

## Textning av avsnitt 90 av Socialstyrelsens podcast På djupet – om krishantering och att leda i kris

Hanna

- Hej och välkomna till Socialstyrelsens podcast På djupet, där vi i det här avsnittet ska prata om krishantering och vad vi lärt oss under Coronapandemin och då med fokus på att leda i kris. Hur leder man en organisation eller verksamhet under en kris? Vilken skillnad är det i förhållande till när det inte är en pågående kris. Och vilka lärdomar kan vi ta med oss inför liknande situationer i framtiden? Med mig för att prata om det här har jag Åsa Hessel som är krisberedskapschef i Region Sörmland. Välkommen!

Åsa

- Tack!

Hanna

- Med finns också Taha Alexandersson som är tillförordnad krisberedskapschef på Socialstyrelsen. Välkommen du också!

Taha

- Tack så mycket!

Hanna

- Och med på länk finns Johnny Hillgren, överläkare och verksamhetschef i Region Gävleborg, och du är även ordförande på Svenska Intensivvårdsregistret och har under pandemin varit medansvarig för samordningen av intensivvården. Välkommen du också!

Johnny

- Tack!

Hanna

- Först så undrar jag om det fanns något specifikt tillfälle då ni insåg att vi var på väg in i en krissituation vad gäller Coronapandemin. Vad säger du, Åsa?

Åsa

- Ja, men det fanns ju tillfällen. När vi började fundera på det så var det väl tidigt i februari, början på februari. Vi hade precis gått ur en varuförsörjningskris när vi visste svårigheten att få tillgång till material, och då när man börjar stänga ner Kina så började vi fundera hur ska vi få till oss det vi behöver. Kanske inte utifrån att vi skulle bli så hårt drabbade, men vi visste att vi behövde både utrustning till medicinsk teknik och andra försörjningssaker som vi behövde till sjukvården för att kunna bedriva egentlig vardag. Så det var väl egentligen där vi började och bildade ändå en coronagrupp tidigt för att se till att vi fick tillgång.

Hanna

- Vad säger du Taha? Var det något sånt specifikt tillfälle du kommer ihåg?

Taha

- Nu när man tänker tillbaka och försöker visualisera, så är det väl självklart så att när det började komma till Europa och framför allt man såg hur det drabbade Italien och den här spridningen. Då förstod man väl kanske vilken press det skulle kunna komma att bli på intensivvård eller på sjukvården. Men precis som Åsa beskriver, att vi skulle kunna ha en skörhet i landet kopplat till ganska mycket lärdomar som vi hade om vårt "just-in-time" system. Och vi var också involverade i den här så kallade materialkrisen eller varuleveranskrisen på hösten 2019, så fanns det en betydligt högre beredskapsstänk. Att man tänkte lite mer att här behöver vi vidta förberedande åtgärder, men att det skulle eskalera och bli ett sånt otroligt tryck på sjukvården som det blev. Måste erkänna att det var först när man såg hur det drabbade andra länder i ens närhet. Det var väldigt lite bilder och väldigt lite information som kom från Kina i början måste man komma ihåg. Det var ju väldigt mycket information som delades. Hälso- och säkerhetskommittén och de rapporter som kom därför. Hälso- och säkerhetskommittén som ligger under EU hade konferenser och då kom det mer och mer information där och då reagerar man och började agera. När du frågar efter "förstod" och "känslan" då hänger det väldigt mycket ihop med introduktionen till Europa faktiskt.

Hanna

- Vad säger du Jonny? Har du något sådant specifikt tillfälle?

