

A woman with brown hair and glasses, wearing a white lab coat over a dark blue dress, is walking away from the camera in a bright, modern hallway. The hallway has white walls and large windows. The text is overlaid on the right side of the image.

Oberoende utvärdering av Region Västernorrlands hantering av det nya Coronavirusets effekter

Dnr 20RS9120

2020-12-21

Version 1.0
KPMG AB

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1 Inledning	7
1.1 Bakgrund	7
1.2 Region Västernorrland	8
1.3 Utvärderingens syfte	9
1.4 Omfattning och avgränsningar	9
1.4.1 Omfattning för Uppdrag 1	9
1.4.2 Avgränsningar	9
1.5 Rapportens disposition och definition	10
1.6 Definitioner och förkortningar	11
2 Metod	11
2.1 Analysramverk	11
2.2 Datainsamling och analys	13
2.2.1 Datainsamling	13
2.2.2 Analysmetod	14
3 Händelseförlopp	15
4 Analys	20
4.1 Ledning och styrning	20
4.1.1 Sammanfattning	20
4.1.2 Områden föremål för analys i styrning och ledning	21
4.1.3 Initiala aktiviteter	21
4.1.4 Krisledning: RSSL:s organisering och aktivering	22
4.1.5 Krisledning: LSSL:s organisering och aktivering	27
4.1.6 Styrning i förhållande till linjen och politiken	29
4.1.7 Ordinarie lednings förhållande till temporär krisledning	29
4.1.8 Styrande dokument: planer och riktlinjer	30
4.1.9 Systemperspektiv	31
4.2 Lägesbild och analys	31
4.2.1 Sammanfattning	31
4.2.2 Områden föremål för analys inom lägesbild och analys	32
4.2.3 Prognostisering och kapacitetsplanering	32
4.2.4 Rapportering av lägesbild	33
4.3 Omställning av verksamheter	34
4.3.1 Sammanfattning	34
4.3.2 Områden föremål för analys inom omställning av verksamheter	34
4.3.3 Specialistvården: Separata flöden och omställning till transit- och Covid-19 avdelningar	35
4.3.4 Kort sikt och dimensionering för utdraget förlopp	36
4.3.5 Primärvårdens omställning under pandemin	37
4.3.6 Personalförsörjning och prioritering av personal och vårdplatser	37

4.4	Samordning och samverkan	41
4.4.1	Sammanfattning	41
4.4.2	Områden föremål för analys inom samordning och samverkan	41
4.4.3	Initiala aktiviteter	42
4.4.4	Nationellt och regionalt	42
4.4.5	Samverkan inom Regionen (mellan sjukhus och verksamheter)	43
4.4.6	Provtagning	44
4.5	Smittskydd	46
4.5.1	Sammanfattning	46
4.5.2	Områden föremål för analys inom Smittskydd	46
4.5.3	Smittskyddsenshetens uppdrag	47
4.5.4	Intern styrning, ledning och samverkan på Smittskyddsensheten	47
4.5.5	Smittskydd och provtagning	48
4.6	Vårdhygien	48
4.6.1	Sammanfattning	48
4.6.2	Föremål för analys inom Vårdhygien	48
4.6.3	Vårdhygiens uppdrag	49
4.6.4	Vårdhygieniska rutiner och riktlinjer	49
4.6.5	Distribution av information av uppdaterade riktlinjer och rutiner	50
4.6.6	Vårdhygiens roll som expertfunktion, skyddsutrustning	50
4.6.7	Samarbete och gränsdragning mellan Smittskydd och Vårdhygien	51
4.6.8	Samverkan med kommuner kring SÄBO-frågan	51
4.7	Kommunikation och information	52
4.7.1	Sammanfattning	52
4.7.2	Föremål för analys inom kommunikation och information	52
4.7.3	Kommunikationsarbetet under hanteringen	52
4.7.4	Intern kommunikation	53
4.7.5	Extern kommunikation	54
4.8	Materialförsörjning	56
4.8.1	Sammanfattning	56
4.8.2	Föremål för analys inom materialförsörjning	56
4.8.3	Bristen på skyddsutrustning	57
4.8.4	Organisering och ansvar av material- och läkemedelsförsörjningen	61
4.8.5	Läkemedel och övrig materiel	62
5	Slutsatser utvärderingsområden	63
5.1	Ledning och styrning	63
5.2	Lägesbild och analys	66
5.3	Omställning av verksamheter	66
5.4	Samordning och samverkan	68
5.5	Smittskydd	70
5.6	Vårdhygien	70
5.7	Kommunikation och information	71
5.8	Materialförsörjning	72

6	Åtgärdsområden	75
6.1	Stärk Regionens krisledningsförmåga	75
6.2	Anpassa styrmodell under kris.....	76
6.2.1	Möjliga styrmodeller och avvägningar vid långvarigt förlopp.....	78
6.3	Etablera anpassningsbara processer för krisledning och hantering.....	79
6.4	Tydliggör gränssnitt och ansvar	81
6.5	Viderutveckla struktur för intern samverkan och kommunikation	81
6.6	Förstärk verksamheter under kris och upprätthåll en god kontinuitetsplanering 82	
6.7	Tydliggör stödfunktioners uppdrag i kris	83
7	Områden för vidare analys.....	85
8	Bilagor	87
8.1	Bilaga 1. Intervjuförteckning.....	87
8.2	Bilaga 2. Källförteckning	88

Sammanfattning

Sjukdomen Covid-19 har under 2020 givit upphov till en pandemi som har medfört betydande konsekvenser för människor världen över där hälso- och sjukvård har fått genomgå en kris utan dess like. Under hösten 2020 har rådgivningsföretaget KPMG på uppdrag av Region Västernorrland genomfört en oberoende utvärdering av hanteringen av Covid-19 inom hälso- och sjukvården under perioden januari till augusti 2020. Då pandemin har varit fortsatt aktiv under hösten 2020 var syftet att ge Region Västernorrland förbättrade möjligheter att hantera pandemin så effektivt som möjligt samt för att dra lärdomar inför framtida kriser.

Utvärderingen har avgränsats till att fokusera främst på Regionledning med RSSL och LSSL samt ett av Region Västernorrlands ansvarsområden, hälso- och sjukvård, med fokus på krishanteringsfaserna *Hantering* och *Stabilisering*. En intervjuserie med ett urval av berörda individer från flera delar av Regionen har intervjuats kring hanteringen av Covid-19 samt en genomlysning av dokument och statistik har varit grunden i datainsamlingen.

Pandemin har varit en unik situation som orsakat en påfrestning för medarbetare och verksamheter som Region Västernorrland aldrig tidigare behövt hantera. På ett övergripande plan kan det konstateras att Regionen har efter bästa förmåga hanterat den unika situation som pandemin har inneburit, vilken ställt organisationens beredskap, planer, processer och samverkansstrukturer på sin spets. Det har inte funnits fullt utvecklade stöd i planer och processer och detta har medfört att organisationen har behövt utveckla och anpassa ledning och styrning, arbetssätt och rutiner allteftersom med pandemins förlopp. Det utdragna förloppet har utgjort en påfrestande tid för många medarbetare som har arbetat intensivt med att förbereda och hantera pandemin och dess effekter. Det finns dock flera positiva vittnesmål om hur pandemin har enat och svetsat samman medarbetare som har arbetat lösningsorienterat.

I slutrapporten täcks följande analysområden in som har identifierats som områden med stor betydelse inom hälso- och sjukvård: **1) Ledning och styrning; 2) Lägesbild och analys; 3) Omställning av verksamheter; 4) Samordning och samverkan; 5) Smittskydd; 6) Vårdhygien 7) Kommunikation och information; samt 8) Materialförsörjning.**

1) Inom Ledning och styrning har det konstaterats att den beredskap som har funnits har inte varit anpassat för en långdragen kris som denna pandemi, under krisens gång har dock lärdomar identifierats och krisledningsmodellen har utvecklats.

Begränsade övningar och utbildningar har utförts av de individer som ingick i krisledningarna för RSSL och LSSL. Det har varit tydligt kring hur och när stabs- och förstärkningsläge skulle aktiveras och hur krisledningen skulle bemannas på ett så ändamålsenligt sätt som möjligt. Beslutsprocessen och kommunikationsvägar till ledningen har varit tydliga och inte så effektiva som hanteringen av krisen har krävt. Den styrmodell som krisledningen har styrt efter har inte heller varit fullt anpassat för ett långvarigt förlopp eller kris. Det som inledningsvis var värdefullt i form av beslutskraft och effektivitet tappade med tiden sin behållning då beslutsfattande allt mer gick över i linjen.

2) Inom Lägesbild och analys har det konstaterats att det inledningsvis har varit otillräckliga underlag och beräkningar bakom prognos och scenarioplanering där det var skräckssiffror som låg som grund men senare inte besannades. Detta har försvårat bland annat planering för vårdplatser, bemanning och inköp av läkemedel och skyddsutrustning.

3) Vid Omställning av verksamheter har det redogjorts för hur snabba lokala beslut och drivna medarbetare har varit framgångsfaktorer för att lyckas med omställning av sjukhusen till att hantera Covid-19-patienter. Omställningarna har skett på kort varsel utan tid för skapande av rutiner och arbetssätt för att medarbetarna ska kunna känna sig säkra, utan detta har utvecklats med tiden. Vidare har bemanning och personalförsörjning av transit- och Covid-avdelningarna varit utmanade med personal av varierande kompetens och det har saknats tillräckligt centralt stöd i samordningen.

4) När det kommer till Samordning och samverkan fanns det ett antal arenor där Regionen har varit i fokus, bland annat som en viktig aktör i den regionala samverkan för framförallt informations- och kunskapsutbyte. Primärvården, Smittskyddsenheten och Vårdhygien har varit centrala i kontaktytorna mot kommunerna och hanterat frågor kring bland annat provtagning och rutiner. Den interna samverkan inom Regionen har utmanats med begränsad insyn mellan sjukhus och i de dubbla strukturerna med

lokala ledningar per sjukhus och länsverksamhetsledningarna som går på tvären. Personalprovtagning har varit en stor samordningsfråga hos Regionen och det har funnits en otydlighet i relation mellan beställare, utförare och ägare avseende provtagning för personal.

5) Smittskyddsenheten har haft en kritisk roll med ett uppdrag och ansvarsområde som har varit avgörande för Regionens covid-19 hantering. Smittskydd har lagt mycket tid på att bland annat delta i olika interna och externa forum för att dela information och bidra med sin expertis. Vissa utmaningar har präglat enheten på grund av stor belastning och inte helt tydliga gränssnitt mot främsta samarbetspartnern Vårdhygien.

6) Vårdhygien har haft flera kontaktytor och varit ständiga informationskällor i vårdhygieniska rutiner och riktlinjer och agerat rådgivare till de lokala sjukhusen och kommunernas SÄBO i olika Covid-19-relaterade frågor. Vårdhygien har vid tillfällen fått ta ansvar för kritiska frågor utanför sitt uppdrag såsom att testa och kvalitetssäkra inköpt skyddsutrustning. Det har inte varit helt tydligt för alla var gränssnitten mellan Smittskydd och Vårdhygien går.

7) Inom Kommunikation och information har Regionen haft ett stort fokus på den externa kommunikationen där goda relationer till lokala medier och tät kontakt via sociala medier har underlättat informationsdelning till allmänheten. Under pandemin har det funnits ett stort informationsbehov hos medarbetare. Den interna kommunikationen har beskrivits som ett område präglat av personberoende där de som har haft kortast avstånd till beslutsfattare upplevts sig mest informerade. På övergripande nivå har ny information baserats på sammanfattade minnesanteckningar från RSSL och LSSL samt nya rutiner och riktlinjer som har publicerats på intranätet. Informationsmöten och initiativ till informationsträffar har tagits på olika platser och nivåer.

