boundaries, and the patient-physician relationship. *Arch Intern Med*.1997;157:2291-2294.
- Figley, C. R. (2002) *Brief Treatments for the Traumatized: A project for the Green Cross foundation*. London: Greenwood Press.
- García-Hedrerá, F. et al (2021) Intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic in Spain: social and work-related variables, COVID-19 symptoms, worries, and generalized anxiety levels. *Acute and Critical Care* 36(3), 232-241.

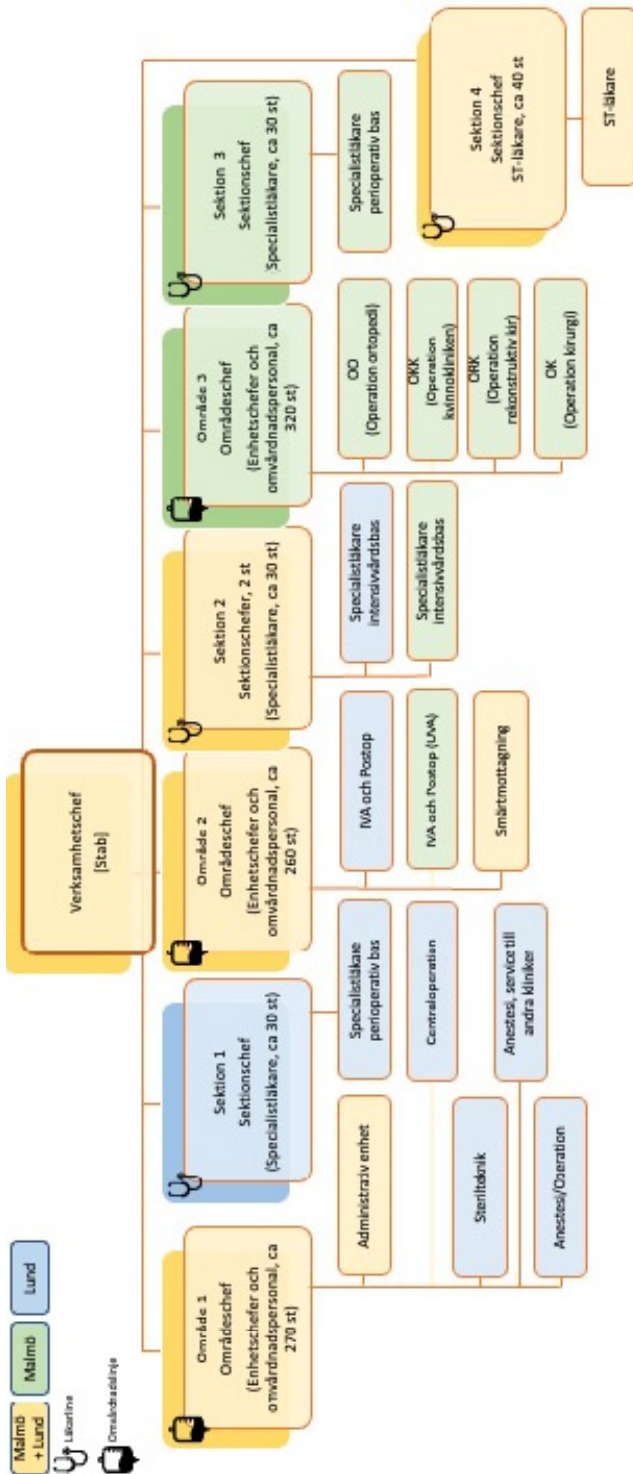
- Gephart, R. (2021), "Tracking Disasters: Researching at the Edge of Chaos", Hill, A.D., Lê, J.K., McKenny, A.F., O'Kane, P., Paroutis, S. and Smith, A.D. (Ed.) *Research in Times of Crisis (Research Methodology in Strategy and Management, Vol. 13)*, Emerald Publishing Limited, Bingley, 13-26.
- Gerdin, B. (2021) Intensivvården i Sverige under covid-19-pandemin. Underlagsrapport till SOU 2021:89.
- Giusti, E. M., et al (2020). The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. *Frontiers in psychology, 11*, 1684.
- Gholami, M., et al. (2021). COVID-19 and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases, 104*, 335-346.
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *Occupational Medicine, 71*(2), 62-67.
- Hammersley, M. (1992). Some reflections on ethnography and validity. *Qualitative studies in education, 5*(3), 195-203.
- Hammersley, M. (2002) Ethnography and realism. I Huberman, M. & Miles, M. (red.) *The Qualitative Researcher's Companion*. London: Sage.
- Hannemann, J., et al (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of medical staff considering the interplay of pandemic burden and psychosocial resources—A rapid systematic review. *PloS one, 17*(2), e0264290.
- Harris, G. & A. Adalja (2021) ICU preparedness in pandemics: lessons learned from the coronavirus disease-2019 outbreak. *Current Opinion in Pulmonary Medicine, 27*(2021), 73-78.
- Hasselbladh, H., E. Bejerot & R. Å. Gustafsson (2008) *Bortom New Public Management – Institutionell transformation i svensk sjukvård* Lund: AcademiaAdacta.
- Heath, C., Sommerfield, A., & von Ungern-Sternberg, B. S. (2020). Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Anaesthesia, 75*(10), 1364-1371.
- Hillert, A., Albrecht, A., & Voderholzer, U. (2020). The burnout phenomenon: A Résumé after more than 15,000 scientific publications. *Frontiers in psychiatry, 11*, 1373.
- Hobbins, J., Danielsson, E. & Sjöstedt, A. (2020) *Genus, risk och kris*. Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsen, L. & J. Ch Karlsson (1999) *Vardagsliv och risk*. Stockholm: MSB.
- Jerneck, M. (2021) Konsten att bemästra en pandemi? *Statsvetenskaplig tidskrift, 123*(5), 7-30.
- Jonsdottir, I. H., Degl'Innocenti, A., Ahlstrom, L., Finizia, C., Wijk, H., & Åkerström, M. (2021). A pre/post analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the psychosocial work environment and recovery among healthcare workers in a large university hospital in Sweden. *Journal of Public Health Research*.
- Kettl, D. F. (2000). Public administration at the millennium: The state of the field. *Journal of public administration research and theory, 10*(1), 7-34.