Johnny

- Vi satt ju i min region under tidigt februari då och spanade lite grann på Italien och såg hemska bilder som kom därifrån. Det blev riktigt påtagligt faktiskt vecka 11. Vecka 11 varje år så har Svenska Intensivvårdsregistret sitt årliga möte och fredag den 6 mars, kom den första intensivvårdspatienten till en svensk intensivvårdsavdelning. Veckan efter, vecka 11, onsdag torsdag, hade vi nationellt möte med ganska mycket intensivvårdsmänniskor i ledande positioner. Jag vet att vi satt kvällen innan och funderar på om vi kunde genomföra mötet med tanke på att vi såg att pandemin var på väg in i Sverige. Men då hade många åkt från när och fjärran eftersom vi var i Stockholm, så tänkte vi att vi startar upp mötet och så ser vi. Hade bjudit in Folkhälsomyndigheten för att prata lite grann om covidpandemin och hur läget såg ut. Och vi såg sedan när vi startade mötet att folk började trappa av och bli hemkallade till sina intensivvårdsavdelningar för att det började strömma in patienter till IVA i landet. Jag minns också att det var min första intervju i media då som snokade upp att vi var i Saltsjöbaden i Stockholm och det var den första av ett stort antal intervjuer i media som representant för Svenska Intensivvårdsregistret. Så det här är ett väldigt klart minne, och en ganska tydlig start för hela pandemiutmaningen som vi har haft.

Hanna

- För er i Region Sörmland Åsa, hur såg beredskapen ut för en sån här situation?

Åsa

- Ja, en får ju de här bilderna när Johnny berättar. Vi vet ju från vi fick våran första patient och då satt vi ju redan i stab och skulle leda det här arbetet. Vår beslutsfattare som också satt och tittade och bevakade Europa ganska mycket kom tillbaka till oss och sa att nu ska vi ta höjd för 50 intensivvårdsplatser och 170 slutenvårdsplatser inom Region Sörmland. Då skrattar vi och tyckte att han var ganska rolig. Det var ju vildaste fantasi att kunna tänka att från 10 intensivvårdsplatser kunna skala upp till 50 platser. Men vi började våra beräkningar där. Det sorgliga var ju att egentligen så hade vi ju 50 intensivvårdspatienter samtidigt, vi hade 35 inom egna regionen och 20 låg i andra regioner samtidigt, plus 170 i slutenvård. Så vi hamnar ju där. Och utifrån det så byggde vi organisationen och otrolig snabb omställning, men med allas vilja ska man säga, för att få det att fungera.

Hanna

- Hur har den här något annorlunda perioden varit för er?

Åsa

- Våldigt, väldigt annorlunda. För det första är vi inte vana att leda en kris som är så här länge. Och i den strukturen som vi har, som vi har byggt upp inom katastrofmedicin, med särskild sjukvårdsledning och snabba agerande. Så det här blev ju många diskussioner. Vi såg att vi behövde bredda, gå ut i hela regionen. Vi är vana att leda mer hälso- och sjukvården och här började kollektivtrafiken och våra skolor som vi har inom regionen, så att det blev ju så mycket större än vad vi är vana också att hantera. Så ett helt annat sätt att leda i en kris.

Hanna

- Johnny, du har ju fått gå in som medansvarig för intensivvårdssamordningen under pandemin. Vad innebär det?

Johnny

- Vi såg ju ganska snabbt att belastningen på svenska intensivavdelningar ökade med covid patienter och att de var patienter som var väldigt sjuka, väldigt lungsjuka och ställde stora krav på intensivvården resursmässigt och den 28 mars startade vårt första IVA-nätverksmöte i Sverige och syftet var att försöka skapa en samordning för att kunna hjälpas åt. För att det vi såg tidigt var att regionerna blev väldigt olika drabbade. Sörmland var ju som känt är, hårt drabbat under första vågen. Och andra regioner hade nästan inga covidpatienter, eller inga alls och då behövde vi hjälpas åt på ett sätt som vi inte gör till vardags. Inte med den samordningen idag, dagliga möten sju dagar i veckan som vi hade under den här perioden. Det blev ett viktigt verktyg i att försöka hantera det massiva inflödet av intensivvårdspatienter i covid som då kom på kort tid. Svenska intensivvårdsregistret hade ju då en kapacitet. Det gjorde vi faktiskt redan vecka 11, så startade vi upp en möjlighet att kunna rapportera in covidpatienter, och det är ett samarbete som vi haft sedan svininfluensan med Folkhälsomyndigheten, där vi tar in data på ett visst antal parametrar som huvudsakligen riktas mot influensa. Men på, jag tror att det var inom tre dygn så hade vi satt upp en modul för att alla IVA i Sverige skulle rapportera sina covidpatienter. Det här har också varit en otroligt viktig källa för oss att kunna följa kunskapsmässigt, utvecklingen av svensk intensivvård i förhållande till tidigare diagnoser. Och vi har kunnat haft en väldigt god kontroll på hur populationen av patienterna som vårdas på IVA, vilken karaktär det är i könsfördelning, i medianålder på patienterna, vad deras riskfaktorer är och så vidare. Och sedan från i år så har vi också kunnat tagit in vaccinationsstatus på våra intensivvårdspatienter. Men det som utkristalliseras med nätverket blev ju att vi