8) Materialförsörjning har varit i stor och viktig fråga under hanteringen som har kantats av oro och osäkerhet där Regionen har tillsatt en funktionsgrupp som har haft ansvar att säkerställa tillgången av bland annat skyddsutrustning. Då Regionen inte hade något omsättningslager sedan tidigare har nya processer för central varuförsörjning med lagerhantering, prioriteringar och rutin för beställningar behövts ta fram. Inköp av skyddsutrustning har på grund av bristen skett på lokala initiativ där bland annat medarbetare har köpt från byggvaruhus och vid tillfällen har även risken för inköp av osäkra leverantörer varit stor. Material- och läkemedelsförsörjningen förbättrades när funktionsgrupper tillsattes för att ansvara över att säkra tillgången till skyddsutrustning och läkemedel där koordinerade inköp kunde göras.

Baserat på slutsatser från ovan utvärderingsområden och KPMG:s analysramverk, har sju åtgärdsområden med förslag på aktiviteter identifierats som med fördel bör hanteras för att förbättra Regionens krishantering inför en ny kris lik denna pandemi. Inom åtgärdsområdet **Stärk Regionens krisledningsförmåga** betonas vikten av att tydliggöra roller och ansvar för berörda individer och att höja kunskapsnivån inom krisledning med bland annat fler gemensamma övningar. Vidare avhandlar åtgärdsområdet **Anpassa styrmodell under kris** hur Regionen bör se över hur krisledningsmodellen ska se ut under en kris med ett långdraget förlopp, där beslutsfattande nära linjen blir viktigare ju längre förloppet är för att undvika dubbelkommando. En anpassad styrmodell behöver tydligare definierade kriterier och styrprinciper som kan inkorporeras i planer eller styrdokument för att säkerställa en så effektiv styrning och arbetsgång som möjligt. För åtgärdsområdet **Etablera anpassningsbara processer för krisledning och hantering** rekommenderas att Regionen tar tillvara på utvecklade processer med fokus på att förvalta och utveckla dessa inför nästa kris. Åtgärdsområdet **Tydliggör gränssnitt och ansvar** understryker behovet att säkerställa att rätt förväntningar ställs på verksamheter och funktioner samt att kritiska frågor inte faller mellan stolarna. Inom åtgärdsområdet **Viderutveckla struktur för intern samverkan och kommunikation** föreslås hur den interna kommunikationen kan förbättras med vidareutveckling av rutiner för att säkerställa enhetlig informationsöverföring internt. För åtgärdsområdet **Förstärk verksamheter under kris och utveckla kontinuitetsplanering** är fokus på att upprätta kontinuitetsplaner för att stärka upp kritiska verksamheter med tillräckligt med resurser och medel för att hantera en långdragen kris. Slutligen, inom åtgärdsområdet **Tydliggör stödfunktioners uppdrag i kris** är det viktigt att säkerställa att stödfunktionerna har rätt förutsättningar för att verkställa sina uppdrag och möta verksamheternas förväntningar. Här blir kontinuitetsplaner också en viktig möjliggörare.

Områden för vidare analys i fortsatta utvärderingar är förslagsvis att analysera flera förvaltningar inom Regionen såsom frågor inom kollektivtrafik, kultur, fastighet och regional utveckling, samt gå djupare in på hälso- och sjukvårdens utmaningar under pandemin med fokus på hösten 2020. Under utvärderingen har även ett antal utvärderingsområden ringats in för behov av djupare analys med mer ingående datainsamling. Dessa områden har identifierats som samverkan med kommunerna med fokus på SÄBO; omställning av verksamheter med fokus på bland annat dimensionering av kompetensbehov och beredskap för personalförsörjning; materialförsörjning med fokus på utveckling av omsättningslager och processer; effekt av beslut med fokus på uppföljning och effektivitet; samt den massvaccination som planeras under 2021 med fokus på bland annat vaccinationsplaner, systemstöd och logistik.

1 Inledning

Viruset SARS-CoV-2, som orsakar sjukdomen Covid-19, har under 2020 givit upphov till en pandemi som har medfört betydande konsekvenser för människor globalt. Sedan september 2020 har KPMG genomfört en oberoende utvärdering med syftet att utvärdera Region Västernorrlands arbete med, och hantering av, Covid-19 inom hälso- och sjukvården under perioden januari till augusti 2020. Utvärderingen, inom ramen för Uppdrag 1, presenteras i denna rapport. I detta kapitel beskrivs bakgrund och syfte samt innehåll för Utvärderingen.

1.1 Bakgrund

I slutet av december 2019 upptäcktes en ny typ av coronavirus i Wuhan, Kina. Virusets namn SARS-CoV-2 och orsakar en akut luftvägsinfektion, Covid-19 (*corona virus disease 2019*), med symptom som varierar mellan milda, ibland knappt märkbara, symptom till ett mycket allvarligt tillstånd som kräver behov av intensivvård. Den 30 januari 2020 förklarar Världshälsoorganisationen (WHO) Covid-19 som ett internationellt hot mot människors hälsa, och dagen efter får Sverige sitt första bekräftade fall. Den svenska regeringen beslutar den 1 februari 2020 att bestämmelserna i Smittskyddslagen (2004:168) om allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom ska tillämpas på Covid-19.

Den 11 mars 2020 klassificerar WHO Covid-19 som en pandemi. Under 2020 har Covid-19 spridit sig över hela världen och medfört allvarliga konsekvenser i form av bland annat en stor mängd sjuka, avlidna och dessutom stora samhällsekonomiska kostnader. Många menar att Covid-19 är den allvarligaste kris Sverige upplevt sedan andra världskriget, och såväl Sverige som övriga världen har behövt sluta upp i kampen mot pandemin, en kamp som i skrivande stund fortfarande pågår.

Covid-19 utgör en global kris där nationer har valt olika tillvägagångssätt. Beslutsfattare har behövt navigera i en osäker och snabbföränderlig omvärld med dagliga avvägningar och prioriteringar. Det övergripande målet för Sveriges hantering av Covid-19 är att begränsa smittspridningen för att skydda människors liv och hälsa, och att inte överskrida sjukvårdens kapacitet. Resurser till hälso- och sjukvården ska säkerställas, samtidigt som negativ inverkan på annan samhällsviktig verksamhet ska begränsas, konsekvenser för medborgare och företag lindras, och oro i befolkningen dämpas¹.

Svensk krisberedskap tar sin utgång i de ordinarie förvaltningsstrukturer som finns, och på ansvarsprincipen, likhetsprincipen och närhetsprincipen.² Med andra ord har den som ansvarar för en verksamhet under normala förhållanden ansvar för verksamheten även vid en kris. I det svenska arbetet med att begränsa pandemins effekter har ett stort antal offentliga och privata verksamheter påverkats, däribland landets regioner och kommuner som är huvudmän för hälso- och sjukvården i Sverige³. Regionerna och kommunerna har därmed ansvar för vårdens hantering av Covid-19 varpå ett stort ansvar har fallit på dem.

I hanteringen av Covid-19 fokuserar regionerna på att minimera smittspridningen, upprätthålla akut och imperativ vård med största möjliga kvalitet och samtidigt minimera konsekvenserna för företag, arbeten och samhällsekonomin inom regionen. Det är inte bara klassificerat samhällsviktiga sektorer såsom hälso- och sjukvård, transporter, offentlig förvaltning samt skydd och säkerhet, utan även andra samhällssektorer såsom kultur, som har påverkats. För att lyckas med detta behövs en god krishantering med välorganiserade och effektiva arbetssätt, inte minst då det råder stor osäkerhet i pandemins långvarighet och hur länge särskilda åtgärder behöver vara aktiva.

Inom ramen för Regionstyrelsens uppsiktsplikt fick Regiondirektören i Region Västernorrland uppdrag att påbörja en oberoende utvärdering av Region Västernorrlands hantering av, och insatser mot, effekterna av viruset Covid-19. Den 8 september 2020 tilldelades KPMG uppdraget, som genom ett oberoende utvärderingsteam utan involvering i hanteringen av Covid-19 i Region Västernorrland genomfört utvärderingen. Anledningarna till att krishantering bör utvärderas är många, men kan sammanfattas med hjälp av de tre mest centrala:

¹ Kommittédirektiv, Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19, Dir. 2020:74

² Krisinformation, Krishanteringens grunder, 2020-08-06

³ Kommittédirektiv, Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen covid-19, Dir. 2020:74

1. En kris kännetecknas av hård tidspress, stress och osäkerhet. Den hotar grundläggande funktioner och värden samt försvårar hantering med ordinarie organisation och mandat. Att hantera en kris innebär att hantera något som varit svårt att förutse. Detta innebär att mandat, beslutsstrukturer, arbetsprocesser och kommunikationskanaler måste fungera effektivt. Det bästa sättet att utveckla denna förmåga och förbättra beredskapen samt krisledningens processer för kommande liknande händelser är att utvärdera den utmaning som har hanterats.
2. Beslut som fattas under en kris får ofta stora konsekvenser och ibland inte de som förutsågs. För att förstå de beslut som har tagits, och säkerställa att de var ändamålsenliga, bör viktiga beslut utvärderas för att kunna åtgärda de beslut som har fått negativa konsekvenser och förbättra beslutsprocesser inför framtida händelser.
3. Offentliga organisationer är beroende av andra aktörer för att få hela sin verksamhet att fungera. Vid en kris får dessa beroenden direkta konsekvenser då händelsen måste hanteras i nära samverkan med andra organisationer. För att utveckla förmågan att samverka med organisationer där det finns beroenden bör samarbetet utvärderas.

Utmaningarna och de situationer beslutsfattare försätts i varierar naturligtvis vid olika kriser och de tre anledningarna ovan är av generell natur. I modern tid har ingen kris pågått lika länge i Sverige, och ingen tidigare utvärdering av en särskild händelse har därmed täckt ett lika långt händelseförlopp. Det är en unik situation som uppstått men lärdomar från hantering och utvärderingar av exempelvis utbrottet av SARS 2003, effekterna av H1N1 2009 (även kallat svininfluensan), tsunamikatastrofen 2004 och flyktningkrisen 2015 visar på bland annat vikten av att etablera en tydlig strategisk inriktning, tydliga mandat och att snabbt insamla information och etablera en gemensam bild av situationen. I nästkommande avsnitt presenteras utvärderingens syfte, omfattning, avgränsningar och rapportens disposition i mer detalj.

1.2 Region Västernorrland

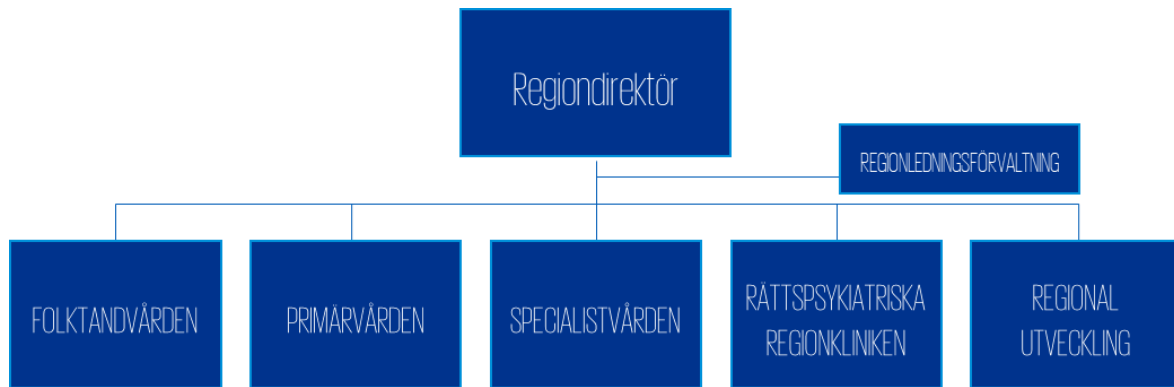
Region Västernorrlands organisation är indelad i sex förvaltningar: Regionledningsförvaltningen, Folkandvården, Primärvården, Specialistvården, Rättspsykiatriska regionkliniken samt Regional Utveckling. I Västernorrland finns tre sjukhus: Länssjukhuset i Sundsvall med mottagningsverksamhet i Härnösand, Sollefteå sjukhus och Örnsköldsviks sjukhus.⁴ Vidare är Specialistvården indelad i 18 länsverksamheter.