- Kinsella, E. A. (2006). Hermeneutics and critical hermeneutics: Exploring possibilities within the art of interpretation. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (Vol. 7, No. 3).
- Kelly, L. A., Lefton, C., & Fischer, S. A. (2019). Nurse leader burnout, satisfaction, and work-life balance. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(9), 404-410.
- Kim, Y. (2021). Building organizational resilience through strategic internal communication and organization–employee relationships. *Journal of Applied Communication Research*, 49(5), 589-608.
- Kommunal (2021) Pandemin i sjukvården. Stockholm: Kommunal.
- von Knorring, M. (2012) *The manager role in relation to the medical profession* (diss.). Stockholm: Karolinska Institutet.
- Krishnamoorthy, Y. et al (2020) Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* 293(2020), 1-11.
- Larsson, G. (2021) Ledarskap vid kriser: Ett stresspsykologiskt perspektiv. *Statsvetenskaplig tidskrift* 123(5), 125-141.
- Leiter, M. P. (2008). A two process model of burnout and work engagement: Distinct implications of demands and values. *G Ital Med Lav Ergon*, 30(1 Suppl A), 54-58.
- Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P., & Sansó, N. (2022, February). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: A systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. In *Healthcare* 10(2), 364. MDPI.
- Lidskog, R., & Standring, A. (2020). The institutional machinery of expertise: Producing facts, figures and futures in COVID-19. *Acta Sociologica*, 63(4), 443–446.
- Lipsky, M. (2010) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Luton, L. S. (2015). *Qualitative research approaches for public administration*. Routledge.
- Läkartidningen (2022) “Nytt system för Iva-transporter sätter extra press på läkare i Skåne”, publicerad 2022-02-15, tillgänglig på <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/02/nytt-system-for-iva-transporter-satter-extra-press-pa-lakare-i-skane/> (2022-01-14).
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1976) The uncertainty of the past. Organizational learning under ambiguity. *European Journal of Political Research*, 3, 147-171.
- Maunder, R. G., et al (2008). Applying the lessons of SARS to pandemic influenza. *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 486-488.
- Martins Pereira, S., et al (2016). Compared to palliative care, working in intensive care more than doubles the chances of burnout: results from a nationwide comparative study. *PloS one*, 11(9), e0162340.