hade ju diskussioner om att vi skulle flytta personal mellan regionerna i Sverige, men det förslaget gick inte vidare utifrån att vi ville minska också smittspridningen och att inte personal medför smitta, genom att flyttas runt i landet. Och vi såg en del praktiska utmaningar med att förflytta personal också. Och dessutom så visste vi ju inte hur utvecklingen i de regionerna som just nu hade en mindre belastning skulle bli om ett tag, och då bestämde vi oss för att vi måste utveckla ett system för att effektivt kunna hjälpa till att flytta svårt sjuka patienter mellan sjukhus och mellan regioner. Så det blev en av de viktiga uppgifterna för nätverket. Sen har vi ju, som ni har varit inne på redan också haft situationer, särskilt under första vågen där det har varit hot om brist på material och läkemedel, och där har vi kunnat samordna och hjälpas åt. Socialstyrelsen har ju hjälpt till med att försörja intensivvårdsavdelningar som haft behov av fler respiratorer, med sådana. Så det har varit en viktig samverkansgrupp som på ett effektivt sätt har kunna försöka fördela så jämnt som det går intensivvårdsbelastningen där har det varit väldigt hårt drabbat, till regioner som haft mindre belastning.

Hanna

- Hur var det då att gå in och plötsligt jobba med det här?

Johnny

- Jag tror att vi som har anesthesi- och intensivvård till vardags, som arbete och specialitet, har en form av vana att jobba med eskaleringsplaner på ett eller annat sätt. Det är en unik patientsituation så det är alltid så att vi riskerar att utsätta patienterna för allvarliga hot om det inte blir som det är tänkt. Både med våra läkemedel och när vi ska lägga patient i respirator till exempel. Vi är ju tränade i att ha eskaleringplaner inbyggt i vårt system och för oss som individer, och det är ju mikroperspektivet. Men det här blir ju verkligen ett makroperspektiv och här fick vi ju snabbt bygga system med god samverkan och jag tror att vi har nog tagit fram väldigt effektiva eskaleringsplaner i Sverige, inom intensivvården som har varit till stor hjälp i det här. Jag menar nog att våran specialitet i grunden hjälper oss i det konceptet och det tänket. Det har ju blivit en helt annan form av ledarskap i det här, där man inte haft tid att utreda saker. Utan man måste fatta snabba beslut. För alternativet att inte fatta ett beslut fanns inte. För så stor var patienttillströmningen. Vi måste snabbt åtgärda väldigt många fler intensivvårdsplatser.

Hanna

- Du vill säga något här Åsa?

Åsa

- Ja, jag vill bara spinna på det, precis som vi resonerade när vi hade våra krisledningarna i gång så sa vi att det är bättre att fatta snabba beslut och backa sedan, men här har vi inte betänketid. Här är det bara att fatta beslut och köra på och sen backa i ett lugnare skede. Det var oerhört viktigt, man hade ingen betänketid. Det skulle bara gå fort.

Hanna

- Taha, hur förberedda var Socialstyrelsen när pandemin bröt ut?