Målet med den gemensamma ledningen för hälso- och sjukvården i Regionen är att arbeta för en god och jämlik vård i länet, skapa tydligare styrning mot effektivare processer och förbättra möjligheterna för att åstadkomma en god ekonomisk hushållning.⁵ I september 2020 togs beslut om en ny organisation för hälso- och sjukvården i Regionen omfattande sju områden varav tre närsjukvårdsområden. Omorganisationen görs bland annat för att stödja arbetssätt mer anpassade utifrån olika patientgruppers behov, samt för att åstadkomma tydligare och effektivare styrning och ledning.⁶ Beslut om ny organisation har inte tagits i beaktning i analysen i utvärderingen, men finns som referenspunkt till de åtgärdsförslag som presenteras.

⁴ Region Västernorrland, Sjukhus i länet, 2017-01-04

⁵ Region Västernorrland, Specialistvården, 2019-12-20

⁶ Region Västernorrland, Noterat från regionfullmäktige 23 september 2020, 2020-09-23



Figur 1. Organisationskarta Region Västernorrland

1.3 Utvärderingens syfte

Syftet med utvärderingen är att undersöka effekterna av Covid-19 och dra lärdomar kring Region Västernorrlands hantering inom hälso- och sjukvård under våren 2020 inför framtida kriser. Då pandemin är fortsatt aktiv under hösten 2020 genomförs denna utvärdering i syfte att ge Region Västernorrland förbättrade möjligheter att hantera den pågående pandemin på ett så effektivt sätt som möjligt, samt för att dra lärdomar inför framtida kriser. Vidare är det av stor vikt att utvärdera en kris nära inpå den inträffade händelsen innan minnesbilder faller i glömska då det finns ett behov av att agera snabbt.

1.4 Omfattning och avgränsningar

1.4.1 Omfattning för Uppdrag 1

Denna utvärdering klassificeras som 'Uppdrag 1' för att belysa dess definierade omfattning inte är heltäckande för Region Västernorrlands samtliga verksamhetsområden och även är begränsat i undersökningsperiod. Detta betyder att det finns fler områden att utvärderas och andra som kan behöva ytterligare, djupare genomlysning. Slutrapporten för 'Uppdrag 1' utvärderar främst Regionledning med RSSL och LSSL samt ett av Region Västernorrlands ansvarsområden, hälso- och sjukvård.

Covid-19 har skapat ett ansträngt läge för hälso- och sjukvården inom Region Västernorrland. Region Västernorrland har med anledning av detta etablerat en förstärkt ledning och organisation, regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) för att möjliggöra nödvändiga åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner hos Regionen. Förutom ett riktat fokus mot hanteringen av insjuknade patienter och minskad smittspridning, har Covid-19 lett till tillfälliga neddragningar och förändringar inom övriga verksamheter. I slutrapporten täcks följande analysområden inom hälso- och sjukvård:

- Ledning och styrning,
- Lägesbild och analys,
- Omställning av verksamheter,
- Samordning och samverkan,
- Smittskydd,
- Vårdhygien,
- Kommunikation och information,
- Materialförsörjning

Faser för utvärdering av krishantering omfattar det använda metodramverkets *Hantering* och *Stabilisering* för perioden januari 2020 till augusti 2020.

1.4.2 Avgränsningar

Vissa beslut, områden och frågeställningar har beröringspunkter med vad som täcks i omfattningen för utvärderingen, men har aktivt utelämnats då det inte fallit inom uppdraget. Exempel på områden som inte utvärderats berör bland annat:

- Riktigheten i medicinska beslut, exempelvis huruvida Region Västernorrland borde genomfört provtagning för Covid-19 på all medicinsk personal vid virusets utbrott
- Regionens arbete med prevention, exempelvis arbete med att reducera eller eliminera risker för krissituationer genom förebyggande åtgärder såsom:
 - Framtagning av, och påverkan på, lagar, regler, riktlinjer och styrdokument
 - Riktade förebyggande insatser till exempel immunisering, löpande kompetensutveckling, medvetenhet hos personal och allmänhet
 - Sammanställande av lärdomar från tidigare kriser
- Delar av Regionens arbete med krisberedskap, exempelvis:
 - Konsekvenssimulering
 - Riskbedömningar innan utbrottet av Covid-19

Med hänsyn till uppdragets storlek och dimensionering finns det områden inom respektive analysområde med potential till fördjupade studier. Sådant kan till exempel vara Regionens samverkan med regionens kommuner och äldreomsorg.

Några av de områden som inte täcks under Uppdrag 1 kan möjligen hanteras inom ett Uppdrag 2 som ett eventuellt nästa steg. Inom det som benämns Uppdrag 2 kan fokus vara på faserna Beredskap, Hantering och Stabilisering. Vidare föreslås att övriga förvaltningar och ansvarsområden inom Regionen bör utvärderas oberoende såsom: Kollektivtrafik, regional Utveckling och påverkan på Regionens invånare.

1.5 Rapportens disposition och definition

Rapporten är uppdelad i ett antal områden, vilka beskrivs på en övergripande nivå i detta avsnitt. Närmast följer kapitel **2. Metod** som beskriver den övergripande metodiken som använts för att genomföra uppdraget. Kapitlet är uppdelat i två avsnitt inklusive en övergripande introduktion till det utvärderingsteam som genomfört utvärderingen, en beskrivning av KPMG:s ramverk för pandemihantering, som ligger till grund för analysen, samt en beskrivning av använd metod för datainsamling och analys.

Därefter presenteras kapitel **3. Händelseförlopp** som översiktligt redogör för väsentliga och kritiska händelser under den avgränsade perioden. Händelseförloppet utgör en faktabaserad sammanställning av händelser utifrån den information som finns tillgänglig och utgör referenspunkter till den analys som presenteras i kapitel **4. Analys**.

Kapitel **4. Analys** är uppdelat i åtta utvärderingsområden. Att tematiskt strukturera och analysera tillgänglig information i analysområden ger möjlighet att åskådliggöra och belysa faktorer som haft en inverkan på varandra, och att dra lärdomar kopplat till områden som är viktiga för Region Västernorrland.

Rapporten för Uppdrag 1 är omfattande och berör flera olika områden. För att underlätta för läsare som enbart önskar ta del av enskilda delar så har avsnitten i kapitel 4 en sammanfattning och separata slutsatser, skrivna för att kunna läsas fristående. Det innebär också att information till viss del upprepas i avsnitten. I vissa fall har anekdotiska referenser inkluderats, även citat. Detta för att levandegöra texten för att läsaren ska få en tydligare bild över en beskrivning av en situation. Då utvärderingens ramar inbegriper en begränsning i antalet intervjuer som är möjliga att genomföra på den utsatta tiden kommer de olika analysområdena gå olika djupt.

Analysen utgår ifrån den information som finns tillgänglig i skrivande stund. Slutsatserna som presenteras bör ses med detta i hänsynstagande. Utifrån att Covid-19 har en fortsatt hantering är det möjligt att ny information uppkommer efter färdigställande av rapport för Uppdrag 1 som potentiellt omprövar slutsatser. Det finns dock möjlighet att redan nu presentera kapitel **5. Slutsatser utvärderingsområden** och **6. Åtgärdsområden** där lärdomar som är av nytta för den fortsatta hanteringen av pandemin sammanställts, tillsammans med slutsatser som bedöms oberoende av det fortsatta förloppet.

Avslutningsvis presenteras kapitel **7. Områden för ytterligare detaljering** där andra frågor som dykt upp under arbetets gång och som bör detaljeras ytterligare sammanställs samt det som har avgränsats utanför Uppdrag 1.

1.6 Definitioner och förkortningar

I rapporten används ett antal förkortningar och begrepp som med fördel bör tydliggöras för ökad läsförståelse. I huvudsak nyttjas förkortningarna i rapporten, bortsett från första gången förkortningen används. Fastän vissa begrepp inte är formella förkortningar har utvärderingen valt att använda det beskrivna alternativet. Nedan har de viktigaste förkortningarna och begreppen sammanställts.

Tabell 1. Definitioner och förkortningar

Förkortning/Begrepp	Avser
1177	Vårdguiden
Beredskapsläge	Samlingsnamn för samtliga beredskapslägen. Beredskapslägena är normalläge, stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge
Beslutsfattare	Funktion i krisledningsorganisation. Uppgift att utforma och besluta medicinska mål och inriktningsbeslut, bearbeta information och ta fram handlingsalternativ samt samverka med andra Beslutsfattare/chefer i LSSL vid behov
Covid-avdelning	Patienter med bekräftad Covid-19 som behöver sjukhusvård men inte IVA
Covid-IVA	Intensivvårdsavdelning för patienter med bekräftad Covid-19 som behöver intensivvård
Dimension	En dimension i KPMG:s krishanteringsramverk
FOHM	Folkhälsomyndigheten
Förstärkningsläge	Inom beredskapslägen finns nivån för förstärkningsläget som innebär att en krisledning etableras enligt instruktion för att samordna verksamhetens insatser, samverka med övriga aktörer och vidta nödvändiga förstärkningsåtgärder
IVA	Intensivvårdsavdelning
Katastrofläge	Inom beredskapslägen finns nivån för katastrofläge som innebär att krisledningsgrupp inom berörd verksamhet etableras när händelsen är så omfattande att normala kvalitetskrav inte kan upprätthållas och resurserna måste omfördelas och omprioriteras. Arbetet bedrivs i fullt utbyggd stab
Krishanteringsfas	En fas i KPMG:s krishanteringsramverk
KTC	Kliniskt träningscentrum
LSSL	Lokal Särskild Sjukvårdsledning
Långdraget händelseförlopp	En tidsperiod som avser kriser vars karaktär successivt utvecklas under en oförutsägbar tid
Länsstyrelsen / Lst	Länsstyrelsen Västernorrland (organisation)
MAS	Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska
MSB	Myndigheten för samhällsskydd och beredskap
Normalläge	Inom beredskapslägen finns nivån för finns normalläge som innebär att händelser och mindre störningar som hanteras dagligen på olika nivåer i Region Västernorrlands ordinarie linjeorganisation
Regionen	Region Västernorrland (organisation)
regionen	Västernorrlands län (geografiskt område)
RSSL	Regional Särskild Sjukvårdsledning
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
SoS	Socialstyrelsen
Stabschef	Funktion i RSSL och LSSL. Uppgift att leda stabens arbete och samverka med chefen i RSSL och LSSL
Stabsläge	Inom beredskapslägen finns nivån för stabsläge som innebär att krisledningsgrupp inom berörd verksamhet etablerar en stab för att följa händelseutvecklingen och planera för alternativa händelseutvecklingar
SÄBO	Särskilt boende (för äldre). Används i slutrapporten synonymt med vård- och omsorgsboende
tf.	tillförordnad
TiB	Tjänsteman i beredskap
Transit	Transit-avdelning är för patienter med misstänkt Covid-smitta i väntan på provsvar. Även känt som intermediäravdelning.
Vårdhygien	Vårdhygien Västernorrland

2 Metod

2.1 Analysramverk

KPMG:s ramverk för hantering av pandemikriser ligger till grund för utvärderingen av Region Västernorrlands hantering av pandemin och har anpassats efter rådande förutsättningar för en effektiv och rättvisande analysprocess.