- Marvaldi, M., et al (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 126, 252-264.
- McManus, S. et al (2007) Resilience management: a framework for assessing and improving the resilience of organisations. Resilient Organisations Report 2007/01. New Zealand: Resilient Organisations Programme.
- Medina, R., & Medina, A. (2017). Managing competence and learning in knowledge-intensive, project-intensive organizations: A case study of a public organization. *International Journal of Managing Projects in Business*, 10(3), 505-526.
- Meese, K. A., et al. (2021). Healthcare is a team sport: stress, resilience, and correlates of well-being among health system employees in a crisis. *Journal of Healthcare Management*, 66(4), 304
- Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Jama*, 286(23), 3007-3014.
- Menzies Lyth, I. (1960) 'A case in the functioning of the social system as a defence against anxiety: a report on a study of the nursing service of a general hospital. *Human Relations* 13, 95-121.
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13.
- Morecroft, C., Cantrill, J., & Tully, M. P. (2004). Can in-depth research interviews have a 'therapeutic' effect for participants?. *International Journal of Pharmacy Practice*, 12(4), 247-254.
- Morgantini, L. A., et al (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS one*, 15(9), e0238217.
- Naus, F., Van Iterson, A., & Roe, R. (2007). Organizational cynicism: Extending the exit, voice, loyalty, and neglect model of employees' responses to adverse conditions in the workplace. *Human relations*, 60(5), 683-718.
- Neto, M. et al (2020). When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry research*, 288, 112972.
- Nowell, B., & Albrecht, K. (2019). A reviewer's guide to qualitative rigor. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 29(2), 348-363.
- Ong, J. J., Bharatendu, C., Goh, Y., Tang, J. Z., Sooi, K. W., Tan, Y. L., ... & Sharma, V. K. (2020). Headaches associated with personal protective equipment—A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 60(5), 864-877.
- Oswald, D., Sherrat, F. & Smith, S. (2014) Handling the Hawthorne effect: The challenges of surrounding a participant observer. *Review of Social Studies*, 1(1), 53-73.

- Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug;88:901-907. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026. Epub 2020 May 8. Erratum in: *Brain Behav Immun*. 2021 Feb;92:247.
- Pepper, J. R., Jaggar, S. I., Mason, M. J., Finney, S. J., & Dusmet, M. (2012). Schwartz Rounds: reviving compassion in modern healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(3), 94-95.
- Persson, J. E. & Westrup, U. (2014) *Gränsöverskridande chefskap – arbete över organisatoriska gränser i människonära tjänsteverksamheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Rathert, C., Williams, E. S., & Linhart, H.(2018). Evidence for the quadruple aim: A systematic review of the literature on physician burnout and patient outcomes. *Medical Care*, 56(12), 976–984.
- Riccioni, L., Ingravallo, F., Grasselli, G. *et al.* The Italian document: decisions for intensive care when there is an imbalance between care needs and resources during the COVID-19 pandemic. *Ann. Intensive Care* 11, 100 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00888-4>
- Rossetto, K. R. (2014). Qualitative research interviews: Assessing the therapeutic value and challenges. *Journal of social and personal relationships*, 31(4), 482-489.
- Rubin, A. (2000). Standards for rigor in qualitative inquiry. *Research on Social Work Practice*, 10(2), 173-178.
- Schulz, M. (2002) Organizational Learning. I: Baum, J. & Rowley, T. (red.) *The Blackwell Companion to Organizations*, 415-441. London: Blackwell.
- Schwandt, T. A. (1997). *Qualitative inquiry: A dictionary of terms*. Sage Publications, Inc.
- Schön, D. (1983) *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.
- Scoones, I. (2010) *Avian Influenza: Science, Policy and Politics*. London: Routledge.
- Selberg, R. (2012) *Femininity at Work: Gender, labour and changing relations of power in a Swedish Hospital*. Lund: Arkiv.
- Selberg, R. (2013). Nursing in times of neoliberal change: An ethnographic study of nurses' experiences of Work Intensification. *Nordic journal of working life studies*, 3(2), 9.
- Selberg, R. (2022) Kuratorns roll i vårdens moraliska ekonomi: en kritisk analys av det reproduktiva arbetets värdering i nyliberalismen och möjliga konsekvenser för hälso- och sjukvårdskuratorer. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1(2022), 87-98.
- Selberg, R., Sandberg, M., & Mulinari, P. (2022). Contradictions in care: Ward nurses' experiences of work and management in the Swedish public sector. *NORA-Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 30(2), 81-93.
- Selberg, R., & Mulinari, P. (2022). Exit spirals in hospital clinics: Conceptualizing turnover contagion among nursing staff. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 26(1), 87-107.

- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016) *The Resilient Practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions*. London: Routledge.
- Smith, D. (2016) *Institutional Ethnography: A sociology for people*. Lanham: AltaMira Press.
- SOU 2021:89 Sverige under pandemin. Volym 2: Sjukvård och folkhälsa. Delbetänkande av Coronakommissionen.
- Stamm, B. H. (2009) Professional Quality of Life Measure: Compassion, Satisfaction, And Fatigue. Version 5 (ProQOL); Center for Victim Research, Washington.
- Strauss, A. et al (1997) *Social Organization of Medical Work*. New York: Routledge.
- Teo, W. L., Lee, M., & Lim, W. S. (2017). The relational activation of resilience model: How leadership activates resilience in an organizational crisis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 25(3), 136-147.
- van Mol, M. M., Nijkamp, M. D., Bakker, J., Schaufeli, W. B., & Kompanje, E. J. (2018). Counterbalancing work-related stress? Work engagement among intensive care professionals. *Australian Critical Care*, 31(4), 234-241.
- Vårdförbundet (2020) Sjuksköterska i Coronatider 2020. Stockholm: Novus/Vårdförbundet.
- Walker, B. & Salt, D. (2012) Resilience Practice: Building capacity to absorb disturbance and maintain function. Washington: Island Press. WHO ICD-11, "Burnout", hittas på <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> (2021-09-30).
- Wickström, G., & Bendix, T. (2000). The "Hawthorne effect"—what did the original Hawthorne studies actually show?. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 363-367.
- Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T., Tang, P., Zeng, L., ... & Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies*, 120, 103973.
- Yin, R. K. (2003). Designing case studies. *Qualitative research methods*, 5(14), 359-386.
- Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19—a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS German Medical Science*, 18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21425355/>
- Zhu, Y., Chen, T., Wang, J., Wang, M., Johnson, R. E., & Jin, Y. (2021). How critical activities within COVID-19 intensive care units increase nurses' daily occupational calling. *Journal of Applied Psychology*, 106(1), 4.



Intensivvårdsavdelningarna i Lund och Malmö under COVID-19



Denna rapport är skriven av sociologen och genusforskaren Rebecca Selberg, som genomförde en unik studie inom intensivvården på Skånes universitetssjukhus under coronapandemin 2021 och 2022. Rapporten bygger på ett stort antal djupintervjuer med chefer och vårdpersonal som arbetade i frontlinjen under den värsta krisen som drabbat Sverige sedan andra världskriget. Rapporten analyserar ingående hur kliniken och dess personal och chefer hanterade och drabbades av pandemins olika vågor.

Rebecca Selberg är sociolog, arbetslivsforskare och docent i genusvetenskap vid Lunds universitet, docent i sociologi vid Linnéuniversitetet samt forskare på Skånes universitetssjukhus, verksamhetsområde intensiv- och perioperativ vård.