Taha

- Jag sitter och lyssnar och reflekterar både när Åsa och Johnny beskriver här och jag tänker att vad jag än säger, att liksom någonstans förstå denna tidspress som både Johnny och Åsa beskriver. Och någonstans visar det också på hur vårt system och krishanteringssystemet är uppbyggt. För vi som sitter på nationell nivå, vi som har förvaltningsmyndigheterna som också är bevakningsansvariga och ska kunna etablera en krislinjeorganisation. Att någonstans förstå att också snabbheten i beslutsfattandet på nationell nivå, hur oerhört viktig den var, och faktiskt med ödmjukhet säga att där har vi en seghet i systemet att våga kliva fram och fatta beslut trots att det kanske är så att ansvar, närhet och likhetsprincipen har någonstans matat in i oss att de operativa snabba besluten är precis som Johnny beskriver. De är på golvet, de är i sjukvården, de är på klinikerna. Där finns kompetensen, där finns kunskapen och sen nästa nivå så har vi regionerna och där är det en mer övergripande bild som Åsa beskriver från ett regionalt perspektiv. Men här var det ju från egentligen, jag tror att Johnny nämnde det, 11 mars. Måste komma ihåg att det var elfte mars som, om jag minns rätt, som det här uttalet blev en pandemi. Och här pratar vi om hur oerhört fort det gick egentligen, från de första signalerna till att det var en pandemi. Och det var inte bara Sörmland eller Stockholm som var drabbade, utan dels så kom det information och det kom ett inflöde av patienter till fler regioner och framför allt den enorma oron som väcktes i andra regioner och alla kommuner. Ska du komma hit härnäst? Så att påstå att vi var riggade för att på egentligen tre veckor, fyra veckor gå från enstaka fall till att det här var en nationell händelse på så kort tid, nej, det är klart att vi inte var riggade för den snabba omställningen. Men vi var anpassningsbara och jag tror att det Åsa beskriver, eller även det Jonny beskriver, att vi försökte väl också förstå att grunden till att vi ska kunna hantera en kris är fakta och vi behöver information och vi behöver kunna dela information med varandra. Vi behöver veta vad vi efterfrågar och inhämtar och samla informationen, i form av lägesbilder, i form av infektionsgraden eller hur många intensivvårdspatienter som låg. Att allt det där är ju en del av det som skapade lägesbilden. Så att absolut det begreppet och den kun-

skapen, hade vi vikten av fakta, vikten av information för beslutsfattandet. Vi hade ett gott samarbete med regionerna, bedömer jag. Vi hade våra system. Vi hade dagliga samverkanskonferenser där i början för att dela den här informationen med varandra, för att stödja varandra. Vi insåg väl ganska snabbt var bristerna skulle kunna komma att uppstå. Det hade gjorts ett förberedande arbete. Men ja, sen var det ju enormt mycket som behövde omhändertas samtidigt och överallt. Så det här med att kavla upp ärmarna och någonstans lita på att planerna behöver revideras. Vi behöver ställa om vi behöver anpassa oss hela tiden och att någonstans mentalt i alla fall skaka hand med varandra i krishanteringssystemet att det är nog det vi går in i just nu. Det var otroligt betryggande att det inte fanns, lite som Åsa inne på, det är okej att göra fel. Vi kommer göra fel och det är det helt okej.

Hanna

- Om vi skall vara lite tydliga här då, vilken roll har Socialstyrelsen haft i krisberedskapssystemet under pandemin?

Taha

- Primärt har vi haft en stödjande roll och en samordnande roll, och det är vårt grunduppdrag att vara stödjande och samordnande. Stödja dem som är operativa, dem som bedriver denna verksamhet som ska hantera krisen på bästa sätt. Det var nationell nivå riggat för att göra. Sen kan man behöva inrikta vissa beslut och samordna så att det exempelvis, om det finns nationella resurser som kan stödja det här, att inrikta dem så att de stödjer i rätt riktning. Fältsjukhus var ett exempel på de, att de hamnar i rätt ände av landet om man uttrycker sig så. Flygande transportresurser, försöka samordna inte bara inom hälso- och sjukvården, utan också med samverkande parter. Se vad det fanns för resurser hos andra organisationer. Vi samarbetade ju jättemycket med Försvarmakten i det här med MSB, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Andra aktörer, så att helt enkelt försöka samordna de resurser som finns i landet här och nu för att stödja regioner och lokal nivå, det vill säga sjukhus och kommuner på bästa sätt. Sen just i den här krisen så fick vi också extremt många unika uppdrag där det kanske mest påtagliga var att ansvara för inköp av materiel och som då uppstod på grund av den globala bristsituationen som Åsa beskrev här ganska tidigt infördes exportförbud i en hel del länder. Det var brist överallt och alla ville ha samma sak samtidigt, och Socialstyrelsen fick ett väldigt tydligt uppdrag att försöka säkra utrustning för landet helt enkelt. Så en stödjande och en samordnande roll med betoning på stödja. Men sen då vissa specifika nedstick, också i att vara lite mer operativa.