Tidigare kriser och pandemier, såsom SARS och H1N1, har skapat viktiga lärdomar och erfarenheter kring vilka åtgärder som framgångsrikt hanterar och förebygger pandemier. Baserat på KPMG:s samlade erfarenheter, samt nationella och internationella standarder, har framgångsrika åtgärder som bör utföras under en pandemi sammanställts. I utvecklingen av KPMG:s pandemiramverk och krishanteringsarbete har KPMG:s kanadensiska verksamhet, då KPMG i Kanada samlat stor erfarenhet av krishantering genom att agera stöd på nationell, regional och lokal nivå. I KPMG:s ramverk ingår fem faser för krishantering inom vilka olika åtgärder bör utföras:



Figur 2. Faser i KPMG:s ramverk för pandemihantering

1. Prevention

Reducera eller eliminera risker för krissituationer genom förebyggande åtgärder:

- Lagar, regler, riktlinjer, styrdokument
- Riktade förebyggande insatser (till exempel immunisering, kompetensutveckling, medvetenhet hos personal och allmänhet)
- Lärdomar från tidigare kriser, exempelvis SARS och H1N1

2. Beredskap

Beredskap för krissituationer genom planering, styrning och scenarioanalys:

- Handlingsplaner och styrdokument
- Riskbedömning och övervakning
- Konsekvenssimulering
- Resurs- och kapacitetsplanering, utbildning och övning

3. Hantering

Aktiviteter för begränsning av pandemieffekter såsom sjukdom, dödlighet, ekonomisk förlust, med mera:

- Krisinsatser
- Etablering av lämplig krisorganisation, ansvarsfördelning, samarbete och koordinering
- Anpassning av vårdkapacitet utifrån behov
- Resurshantering och planering
- Logistik, transport och materialförsörjning
- Scenariosimulering

4. Stabilisering

Stabilisera förhållanden för uthållighet:

- Förstärkt koordinering
- Förstärkningsläge
- Processer för att hantera vårdskuld hos både sjukhus och primärvård
- Fortsatt scenariosimulering och analys

5. Återgång och återhämtning

Återställ förhållanden till normalt tillstånd, och inför anpassningar och uppdateringar:

- Nedtrappning av förstärkningsläge och återgång till normalt tillstånd
- Hantering av vårdskuld
- Prioritering av investeringar, utveckling, och kapacitetsuppbyggnad
- Utvärdering av krishantering samt ständiga förbättringar
- Hantering av långsiktiga effekter

Inom ramen för uppdraget ett har faserna **Hantering och Stabilisering** av Region Västernorrland setts som mest relevanta för denna utvärdering och analyseras i rapporten. **Beredskap** samt **Återgång och**

återhämtning belyses i viss utsträckning, i de fall som intervjuade personer tagit upp aspekter som påverkande faktorer för hanteringen.

I tillägg till de fem krishanteringsfaserna inkluderar ramverket tio dimensioner för pandemihantering. Nedan presenteras ramverkets tio dimensioner i sin helhet:



Figur 3. Dimensioner i KPMG:s ramverk för pandemihantering

I enlighet med uppdragsbeskrivningen har Region Västernorrland eftersökt en utvärdering i huvudsak relaterat till ledning och styrning, lägesbild och analys, omställning av verksamheter, samordning och samverkan, kommunikation och information, materialförsörjning samt Smittskydd och Vårdhygien. Med utgångspunkt i ramverket fokuserar utvärderingen därmed på dimensionerna:

- Styrning & koordinering (inklusive ledning, samverkan och samordning med andra aktörer)
- Kommunikation (inklusive information, lägesbild och analys)
- Resurser och personal (inklusive omställning av verksamheter)
- Inköp, logistik & försörjning (med fokus på materialförsörjning)
- Sjukdomsbekämpning och Smittskydd (Smittskydd och Vårdhygien)

De övriga dimensionerna illustrerade i ramverket ovan har därmed exkluderats vid analys av Region Västernorrlands hantering av Covid-19.

Analysramverket kopplar samman dimensionerna och faserna genom ett antal viktiga frågor och aspekter att beakta per dimension och fas. Dessa har justerats och anpassats för att matcha den specifika situationen med ändamålet att resultera i en korrekt och rättvis utvärdering av Region Västernorrlands pandemihantering.

2.2 Datainsamling och analys

2.2.1 Datainsamling

Datainsamlingen har utifrån dessa varit fokuserad på händelseförloppet mellan januari 2020 och augusti 2020 samt området hälso- och sjukvård. Det tidigare beskrivna analysramverket ligger till grund för den datainsamling som genomförts. Genom att fokusera på aspekter och frågeställningar från ramverkets relevanta faser och dimensioner, har utvärderingsteamet kunnat precisera förfrågningar och samla in nödvändig information för att genomföra utvärderingen. I huvudsak rör datainsamlingen interna dokument och loggar som erhållits från medarbetare på Region Västernorrland samt genomförda intervjuer.

De dokument som utvärderingsteamet erhållit utgör i huvudsak minnesanteckningar, krisberedskapsplaner, framtagna riktlinjer, dagböcker, organisationskartor, lägesbilder samt statistik. Utvärderingsteamet har inte haft möjlighet att kvalitetssäkra den statistik som inkommit från Region Västernorrland, utan har antagit att den är korrekt. En beskrivning av den data som används finns beskriven i samband med presentationen av berörda grafer och tabeller. Därtill har utvärderingen samlat in information genom publika källor, exempelvis pressmeddelanden och annan information på Regionens hemsida.

Under utvärderingen har intervjuer genomförts med närmare 80 medarbetare hos Region Västernorrlands regionförvaltningsledning, de tre sjukhusen i Regionen och andra relevanta medarbetare hos Regionen. Intervjuerna har hållits både enskilt och i större grupper med 2 till 10 personer. Intervjuernas längd har varierat mellan 45 och 60 minuter och har genomförts under oktober och november 2020. Intervjuerna har varit semistrukturerade, det vill säga utgått ifrån förberedda frågor men har tillåtit intervjuaren att ställa följdfrågor utifrån respondentens svar. Inför varje intervju har frågorna förberetts med hänsyn till respondentens ansvar, funktion, relevant sakområde och utifrån information som uppkommit i tidigare intervjuer. Intervjuerna har genomförts av två till tre personer.

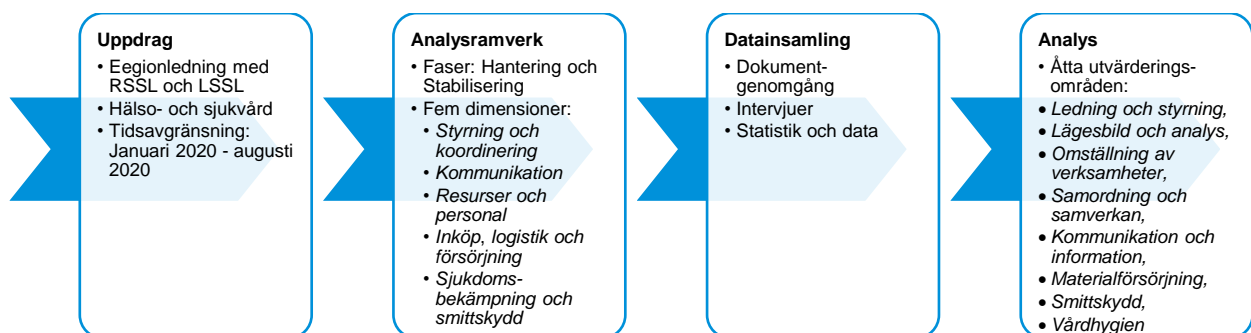
Utöver ovan nämnda intervjuer har avstämningar i form av e-post och digitala möten skett för att bekräfta viss information. En sammanställning av de intervjuer som har genomförts finns i Bilaga 1.

2.2.2 Analysmetod

Viktiga aspekter som analyseras är i vilken mån Region Västernorrland har varit förberedda med etablerade planer och processer inför pandemins utbrott, och i vilken utsträckning dessa har efterlevts när situationen har ställts på sin spets. Därtill analyseras Region Västernorrlands hantering av olika situationer och agerande i frågor som inte varit möjliga att förbereda sig för, eller där planer har saknats. Utifrån detta är det möjligt att utvärdera huruvida planer, processer och beslut har varit ändamålsenliga. Och, om inte, vilka förändringar som är nödvändiga för att hantera Covid-19 annorlunda i den fortsatta pandemihanteringen samt hur planer och rutiner bör uppdateras för att förbättra Region Västernorrlands förberedelser inför liknande framtida händelser.

Analysen tar sin utgångspunkt i den händelsebeskrivning som intervjuade parter redogör för, inklusive intervjupersonernas bedömningar av vad som fungerat bra och mindre bra. Erhållna dokument och statistik används för att stödja eller ifrågasätta dessa redogörelser och kan i vissa fall ge stöd åt en parts beskrivning när uppfattningar står mot varandra.

Genom analysen möjliggörs en utvärdering av Region Västernorrlands hantering av pandemin, identifiering av lärdomar samt svar på utvärderingsfrågorna och initiala slutsatser. I Figur 5 illustreras den metod som använts för att kunna genomföra analysen och utföra utvärderingen.



Figur 4. Analysmetod

3

Händelseförlopp



Förklaring:

- Beslut RSSL/LSSL
- Myndighetsbeslut och information
- Centrala händelser inom Regionen
- Statistik



Förklaring:

- Beslut
RSSL/LSSL
- Myndighetsbeslut
och information
- Centrala händelser
inom Regionen
- Statistik



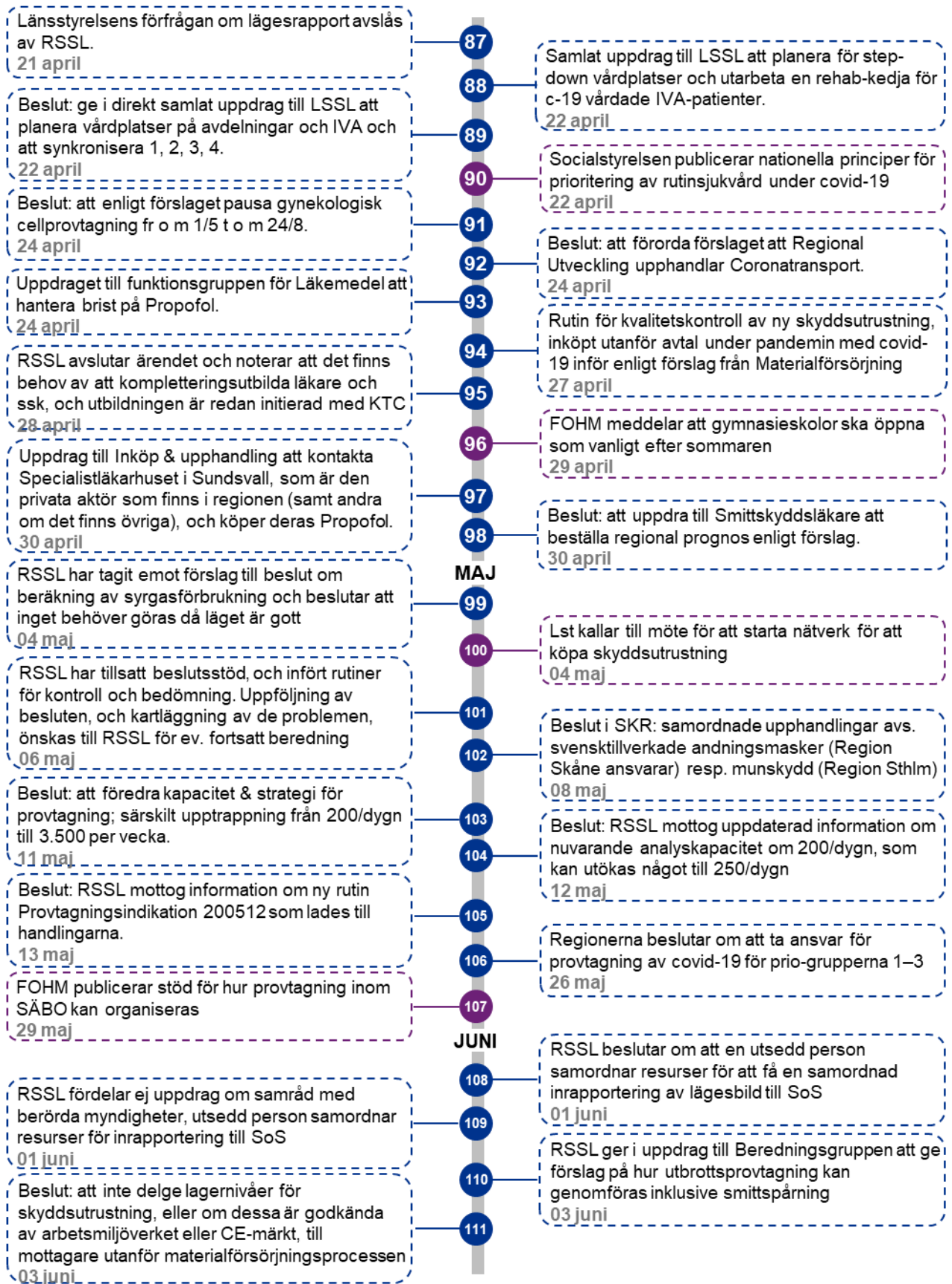
Förklaring:

■ Beslut RSSL/LSSL

■ Myndighetsbeslut och information

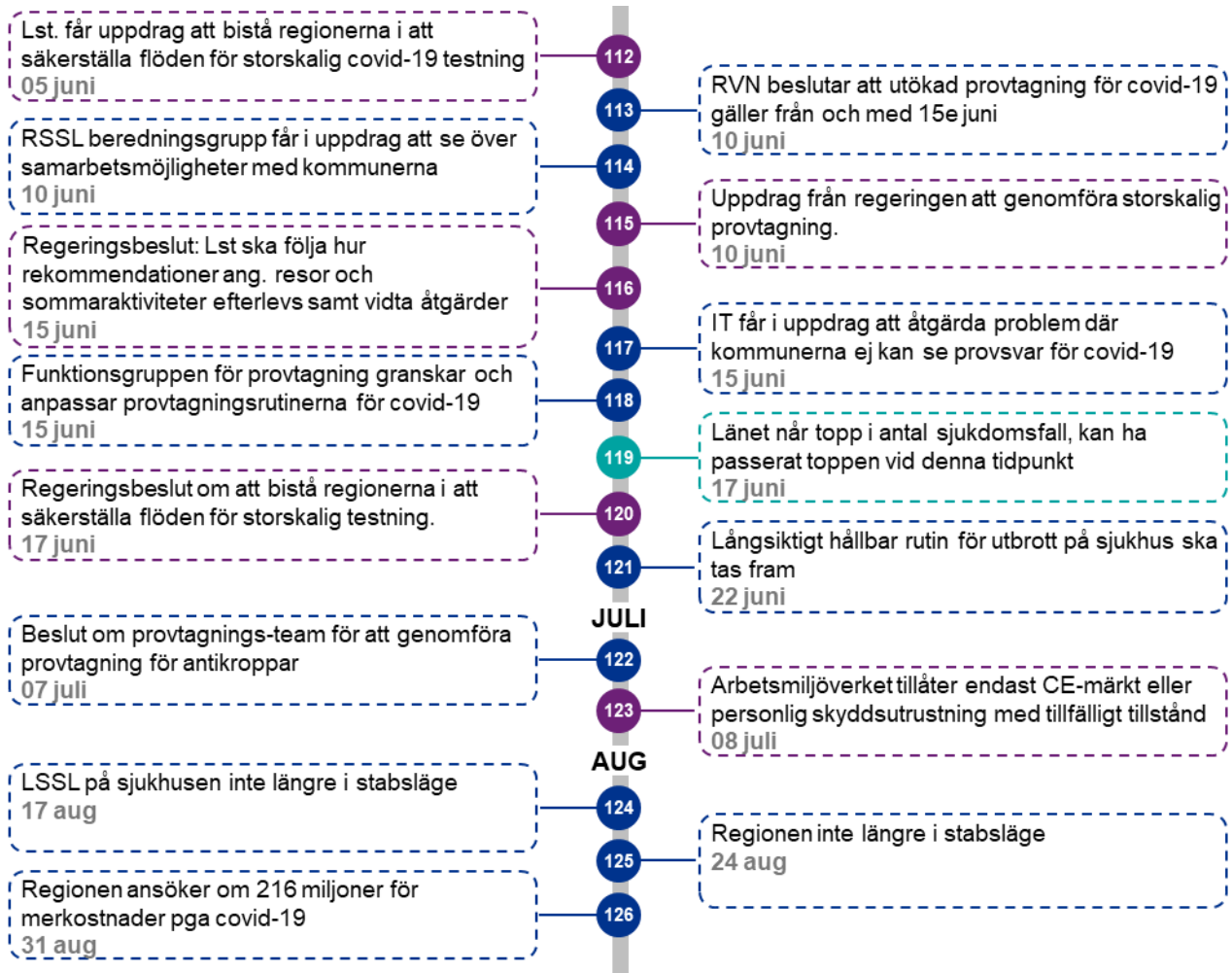
■ Centrala händelser inom Regionen

■ Statistik



Förklaring:

- Beslut RSSL/LSSL
- Myndighetsbeslut och information
- Centrala händelser inom Regionen
- Statistik



Förklaring:

- Beslut
RSSL/LSSL
- Myndighetsbeslut
och information
- Centrala händelser
inom Regionen
- Statistik

4 Analys

Rapportens analys grundar sig i det analysramverk som har beskrivits ingående i kapitel 2.1 med fokus på dimensionerna 1) Styrning och koordinering (inklusive ledning, samverkan och samordning); 2) Kommunikation (inklusive information, lägesbild och analys); 3) Resurser och personal (inklusive omställning av verksamheter); 4) Inköp, logistik och försörjning (med fokus på materialförsörjning); samt 5) Sjukdomsbekämpning och Smittskydd (med fokus på Smittskydd och Vårdhygien).

I avsnitt **4.1) Styrning och ledning** avses att analysera beredskap i ledning och styrning ur ett organisatoriskt perspektiv. Exempelvis analyseras hur Regionens krisledningsstrukturer och stabsmetodik har fungerat i praktiken för pandemihanteringen. I avsnitt **4.2) Lägesbild och analys** avhandlas Regionens förmåga att prognostisera som grund i planering av verksamheter. Även rapportering av lägesbild belyses här. I avsnittet **4.3) Omställning av verksamheter** redogörs hur det gick till när sjukhusen och Primärvården ställde om till att vårda Covid-19 patienter och rusta för en provtagningsverksamhet. I avsnitt **4.4) Samordning och samverkan** fokuserar analysen på de förväntningar som fanns på respektive aktör i samverkansfrågor och hur organiseringen för samverkan har fungerat i praktiken. Avsnittet genomlyser även utmaningar i övergripande samverkansobservationer samt hur samverkan fungerat i sakfrågor. I avsnitt **4.5) Smittskydd** analyseras hur arbetet med Smittskydd har fungerat i länet samt dess centrala roll i hanteringen. I avsnittet kring **4.6) Vårdhygien** belyses arbetet med Vårdhygien med fokus på dess stöd till verksamheterna med framtagande av riktlinjer. I **4.7) Kommunikation och information** belyses hur Regionens kommunikationsinsatser mot allmänheten och media, hur informationsöverföring mellan aktörer och forum har upplevts, samt hur transparens i den informationen har upplevts med fokus på lägesbilder. Slutligen, **4.8) Materialförsörjning** genomlyser de processer som sattes upp för att säkra tillgången till skyddsutrustning, läkemedel och annan sjukvårdsmateriel som behövdes för att arbeta säkert med Covid-vård.

4.1 Ledning och styrning

4.1.1 Sammanfattning

Detta stycke behandlar ledning, styrning, koordinering, beslutsstruktur och gränsdragning under hantering av Covid-19. Sammanfattningsvis går det att konstatera följande gällande styrning och ledning:

- **Beredskap för långvarig kris.** Samlad beredskap i form av planer, utbildning och metodik i hanteringen av en långdragen kris som Covid-19-pandemin har varit bristfällig då ledningspersoner inte upplevde att tillgängliga beredskapsplaner och verktyg har varit ändamålsenliga för denna typ av kris. Det har även varit begränsat med gemensamma övningar och krissimuleringar med en bredare grupp under fredstid.
- **Process för vid aktivering av stabsläge och förstärkningsläge.** Det har funnits en viss otydlighet i process och kriterier för aktivering av RSSL och stabs-, respektive förstärkningsläge gällande till exempel när i tiden som en aktivering av stabsläge är påkallad.
- **Organisering med roller och ansvar.** Det har varit en viss otydlighet i roller och ansvar för medlemmar i RSSL, framförallt inledningsvis. Detta har förbättrats efterhand i takt med att kunskapen om krisledningsarbete har utvecklats och förtydliganden i styrmodellen har genomförts.
- **Styrmodellens funktion och beslutsprocesser.** Stabsmetodik och styrmodell har varit enande och skapat beslutskraft, men denna har varit begränsad i struktur och beskriver inte ingående aktiviteter för "hur":et såsom när, var, hur och vilken typ av beslut kan och bör fattas. Detta bedöms bland annat ha försvårat en effektiv beslutsprocess.
- **Beredning av beslut.** Beredningsgruppen lyckades inte fylla den funktion som var tänkt utan skapade viss tröghet i beslutprocess och kommunikationsvägar, och utgjorde ett distanserande skikt mellan RSSL och LSSL.
- **Styrmodellens anpassning för långt händelseförlopp.** Styrmodellen var inte anpassad för ett långvarigt förlopp eller kris. Stabsmetodiken bygger på en ledningsform som är optimerad för beslutsfattande, genom att samla de kompetenser som krävs för att kunna ta beslut i en krissituation. Den tar inte höjd för ett utdraget förlopp då det saknas processer för att följa upp och revidera beslut. I takt med krisens utveckling har det blivit uppenbart att styrmodellen har

sina begränsningar. Det som inledningsvis var värdefullt i form av beslutskraft och effektivitet tappade med tiden sin behållning då beslutsfattande allt mer gick över i linjen. LSSL:s mandat urholkades och de dubbla strukturerna orsakade en förvirring hos medarbetare som i vissa lägen inte förstod vilken ledning som styrde.

- **Krisledningsstrukturen** var inte uppsatt för andra förvaltningar inom Regionen utöver hälso- och sjukvården, och ej heller för stöd- och stabsfunktioner som IT, miljö och ekonomi. Detta resulterade också i att dessa funktioner inte alltid var uppdaterade om sådant som kan ha haft bäring på deras områden.
- **Linjeledning, krisledning, länsklänksverksamhet och lokalt ledarskap.** Huruvida LSSL ska finnas på de tre lokala sjukhusen enligt beskrivningar i planer har varit en omtvistad fråga och manifesterar som en del av styrningsproblematiken. Det tycks ha funnits två starka sidor i frågan, där den ena sidan ur styrnings- och koordineringssynpunkt har funnits argument för att inte aktivera LSSL:er utan behålla styrning i linjeledningsstrukturen. Det andra perspektivet ser värdet i lokal beslutskraft som möjliggörare till lokal handlingskraft. Olika signaler om LSSL:s "varande och icke varande" har verkat skadligt för förtroende lokalt för RSSL. Länsklänksorganisationen har gjort situationen komplex och det tycks ha funnits ett uppdämt behov av lokal ledning.
- **Primärvårdens roll och LSSL Primärvården.** Bildande av eget LSSL inom Primärvården förbättrade möjligheter till en mer strategisk planering och ses som framgångsfaktor både utifrån mer sammanhållen styrning inom Primärvårdens regionala och privata aktörer, men också med tanke på Primärvårdens centrala roll i hanteringen som kontaktyta mot många aktörer. Det har även inneburit en möjlighet att på ett koordinerat och strukturerat sätt föra upp ärenden för beslut till RSSL.
- **Utveckling och anpassning.** Utveckling och tillvaratagande av lärdomar har ökat ledningsförmågan över tid. Insikt om att RSSL inte fungerade påkallade en omorganisation som har underlättat arbetet och skapat tydlighet för krisledningen kring roller och ansvar. Ytterligare lärdomar om de svårigheter som styrmodellen har haft över tid har gjort att en anpassad och ny variant av krisledning initierats efter avaktivering av RSSL. Detta för att möta behovet av sammanhållen och central koordinering med bibehållen linjestruktur (RLG-au).