Johnny

- Jag skulle vilja kommentera här, lägga till en sak. Jag håller med allt du säger. Men jag vill lyfta fram ytterligare en del som Socialstyrelsen har varit väldigt framstående i, och det var inte från början utan det här har tillkommit och jag vill minnas att det var under andra vågen. Folkhälsomyndigheten tog fram prognoser redan i första vågen om hur det här skulle kunna stå på regionnivå i hela Sverige, och vi fick prognoser om hur många slutenvårdade patient och intensivvårdspatienter det skulle generera. Och de var ganska grova, av förståeliga skäl för att basera den typ av uppgifter på kinesiska eller italienska omständigheter är ju ganska svårt. Men det som med tiden växte fram, framför allt under andra och tredje vågen, det var att Socialstyrelsen bidrog med analys av Folkhälsomyndighetens prognoser och försökte omsätta det här i slutenvårdsplatser och hur det skulle kunna drabba intensivvården. Och det var ju egentligen på tre olika nivåer, alltså ett milt scenario, ett medelmåttigt scenario och ett värsta scenario. Jag tror att många med mig som använt det på regionnivå för att försöka skapa eskaleringsplaner och ha en beredskap för hur illa skulle det kunna bli? Vad gör vi om det här händer. Träffsäkerheten har ju blivit bättre med tiden, jag tycker att det här har varit ett viktigt arbete i nätverket, att förse oss med de här analyserna.

Hanna

- Ni har ju alla varit med och lett en verksamhet under mycket tuffa förhållanden, det hör vi tydligt här. Hur leder man en organisation under en kris, det vill säga vilken skillnad er det att leda i en kris i förhållande till när det inte är en pågående kris? Vad säger du Åsa?

Åsa

- Ja, för det första är ju massa olika funktioner ledare som man inte är van att leda i en vardag, tänker jag, utan här är ju många olika funktioner från hälso- och sjukvårdsdirektörer, hr-direktörer, allt som man ska få ihop i en samlad grupp och jobba mot samma mål. Det gör man väl också i vardagen på ett sätt, men det här blir ju på ett annat sätt. Det är ju många utmaningar. Det är klart att vi har ställts för många diskussioner vid sidan om, ta hand om varandra och samtidigt kunna leda mot samma mål. Och just under den här långa händelsen som det ändå varit, och de diskussionerna som har förts om att leda i en särskild krisorganisation, eller kontra leda i linjen. För det här har varit svårigheten. Det går jättebra en kort händelse, men här när det drar i väg så de diskussionerna och hur formerna ska se ut och vi har formaterat om oss under den här tiden, hur det ska se ut för att komma lite närmre linjen, men ändå ha en krisledning då, en särskild sjukvårdsledningen. Så det har ju varit utmaningar. Och verkligen att få testa systemet, tänja och inte vara rädd att inte våga nytt där heller, samtidigt under en kris. Tryggheten i att ha ett



uppbyggt system, men ändå våga improvisera för att leda på ett annat sätt.

Taha

- Jag håller med och jag tänker att jättemycket handlar ju också om, dels det vi har varit inne på med tidspresen. Det finns inte de här långa led-tider, att alla beslut inte kan samverkas fram, utan att våga fatta beslut trots osäkra förhållanden. Men för att kunna göra det också så, det pekar ju också så otroligt mycket på den här tryggheten, att vara trygg i sin organisation och känna stödet i sin organisation, både från medarbetarna som ska verkställa besluten men också från ledningen och högre ledning. Att det finns en tillit i det där. Och det är väl någonting som jag reflekterar väldigt mycket över, att hur, och det är mycket som skiljer den här krisen åt från andra. Men just den här kunskapen om krishanteringssystemet var ingenting vi hittade på under pandemin, utan det finns planer, vi har övat och vi har en trygghet och vi vet en hel del om våra brister och vet vad vi behöver förstärka. Men att någonstans, det är väl den största skillnaden mellan att leda i linjen. Och vi har en stabsstruktur exempelvis, vi övergår ju ganska, när vi etablerar en stabstruktur, anledningen till att vi ens använder den terminologin; stabsläge, förstärkningsläge eller katastrofläge. Det är ju just för att peka på var beslutsfattandet hamnar och vem ska verkställa besluten och korta ledtiderna helt enkelt mellan beslutsfattandet och att exekutera det beslutet. Och där, ja. Det är den största skillnaden, skulle jag säga men båda bygger på tillit och trygghet i respektive system.