4.1.2 Områden föremål för analys i styrning och ledning

Följande områden har varit föremål för analys från analysramverket (se kapitel 2.1) och har varit utgångspunkter i utvärderingen av styrning och ledning:

- Fördefinierade och införstådda processer och rutiner hur Regionen ska agera och koordinera krisledningsarbetet
- Krisledningens förmåga att arbeta strategiskt
- Tydlighet i roller och ansvar samt förmåga att agera
- Tidpunkt och process för utlysning av stabsläge och förstärkningsläge
- Implementering av beslut enligt delegationsordning, tydlighet i beslutsprocess och lärande förmåga
- Stöd av planer och processer i hanteringen
- Test, utbildning och träning av planer
- Anpassning för långt händelseförlopp
- Tillgång till beslutsstöd
- Anpassning av styrningsprocesser för akutstruktur
- Beroendekartläggning

4.1.3 Initiala aktiviteter

Det finns olika redogörelser kring hur krisledning och hantering i Region Västernorrland inleddes där flera personer från olika delar av regionen var tidiga med att inse allvaret och fångade upp signaler från att ett nytt virus hade börjat sprida sig i Kina under början av 2020. Flera individer har redogjort att de initiala aktiviteterna inleddes från det att Socialstyrelsen den 30 januari 2020 skickade en förfrågan via e-post till Tjänsteman i Beredskap (TiB) att med kort varsel genomföra en inventering och rapportera Regionens beredskap avseende bland annat disponibla IVA-platser, vårdplatser med kontrollerat undertryck, luftsluss, med flera. Otydlighet kring vilken verksamhet som var lämplig att ta ansvar för

inventeringen försenade hanteringen av ärendet och gav de berörda väldigt kort tid att svara på förfrågan. En förberedande gruppering, Arbetsgrupp nCov, bildades den 3 februari 2020 enligt styrdokument om bildande av utbrottsgrupp i händelse av smitta, för att samla information och hantera frågorna kring Covid-19. "Sammansättningen av gruppen beror på den aktuella situationen och beslutas av Smittskyddsläkaren."⁷ Denna gruppering samlade flertalet representanter från beredskapssamordning, säkerhetschef (TiB), Smittskydd, Vårdhygien, infektion, kvalitet- och patientsäkert, samt hälso- och sjukvårdsdirektör.⁸

Parallellt fanns det i ett tidigt skede individer bland sjukvårdspersonal i Regionen som var oroliga inför en potentiell smittspridning i länet. En respondent redogjorde för hur personen försökte få tag på ansvariga personer i regionledningen för att sätta igång arbetet tidigt med att förbereda sjukhusen på att ta emot Covid-patienter. Respondenten upplevde dock att denne inte fick gehör i sin förfrågan och fick inte heller en motivering. Detta ledde till viss otrygghet och inledningsvis en viss brist i förtroende för regionledningen.

4.1.4 Krisledning: RSSL:s organisering och aktivering

Vid krisarbete brukar vanligtvis en krisledning sammankallas i en organisation där krisledningen organiseras utefter en stabsmetodik. Organisering via stabsarbete syftar till att ge beslutsfattare ett förstärkt ledningsstöd genom förenklade beslutsprocesser, analyskraft och framtagande av underlag. En strukturerad stabsmetodik ger bra förutsättningar för effektiva ledningsprocesser, inriktning och samordning vid situationer som kräver detta.¹

Innan aktivering av RSSL bevakades händelseutvecklingen via Arbetsgrupp nCov, som förutom att agera nod för informationsutbyte beslutade om vilka åtgärder som var aktuella för att utreda och begränsa utbrottet samt ta ställning till om en beredskapshöjning var motiverad.⁹ Det rädde dock delade meningar kring när regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) borde ha aktiverats för att påbörja krishanteringen. Det förekom återkommande påtryckningar kring initiering av en aktivering av RSSL som är Smittskyddsläkarens ansvar.¹⁰

Vissa ansåg att organisationen inte var tillräcklig mogen för att agera som RSSL medan andra ansåg att beslutsfattande behövdes finnas på plats snabbt för att bereda sig för den stundande krisen. Det var flera omständigheter som gjorde situationen komplex där det rädde viss osäkerhet kring hur krisledningsarbetet skulle se ut där individer också var nytillsatta i regionledningen. I februari 2020 togs ett initiativ till att sammankalla en gruppering som har beskrivits som embryo till RSSL. Under ett par veckor existerade sedan två grupperingar som träffades för att hantera pandemifrågan. Det blev inom kort uppenbart för individer som ingick att ett tydligare och mer sammanhållet krisledningsarbete behövdes. RSSL aktiverades därefter den 9 mars 2020. Vid en jämförelse av tidpunkten för när andra regioner i Sverige aktiverade respektive RSSL kan det konstateras utifrån den information som var publik att Region Västernorrland var den tredje regionen i Sverige att aktivera sin RSSL (se tabell 2). Detta är två dagar efter att Stockholm aktiverade RSSL, och en dag innan WHO deklarerade att Covid-19 är en pandemi.¹¹ I detta läge hade Västernorrland en fördel i att smittspridningen i regionen låg ett antal veckor efter de värst drabbade områdena i Sverige under våren 2020 och därmed fanns mer tid för beredskap och erfarenhetsutbyte.

Tabell 2. Sveriges regioners aktivering av stabsläge under våren 2020

#	Aktivering stabsläge våren 2020	Start stabsläge	Avslut stabsläge
1	Region Skåne	2020-02-03	2020-07-18
2	Region Stockholm	2020-02-07	2020-09-07
3	Region Västernorrland	2020-03-09	2020-08-24
4	Region Kronoberg	2020-03-10	2020-08-27
5	Region Sörmland	2020-03-11	2020-08-17

⁷ Region Västernorrland, Utbrottsgrupp vid smittspridning i vård och omsorg, 2018-02-01 [rev. 2019-06-20]

⁸ Region Västernorrland, Minnesanteckningar från möte 2019-nCOV, 2020-02-03

⁹ Region Västernorrland, Utbrottsgrupp vid smittspridning i vård och omsorg, 2018-02-01 [rev. 2019-06-20]

¹⁰ Smittskyddslagen (2004:168) reglerar smittskyddsläkarens ansvar för landstingets smittskydd och epidemiberedskap samt allmänhetens och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter i samband med spridning av smittsamma sjukdomar.

¹¹ Folkhälsomyndigheten, Spridningen av covid-19 är en pandemi, 2020-03-11

5	Region Östergötland	2020-03-11	2020-09-01
5	Region Värmland	2020-03-11	2020-09-01
5	Region Västmanland	2020-03-11	2020-09-29
5	Region Halland	2020-03-11	Information ej tillgängligt publikt
6	Region Örebro län	2020-03-12	2020-09-01
6	Region Dalarna	2020-03-12	2020-09-10
7	Region Jönköpings län	2020-03-18	2020-08-26
7	Region Blekinge	2020-03-18	2020-09-10
8	Region Uppsala	2020-03-19	2020-08-31
8	Region Jämtland Härjedalen	2020-03-19	2020-09-24
8	Region Västerbotten	2020-03-19	2020-08-31
9	Västra Götalandsregionen	2020-03-25	2020-08-31
10	Region Gotland	2020-03-26	2020-08-05
11	Region Norrbotten	2020-03-28	2020-08-12
E/T	Region Kalmar län	Information ej tillgängligt publikt	Information ej tillgängligt publikt
E/T	Region Gävleborg	Information ej tillgängligt publikt	2020-08-24

Den initiala bemanningen av ett tidigt RSSL bestod av en samling personer från olika delar av Regionens verksamheter. Regionen har en antagen stabsmetodikmodell som beskriver vilka funktioner som ska ingå vid tillsättande av en RSSL, men det var i detta fall inte tydligt vilka som skulle bemanna de olika funktionerna och storleken på RSSL växte. Enligt flera respondenter fanns det inom RSSL inslag av personer med fel roller som ingick i den ursprungliga grupperingen, utan tillräcklig kunskap eller meriter. Vidare beskrevs det att det inte var tydligt definierat vem som var utpekad beslutsfattare, eller vilket beslutsmandat som rådde i grupperingen. Rolfördelningen sågs som oklar från flera respondenter. I drygt tre veckors tid pågick den första formationen av RSSL som har beskrivits som dysfunktionell. Grupperingen hade möten som tog väldigt lång tid där många var frustrerade över bristande struktur.

Tabell 3. Funktioner i RSSL enligt antagen plan

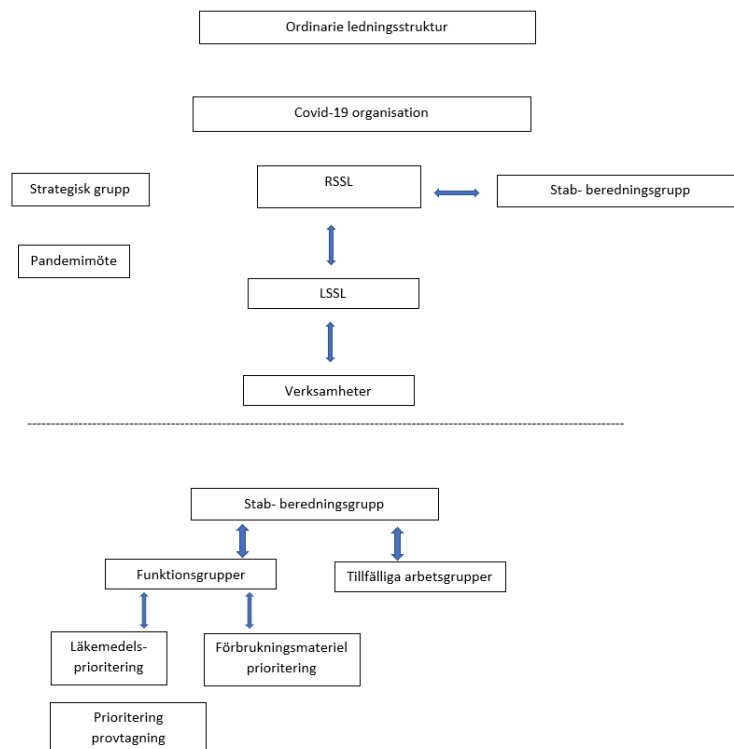
Funktioner i regional särskild sjukvårdsledning, RSSL		
Beslutsfattare	Uppgifter	Befattningshavare
Sjukvårdsledare	Chef, leder sjukvårdens insatser	Regiondirektör (Sjukhusdirektör)
Medicinskt ansvarig	Medicinska inriktningsbeslut	Chefläkare
Stab	Uppgifter	Befattningshavare
Stabschef	Planerar och leder stabens arbete på kort och lång sikt. Analys och omfallsplanering.	Hälso- och sjukvårdsdirektör, (Bitr. regiondirektör.)
PKL	Krisstöd	Beredskapssamordnare, Säkerhetschef
Insatsledning	Fördelningsnycklar, samordning med skadeplats och övriga sjukhus.	Primärvårdsdirektör, Länschef Ambulans
Logistik och utrustning	Lokaler, materialförsörjning, kost, transporter, säkerhet.	Administrativ direktör
Samverkan	Samverkan med andra myndigheter, kommuner och landsting.	Beredskapssamordnare, Säkerhetschef
Verksamhetsstöd	Personalförsörjning, samordning internt på sjukhuset.	HR-direktör, Sjukhusdirektör
Information	Producera intern och extern information, omvärldsbevakning.	Kommunikationschef
Dokumentation	Loggbok, dokumentera stabens arbete.	Chefssekreterare
Sakkunnig	Vid behov beroende på händelse.	IT, Smittskydd, etc.

4.1.4.1 Beredskap krisledning

Den beredskap som har funnits sedan tidigare baseras på planer som visat sig inte vara ändamålsenliga för ett långdraget förlopp och få ledningspersoner har varit adekvat utbildade i stabsmetodik och krisledning. I de grupperingar som bildades eller fanns sedan tidigare var det flertalet medlemmar som inte hade övat i krisledning och hade en begränsad kunskap kring hur en särskild sjukvårdsledning fungerade. Det rådde osäkerhet kring hur de skulle hantera de Covid-19-relaterade frågor som kom in osorterat där mycket tid drevs till att diskutera. RSSL-grupperingen var enligt utsago för stor med för många medlemmar med representation som inte var enligt plan. Gruppen hade enligt redogörelser inte heller rätt beslutsmandat och kunde inte i den grupperingen fatta beslut då få det var "andra linjens chefer". Detta ledde till en ledning och styrning som uppfattades som rörig och otydlig för både ledningspersoner och medarbetare i linjen.