Hanna

- Och du var inne på det här lite nu. Vi har ju haft ett antal kriser genom åren, men de har inte pågått under så lång tid. Som ledare, behöver man tänka på ett annat sätt när krisen pågår så här länge?

Taha

- Ja, men där handlar det nog väldigt mycket om just det här. När en kris håller på såhär länge, absolut så behöver du starka ledare i din organisation och du behöver bygga på ledarskap. Men någonting som verkligen blottas och som man ser, det är vikten att också ha tydliga ledningssystem, det vill säga vad har du för organisation? Vem har vilken roll? Vad har du för mandat och metoder för att göra ditt arbete? Det har vi definitivt lärt oss det som Åsa var lite grann inne på, att väldigt mycket av sjukvårdsledning och den struktur som vi har inom sjukvården, är ju väldigt anpassad för kriser eller för större händelser som är avgränsade i tid och rum. Och nu, det tog vi med oss när vi gick in i våg 2 tänker jag, att det här kan hålla på ganska länge, eller kanske till och med i mitten av

våg 1, att det här kan hålla på ett tag. Så vad bygger vi, vad har vi för system på plats för att det faktiskt ska finnas en redundans i ledarskapet och ledningssystemen?

Hanna

- Jag antar att gränserna mellan era olika ansvarsområden inte alltid varit glasklara och kanske inte heller enkla att hantera. Hur har ni som ledare hanterat den osäkerheten? Vad säger du Johnny?

Johnny

- Jag tänker att Åsa var inne på det tidigare, att det vi har åstadkommit under pandemin, hade någon påstått det 2019 till mig så hade jag, precis som Åsa beskrev det, trott att någon skojat. En utmaning i vår samverkan om jag tänker på IVA-nätverket, det är ju det kommunala självstyret. Vi har ju inte haft något mandat i nätverket att kunna styra över hur regionerna till sist väljer att göra. Och just det här som jag tror Taha var inne på, det med en ojämn belastning. Där några regioner har haft högt tryck med covid-patienter, medans andra regioner haft ett väldigt mycket lägre tryck, där man då kunna fortsätta med mindre viktig kirurgi som är lägre prioriterad, medans andra regioner haft svårt att klara cancerkirurgin. Och hur upprätthåller vi jämlikhet och rättvis perspektivet i ett sådant här läge? Det har varit en liten utmaning, men det viktiga i det här är att ha tät dialog, kommunikation, och förklara för varandra att vi är i den här situationen och vi behöver hjälp. Och till syvende och sist har vi landat i hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, som beslutsmässiga att bestämma sig för om man ska ställa operationssjukvård till exempel till förmån för intensivvård där man tar emot patienter från andra regioner. Men det kommunala självstyret har varit en viss utmaning i det här perspektivet. Men god samverkan och det är alldeles påtagligt att alla som har varit involverade har förstått allvaret i denna pandemi, och därför försökt bistå och bidra så mycket man kan. Men vi har haft lite olika utmaningar på vägen.

Hanna

- Det är väldigt tydligt att det har varit en väldigt påfrestande situation på väldigt många sätt och tänker då, hur orkar man och hjälper man som ledare sina medarbetare att orka i en sådan här situation Åsa?

Åsa

- Jag hade väl mycket ”peppning” och stöttning och samtidigt försöka se till att man får vila under gången. Vilket det är så att vi är de resurserna vi är och alla är ansträngda på alla nivåer och man försöker täcka och så. Men det är väl väldigt mycket ”pepp” med varandra. Bjuda på både

glädje och sorg, och sammansvetsa, tänker jag. Det är väl det man försöker göra för att leda i den här situationen, men det är klart att det varit jättetufft emellanåt.

Hanna

- Vad säger du Taha?

Taha

- Vi gick ju egentligen från tio personer i våran krisledningsorganisation till, jag tror att vi pekade runt 120 personer. Så vi byggde en helt ny organisation, väldigt mycket med stöd, som sagt, från andra aktörer som gick in och jobbade och att vara operativa chefer för en så rörlig organisation som hela tiden behövde anpassa sig med extremt många olika styrkor, men också väldigt olika kulturer som möttes för att kunna lösa uppgiften. Det låter så hemskt att säga, men ibland känns som det vi klarade av under våren 2020 och att leda medarbetarna i det var inga svårigheter alls. Alla kavlade upp ärmarna och vi ville lösa uppgiften. Men det här handlar ju om det här ledarskapet och att stötta medarbetare. Nu är vi inne i december 2021 snart och det ser inte så jätteljust ut i Europa och någonstans ganska tidigt, att också börja prata om att det här kommer att dra ut på tiden och att våga prata om saker som att vi måste börja preppa för det här redan nu. Just den här inblicken i va den långdragna krisen faktiskt innebär för psykologin, för motståndet att orka kämpa, så att det finns extremt mycket lärdomar att dra från den här pandemin tror jag.

Hanna

- Men pandemin är ju inte över än, men nu har vi varit inne på det här också. Lärdomar från den tid som har varit. Vilka är de främsta lärdomarna som du har dragit under pandemin vad gäller att leda i kris Jonny?

Johnny

- Man brukar prata om en tillits och komplexitetsspiral, det vill säga ju mer komplex uppgiften är, desto högre tillit måste vi ha till varandra för att få det här att fungera. Och jag måste säga att i min chefsgrupp i vårt område i Gävleborg har vi haft en hög tillit och det har varit räddningen för oss. Tidigt så såg vi ett behov av att vi måste ha ett starkt psykologiskt stöd till både medarbetare och chefer. Vi kommer att utsättas för den absolut största moraliskt och etiska stress som vi någonsin har varit med om. Vi stod inför ett faktum att vi kanske skulle bli tvungna att prioritera patienter på ett annat sätt än vad vi vanligtvis gör och det fungerar i katastrofområden. Vid en bussolycka, flygplans olycka så kan det fungera kortvarigt och man kan hyggligt överslå det psykologiskt. Men i ett långdraget scenario där vi ser att vi inte mäktar med att ge patienterna den vård för att överleva som de behöver, så är det en enorm stress och

här måste vi ha oerhört mycket psykologiskt stöd till både personalen, medarbetarna närmast patienterna. Det jag tänker är att ska vi ha en robust redundant krisberedskap så behöver vi fundera på både mikro-, meso- och makroperspektivet. Det är ett perspektiv ur ett myndighetsperspektiv, det är ett perspektiv på region och sjukhusnivå, och på avdelningsnivå där vi måste hitta de avgörande framgångsfaktorerna och på enhetsnivå. Det är rätt mycket av det vi har lärt oss nu, till exempel att säkerställa försörjningen av skyddsutrustning som var ett frågetecken och ett hot under första vågen. Det klart att medarbetarna såg med oro över en situation där vi inte skulle kunna förse dem med skyddsutrustning. Det här var ju allmänt känt, det var ju ingenting som var hemlighållet på något sätt, men vi hamnade ju inte i den situationen. Men att säkerställa varuförsörjningen, och läkemedelsförsörjningen, all utrustning som kan tänkas, det behöver ju hanteras separat i ett led av en organisation som funkar bredvid själva patientvården. För att dem som är i vården kan inte behöva hålla på att fundera på de här praktikaliteterna. Det måste lösas i ett parallellt system så att säga, som stödfunktion till själva vården. Jag tror att det är mycket av de här delarna som vi har lärt oss och som vi har med oss, men utmaningen som jag ser nu är det att hela systemet, på alla nivåer är trötta och jag märker det att det är lätt. Det är nära till gråt, är nära till att man inte alltid är helt sams med varandra, vilket inte är märkligt när man tänker på vad vi har gått igenom. Vi behöver ta med oss de här lärdomarna och erfarenheterna för att hjälpa till och stötta varandra så att vi får ett robust system, även i framtiden.