4.1.4.2 Omorganisering och ny struktur av RSSL

Till följd av den gemensamma bilden av att det tidiga RSSL:s mandat och styrning var otydligt fanns det ett behov av att omorganisera och bemanna om gruppen till en ändamålsenligt RSSL. Den modell som den omorganiserade gruppen strukturerades efter var inspirerad av hur RSSL var uppsatt i Region Jönköpings län, som enligt uppgift fungerade väl. Målet var att reducera antalet medlemmar och fördela ansvar på en grupp personer med ledarskapsfärdigheter i RSSL samt att sätta upp en stödjande struktur som skulle bidra till ett mer effektivt ledningsarbete. Strukturen bestod av en beredningsgrupp som beredde och utredde inkommande ärenden, med funktionsgrupper för materialförsörjning, läkemedel och provtagning samt tillsättning av en strategisk analysgrupp som rådgivare med fokus på omvärldsbevakning (se Figur 6). Den nya strukturen antogs enligt minnesanteckningar den 30 mars 2020.



Figur 5. Organisationsstruktur RSSL, bild från RVN

Figur 6¹² illustrerar den organisering som Region Västernorrland antog under större delen av krisledningen. Nedan listas respektive funktion i krisledningsstrukturen samt vad syftet med varje funktion är:

- **RSSL** tar beslut i frågor som har ett övergripande perspektiv i Regionen samt tar emot frågor från de lokala särskilda sjukvårdsledningarna (LSSL). Övriga uppgifter enligt beskrivning¹¹: På

¹² Region Västernorrland, Organisationsstruktur- v.28 m LSSL, 2020

eget initiativ ålägga stab-beredningsgrupp uppgifter; ombesörja att strategiska frågor drivs och följa upp dessa; Adjungera nödvändiga kompetenser från stab-beredningsgrupp, hälso- och sjukvårdsförvaltning samt övriga funktioner till RSSL:s möten utefter behov. RSSL har dagliga möten om 15 minuter. Bemanningen var baserad till stor del på den ordinarie regionledningen med fokus på hälso- och sjukvård, kommunikation och personal. Gruppen bestod av cirka tio medlemmar.

- **Stab-beredningsgrupp** hade i uppgift att bereda frågor med tydlig koppling till Covid-19 med ett övergripande perspektiv och som krävde beslut av RSSL. Gruppen tog emot frågor från RSSL och tillsatte funktionsgrupper och tillfälliga arbetsgrupper enligt beslut från RSSL. Gruppen kunde även adjungera nödvändiga kompetenser och träffades dagligen. Gruppen bestod som mest av cirka 24 medlemmar med representanter från olika delar och funktioner, bland annat LSSL stabschefer, infektion, Vårdhygien, Smittskydd, personal, Kvalitet- och patientsäkerhet, fastighet och service, transport, kommunikation, primärvård, med flera.
- **LSSL** hanterar de frågor som har koppling till Covid-19 som rör all sjukvårdsverksamhet i Regionen kopplat till lokala sjukhus och Primärvården. LSSL har ett ansvar att lyfta frågor som kan antas ha en övergripande karaktär till RSSL. Bemanningen beskrevs omfatta bland annat chefsläkare, MLA (medicinskt ledningsansvarig), stabschef, krisstöd, insatsledning, logistik, samverkan, verksamhetsstöd (personal), kommunikatör, sekreterare, med flera.
- **Funktionsgrupper:**
 - **HR:** "Agil" grupp som upprättas och bemannas vid behov beroende på problemställning. Omfattar HR-områdets stöd- och servicefunktioner i helhet till exempel chefsstöd, rekrytering, arbetsrätt och arbetsmiljö.
 - **Läkemedel:** Gruppen är ansvarig för att prioritera och fördela läkemedelsförsörjning i Regionen mellan sjukhusorter och verksamheter. Prioriterade verksamheter är IVA och övriga enheter utsedda att vårda Covid-19 infekterade patienter. Prioriteringsordning kan komma att ändras. Gruppen bestod av bland annat representant från primärvård och läkemedelsenheten.
 - **Förbrukningsmaterial:** Ansvarig för att inventera, prioritera, köpa in och fördela skyddsutrustning och förbrukningsmaterial där brist råder mellan sjukhusorter och verksamheter. Prioriterade verksamheter är Akutmottagning, Ambulans, Operation, IVA, Primärvård och övriga enheter utsedda att vårda Covid-19 infekterade patienter. Prioriteringsordning kan komma att ändras.
 - **Prioritering provtagning:** Ansvarig för att samordna provtagningen i länet.
 - **Strategisk analysgrupp:** Ansvarig för omfallsplanering med näranalys och långsiktigt prognos- och scenarioplanering till stöd för RSSL. Arbetar självständigt på uppdrag av RSSL och regiondirektör. Gruppen består av chefsläkare, hälso- och sjukvårdsdirektör, regiondirektör, Smittskydd, Vårdhygien, med flera. Bildades den 24 mars 2020.
- **Pandemimöte:** Informationsmöte två gånger i veckan om 30 minuter med verksamhetschefer inklusive privata vårdsektorn. Hälso- och sjukvårdsdirektören, Smittskyddsläkare, sjukhusdirektör, primärvårdschef samt kommunikation håller i mötena. Vid behov kan ytterligare funktion adjungeras. Verksamheterna får mejla in frågor till en funktionsbrevlåda som sköts av kommunikation där de kan välja ut några frågor utöver den information som ges.

Den nya strukturen har framlyfts som en möjliggörare till ett mer effektivt krisledningsarbete och det har av ingående personer beskrivits fungera mycket bättre efter omorganisationen. Det har av vissa individer funnits kritik mot varför just Jönköpings modell valdes som inspiration till Region Västernorrland. Kritiken har bestått i att det var oklart vem som hade mandat att frångå antagen styrmodell enligt beredskapsplaner och att det inte fanns en transparens i vilka kriterier som legat till grund för att den nya modellen kunde anses vara lämplig för Region Västernorrland. Modellen följde inte den antagna stabsmetodikmodellen för Regionen och vissa funktioner exkluderades i den nya, uppdaterade versionen. En sådan funktion är säkerhets- och beredskapsenheten och detta har av vissa uppfattats som märkligt då de har en central roll att spela vid händelser som kräver bred samordning.

4.1.4.3 *Beredningsgruppen som beredande funktion till RSSL*

Beredningsgruppens sammansättning och storlek växte successivt och vid en tidpunkt involverades ett 20-tal personer i dagliga timmeslånga möten. Vid en tidpunkt byttes även ordförande för beredningsgruppen ut. Enligt organisationsstrukturen skulle kanalen mellan RSSL och LSSL vara direkt, där frågor skulle skickas till RSSL som sedan skulle skicka vidare till beredningsgruppen för beredning inför beslut. På så sätt skulle beredningsgruppen avlasta RSSL och skapa struktur och förutsättning för effektiva möten. I praktiken har det beskrivits att vissa skickade frågor direkt till beredningsgruppen och där den direkta kontaktvägen mellan RSSL och LSSL i vissa fall kapades. Det sattes upp en funktionsbrevlåda för RSSL där alla ärenden kom in. Vissa ärenden gick till RSSL och vissa gick direkt till andra för åtgärd. En ärendehanteringsprocess sattes upp av den första ordföranden med inkommande ärendenummer, medan den tillkommande ordföranden valde att hålla allting i ett flöde i verktyget Teams till dess att respektive ärende var avrapporterat, och då dessa sorterades i en avslutad korg i ett kronologiskt flöde. Det utfördes ingen sortering efter prioriteringsnivå under större delen av hanteringen. Minnesanteckningar från majoriteten av beredningsgruppens möten dokumenterades inte.

Det har beskrivits att processen för beslut och återkoppling var långsam från flera respondenter. Hanteringen skapade en onödig fördröjning i beslutsprocesser. Detta skapade en stor frustration hos LSSL som ibland var i behov av mycket snabb återkoppling. En del frågor upplevdes stanna i beredningsgruppen utan återkoppling. En annan konsekvens var att beredningsgruppens egna möten upplevdes ineffektiva där arbetet tog mycket tid och frågor av stor och liten karaktär behandlades. Vidare var det inte beskrivet i detalj hur arbetet skulle gå till i praktiken för att beredningsgruppen skulle kunna genomföra sitt uppdrag.

4.1.4.4 *Strategiska analysgruppen som rådgivare till RSSL*

Strategiska analysgruppen bildades på uppdrag av RSSL och skulle fungera som rådgivare och stöd till RSSL. De bidrog med omvärldspaning och rekommendationer kring områden där RSSL inte hade egen insikt eller djupare kunskap. Syftet med att hålla gruppen till en mindre storlek var för att de skulle kunna avhandla frågeställningar fritt och med högt i tak. Gruppen kom även med förslag kring frågor för beredning. Strategiska analysgruppen hade inget eget beslutsmandat men i sin position ändå ett visst inflytande som rådgivare. Som forum har gruppen beskrivits som viktigt för deltagande individer, som ett forum med högt i tak för utbyte av information, perspektiv och idéer, men även som viktig kanal för direktkontakt med andra beslutfattare.

Medlemmar i gruppen har beskrivit att det trots viss otydlighet inledningsvis fanns en tydlighet i syftet att gruppen inte var beredande eller beslutsfattande. Utifrån har gruppens syfte och mandat inte varit lika tydliga och det har i vissa fall upplevts som ett stängt forum och "hemlig klubb" med oklart mandat. Detta då flera medlemmar som ingick hade ledande positioner vanligtvis och annars i RSSL. Det har även beskrivits att vissa personer på grund av detta har upplevt att vissa beslut i praktiken redan var fattade i den strategiska gruppen när de kom till RSSL. Det har i sammanhanget även beskrivits som problematiskt att representationen i gruppen varit snävt fördelad och att dessa förslag till beslut inte varit brett förankrade och vägt in alla nödvändiga perspektiv. Ett konkret exempel som har lyfts rör en fråga kring eventuell flytt av KTC-sjuksköterskor till Covid-avdelningar där en RSSL-medlem fick säga ifrån med perspektivet att den personalen behövdes för att utbilda ny vårdpersonal och inte kunde omplaceras.

4.1.4.5 *Beslutsfattande i RSSL*

Det har beskrivits att en tydligare beslutsstruktur och beslutsföra växte fram i och med omorganiseringen av RSSL som gjordes den 30 mars 2020. Beslutsfattande i RSSL har till stor del protokollförts via minnesanteckningar från RSSL-möten, men inte loggats separat i någon beslutslogg. Besluten som har tagits i RSSL har inte följts upp skriftligt eller i något system för att dokumentera efterlevnaden eller för att använda till utvärdering. Exempelvis följdes beslut kring provtagning upp med berörda genom att RSSL-representant frågade direkt berörd kring hur det gick och hur det fungerade. Besluten följdes inte upp på ett strukturerat eller systematiskt sätt utan var mer baserat på vad som ansågs vara aktuellt.

Det har beskrivits att det inte definierades tydligt vem som var beslutsfattare i RSSL fram till omorganisationen. Beslutsfattare i RSSL var sedermera formellt chefsläkare. Frågor som behövde beredning överlämnades sedan till beredningsgrupp för vidare delegering och beredning. De beslut som togs av RSSL var av olika karaktär, där vissa beslut rörde hela Regionen och andra var smalare och mer lokala beslut. Det har varit högt och lågt i typer av beslut som har tagits av RSSL där somliga beslut inte införlivades, exempelvis beslut om centralisering av Covid-patienter till Sundsvalls sjukhus. Beslut av smalare karaktär har också protokollförts, såsom att Primärvårdens gruppträningar ställdes in, och att information från SKR skulle publiceras på Regionens interna Teams. Enligt planen var det frågor av övergripande karaktär som skulle tas upp i RSSL och där vissa argumenterade för att det inte alltid var så.

Verkställande av beslut hamnade på personer som utpekats som ansvariga i de olika beslutsformuleringarna. Beslut som skulle verkställas av LSSL kommunicerades via beredningsgruppen. Det har i intervjuer lyfts exempel på beslut som har fattats och som sedan inte verkställts, där det har varit otydligt vem som har ansvarat för att säkerställa genomförande. Det fanns en viss frustration över att vissa frågor som skickades uppåt till RSSL för beslut från LSSL hade alldeles för lång svarstid och när svaret kom var frågan redan inaktuell. Även medarbetare berättade att det inte fanns en tydlig bild kring vilka beslut som fattades på högre nivåer, ovanför den närmsta chefsledet. En RSSL-medlem medgav att det var otydligt hur beslut förmedlades till de lokala ledningarna, att det gjordes långsamt och att det därför fanns en stor otålighet hos informella lokala ledare och chefer.