Hanna

- Är det några ytterligare lärdomar som ni skulle vilja lyfta fram innan vi avslutar här avsnittet?

Åsa

- Nej, jag vill egentligen bara förstärka det Johnny sa, det här med den psykologiska biten i det. Att tidigt få i gång det så att man får stöd till medarbetare, till chefer ute i verksamheterna. Hur viktigt det är för att bygga den här dansen och i ett sådant här långt perspektiv att det är väldigt lätt gjort att man tappar den biten i en sån här extrem situation där man är väldigt operativ för att lösa.

Taha

- Och också den här, de förändringar vi gjorde och de beslut som fattades och saker som jag tror både Åsa och Johnny beskrivit och vi själva varit med om, som brukar kanske ta ibland två veckor, ibland två år att implementera. Att man faktiskt fick det gjort, att också våga implementera de förändringarna i sin organisation nu. Det är ju också en lärdom att när vi nu kanske står inför då en våg fyra eller våg fem eller vad som nu

komma skall. Inte vänta in att det här ska vara helt slut och över innan vi börjar implementera de här förändringarna och de här lärdomarna, det är ju någonting som vi tar med oss. Och också tänker jag är en väldigt viktig aspekt, är att se är en del av sakerna och händelserna som har skett under de här två åren har ju också skapat ganska oåterkalleliga förändringar. Vi har vårdbehov som behöver omhändertas. Vissa saker kommer vi inte återgå till. Att också acceptera det och börjar faktiskt bygga och förstärka oss framåt. Det tror jag är någonting som vi i alla fall tar med oss. Att inte vänta på ett bokslut här nu, utan hur implementerar vi och förbättrar löpande, det måste vi bli bättre på.

Johnny

- Jag skulle vilja tillägga en sak bara som. Det har varit otroligt snabba vändningar under pandemin, och vi har snabbt fått ställa om och vi har ändrat våra eskaleringsplaner allt eftersom tiden har gått, men att efter bästa förmåga med den kunskap vi har, och den data och fakta vi har, att redovisa planen för dem som behöver göra det här jobbet har det varit exceptionellt viktigt och det vet jag att mina medarbetare och mina chefer har sagt att det har varit oerhört värdefullt att få de här prognoserna. Men vad är det värsta vi kan förvänta oss på vårt sjukhus? Eller hur kommer det här kunna drabba oss? Hur ser det ut? Att kunna ha den bilden så hyggligt klar som det går, utifrån de omständigheter som har varit. Det tycker jag varit ett värdefullt koncept. För ett tydligt mål, vi ska bygga 35 intensivvårdsplatser, det är vårt mål för att vi ser i prognosen att vi kan hamna i det läget att vi behöver de platserna. Och sen i bästa fall så kanske vi klarar oss med 20 intensivvårdsplatser, men att hela tiden ha en målbild och ha en plan för hur gör vi? Vi har oerhört duktiga medarbetare som snabbt ställer om, det har vi visat. Men ledningen av det här, vart är det vi ska? Hur mycket höjd behöver vi ta och vad tror vi att vi kommer behöva hantera. Det har varit ett vinnande koncept och återigen, Socialstyrelsen har varit väldigt bra i analysdelen där och försörja oss med prognoser så gott det går.

Hanna

- Och med de orden så sätter vi punkt för det här avsnittet av På djupet där vi har pratat om krishantering och att leda i kris. Tack för er medverkan! Åsa Hessel, krisberedskapschef i Region Sörmland. Taha Alexandersson, tillförordnad krisberedskapschef på Socialstyrelsen och Johnny Hillgren, överläkare och verksamhetschef i Region Gävleborg. Du är även ordförande för Svenska Intensivvårdsregistret och har under pandemin varit medansvarig för samordningen av intensivvården. Jag som har lett samtalet i dag, jag heter Hanna Anander och jag är kommunikator på Socialstyrelsen.

Slut på textning av avsnitt 90 av Socialstyrelsens podd På djupet