4.1.5 Krisledning: LSSL:s organisering och aktivering

4.1.5.1 LSSL aktivering, struktur och bemanning

LSSL aktiverades för respektive sjukhus i länet den 13 mars 2020: Sundsvall, Sollefteå och Örnsköldsvik. Dessa etablerades på uppdrag av RSSL där sjukhusdirektörer fanns representerade i de olika LSSL:erna. Det har beskrivits hur det rådde viss okunskap och osäkerhet bland sjukhusen i början kring LSSL som funktion och dess syfte. Bemanningen i respektive LSSL tillsattes baserat på den stabsmetodik som antagits i Regionen och som beskrivits tidigare i analysen, med vissa justeringar. I respektive LSSL tillsattes lokala beslutsfattare som kunde vara exempelvis verksamhetschefer eller enhetschefer på sjukhusen lokalt. I de flesta fall saknades erfarenhet av stabsmetodik bland de som blev utpekade LSSL-medlemmar.

I några fall visste individer till en början inte vad de blivit kallade till: "Det stod på pappret vad vi hade för roller men vad dessa stod för visste vi inte." I Sollefteå var medicinskt ansvarig och sjukvårdsledare inte placerade på orten, och det har beskrivits som en "skör struktur". Likt strukturen i RSSL var LSSL:erna också stora grupperingar med många medlemmar till en början som från många håll upplevdes som ineffektiva. Sammansättningen var inte optimal i början och det har rapporterats om långa möten och få beslut. Även respektive LSSL minskade i storlek och omorganiserades senare på inrådan från RSSL och regiondirektör, främst för att kunna ta beslut och agera på dem snabbare. Det fanns ett behov av att ha en ändamålsenlig bemanning för den rådande pandemin.

Anpassningar (eller fränsteg) från modellen som gjordes innefattar bland annat att en LSSL involverade enhetscheferna på de avdelningar som skulle komma att bli Covid- och transitavdelning. Respondenterna beskrev att detta var bra tilltag då beslut kunde fattas direkt i mötet och snabbt exekveras då berörda var med i rummet. En annan LSSL som valde att inte ha med linjechefer har fått kritik för att nyckelindivider inte satt med i besluten kring sådant som rörde deras verksamheter, exempelvis omställning till Covid-avdelning. Beslut kring bemanning av LSSL:erna har framstått som svåra då det å ena sidan drar mycket tid från personer som behövs i sin linjeroll för att upprätthålla verksamheten, och å andra sidan är mest fördelaktigt att involvera berörda personer. Något som framkom var att det var enklare för mindre sjukhus att tillsätta en LSSL med rätt bemanning, då urvalet var mindre och det var tydligare vilka personer som skulle bemanna centrala funktioner och ta centrala roller.

4.1.5.2 Beslutsmandat LSSL

LSSL blev allt mer autonoma i sin funktion med tiden och agerade operativt lokalt med fokus på praktiska frågor såsom den lokala driften. Detta ledde till att sjukhusen gjorde mycket själva och vissa åtgärder på olika sätt med väldigt lite insyn i vad de andra gjorde. Vissa LSSL:er tog sig stora befogenheter efter

ett tag och det gick särskilt fort när de gjorde omställningar såsom sätta upp tält för att separera friska patienter från sjuka. Ett LSSL fick kritik för att de inte hade bekräftat med någon uppifrån att uppsättningen av tältet var rätt beslut. En av LSSL:erna uppfattade att HR och ledningen tyckte det gick för fort och att de hade för bråttom. Detta upplevdes på vissa håll som en konflikt avseende att många beslut togs lokalt utan involvering av RSSL. Det fanns reflektioner från vissa personer att aktiveringen av LSSL medförde svårigheter för sjukhusdirektörerna att leda och styra sin verksamhet och att insyn och kontroll begränsades.

Vidare var beslutsmandatet som LSSL:erna besatt inte närmare definierat. Eskaleringsgången i enskilda frågor var inte alltid tydlig då till exempel resursallokeringsfrågor inte eskalerades upp till LSSL Sundsvall. Från LSSL:ernas perspektiv underlättades arbetet desto större beslutsmandat som fanns. LSSL:erna på sjukhusen hade övergripande beslutsloggar där besluten dokumenterades.

4.1.5.3 *LSSL:s upplevelse av styrning från RSSL*

Samtliga lokala stabschefer satt med i RSSL:s beredningsgrupp som beredde frågor inför beslut i RSSL. Forumet ansågs vara för stort och hade utmaningar med att vara effektiv. Att LSSL:s stabschefer satt med i beredningsgruppen kan möjligtvis vara en anledning till att LSSL:s frågor gick via beredningsgruppen och inte direkt till RSSL som det var tänkt. En ytterligare konsekvens kan ha varit att det fanns många frågor som inte gick vidare till RSSL och beslut. Många LSSL-medlemmar upplevde ett stort avstånd till RSSL och begränsad direktkommunikation med RSSL. Kommunikation från RSSL till LSSL skedde annars huvudsakligen via sjukhusdirektörerna enligt vissa respondenter. En konsekvens av att denna kommunikationsväg är att en av LSSL:erna upplevde att tidskritiska beslut inte kunde tas utan att involvera sjukhusdirektören.

Flera respondenter upplevde även att regionledningen inte ställde frågor till LSSL:erna och ville inte veta vad som pågick lokalt eller bad om inspel till beslut.

4.1.5.4 *Primärvårdens involvering i LSSL*

Primärvården var inte initialt inkluderad i LSSL men efter beslut i RSSL den 30 mars 2020 beslutades det att Primärvården skulle vara representerade hos sjukhusens LSSL. Anledningen till att Primärvården spelades in senare var enligt uppgift att det fanns en förväntan att pandemin skulle innebära störst belastning på Specialistvården och att det då inte fanns en tanke om att involvera Primärvården i de lokala krisledningarna.

Med tiden utvecklades ett behov av att ha en bredare sammanhållen krisledning även inom Primärvården. Många frågor "studsade" mellan olika aktörer såsom Smittskydd, kommuner, specialistvård och primärvård, där Primärvården befann sig "mitt i bruset" med förväntningar på att kunna hantera frågorna på ett bra sätt. Privata hälsocentraler som befann sig utanför den regionala strukturen behövde likväl hantera effekter av Covid-19 och hade många frågor kring bland annat avseende provtagning. De privata hälsocentralerna utgör hela 60% i Västernorrland. Det blev därför svårt att hantera så många aktörer utan en gemensam LSSL.

Efter samråd med Vårdvalsutskottet och de privata vårdgivarna togs den 22 april 2020 beslut i RSSL att upprätta en LSSL för Primärvården. Det har beskrivits att det har funnits ett gott samarbete med de privata vårdgivarna men det funnits vissa begränsningar i hur långt samarbetet kunde sträcka sig med tanke de olika huvudmännen. LSSL Primärvården hade eget mandat att fatta beslut så till vida att primärvårdsdirektören exempelvis tog initiativ att tillsätta en medarbetare att hålla ihop provtagningen för att samordna arbetet. Det gav en styrka till primärvårdsarbetet att ha en egen LSSL. En egen pandemiplan upprättades som definierade strategi och prioriterade uppgifter, och därmed fanns en uppdaterad kontinuitetsplanering. På så sätt gavs även möjlighet till mer strategiskt och långsiktigt arbete, samt möjligheten att ta gemensamma beslut för LSSL och föra upp ärenden till RSSL för beslut.

4.1.5.5 *Beslut om avaktivering av LSSL*

Den 1 april 2020 beslutade RSSL att LSSL skulle avaktiveras och återgå till linjeorganisationen. Det uppfattades enligt uppgift att styrningen av LSSL:erna hade begränsats och det fanns en önskan från medarbetare på sjukhusen om starkare involvering av linjen. Det var en fråga om LSSL:ernas uppsättning, roller och mandat där beslutet togs för att få en bättre koordinering och struktur. Beslutet ledde till kraftiga reaktioner där det fanns starka åsikter om att LSSL:er verkligen borde finnas lokalt.

Det ansågs viktigt med en ledning med stor kännedom om lokala förhållanden på sjukhusen. En komplicerande faktor var att det samma dag presenterades förslag till omorganisation som arbetets fram där LSSL fanns med i en framträdande roll och där autonomi skulle värnas. Efter intensiva diskussioner drogs beslutet tillbaka redan efter en dag. Turerna kring LSSL:ernas existens har rört upp känslor och vad som uppfattats som dubbla budskap har beskrivits som djupt skadliga för förtroendet för regionledningen.

4.1.6 Styrning i förhållande till linjen och politiken

Det blev uppenbart för linjen att det fanns oklarheter kring de beslutsstrukturer som uppstod i de olika ledningsfunktionerna under krisen: RSSL, LSSL:erna per sjukhus, och linjeledning. Det blev enligt vissa respondenter onödiga slitningar mellan linjen och sjukhusdirektörerna där behov av mer information och tydlighet kring styrningen efterfrågades. Medarbetare från linjen vittnade om att det var svårt att veta vilken ledning de skulle förhålla sig till. I vissa fall satt en linjechef med i krisledningsorganisationen, och medarbetarna hade då svårt att skilja på eller förstå om de personen agerade utifrån sin roll som linjechef eller som medlem i en LSSL. Beroende på om representation av ett verksamhetsområde funnits med i LSSL eller inte har spelat en roll för hur information och kommunikation har nått ut till verksamheten. De områdena med representation i LSSL eller RSSL nåddes oftare av förstahandsinformation medan andra upplevde sig längre från beslut och information. Hos de som befunnit sig på längre avstånd från RSSL och LSSL:erna har förtroendet för krisledningen varit lägre.

En medarbetare uppfattade att i början av pandemin att ledningen i det lokala sjukhuset saknade en plan och därmed inte kunde ge råd till sina medarbetare. Detta ledde till att medarbetare upplevde att lojaliteten och förtroendet brast snabbt när det inte fanns en bra krisledning: "Det är allvarligt när man har en ledning som inte sköter sig, inte är insatt eller vet vad som händer på arbetsplatsen."

Allt eftersom krisen blev långdragen och arbetet skedde mest i linjestrukturen blev det diskussion kring hur länge en LSSL borde vara aktiv och när linjen skulle ta över igen. En reflektion från en respondent var att LSSL fyllde en viktig funktion i att etablera ett tidigt samarbete och skapa en samlad lägesbild, men att de som var chefer i linjen måste kunna få bestämma i det längre loppet. De flesta LSSL:erna var operativa de första månaderna, men när saker kom på plats minskade behovet av en särskild sjukvårdsledning på sjukhusen. Till slut urholkades LSSL:s funktion, då tendensen var att medarbetare exempelvis gick bakvägen direkt till sjukhusdirektören snarare än via beslut i LSSL. Många LSSL-medlemmar hade samsyn kring att LSSL levde kvar för länge. Utöver att mandatet urholkades fanns också uppfattningen att LSSL hade kunnat ta en annan roll om linjeledningsstrukturen hade återgått fullt ut. Om linjen hade kunnat fokusera på hanteringen hade LSSL istället kunnat samla styrkor för att planera framåt.

4.1.7 Ordinarie lednings förhållande till temporär krisledning

Det har beskrivits att kunskap och erfarenhet i stabsmetodik och krisledning generellt har varit begränsad hos Regionens olika ledningsskikt. Det har även uppenbarats sig på flera håll att det fanns en viss otydlighet i hur den ordinarie regionledningen skulle förhålla sig till krisledningen under hanteringen av pandemin, då krisledningen utgick från en struktur med fokus på hälso- och sjukvården. De förvaltningar som inte direkt berördes i RSSL hade av vissa upplevts hamnat utanför beslutsrummen. Inom regionledningsförvaltningen finns vidare synpunkter på att det hade funnits en snedfördelning i belastning mellan områden, där hälso- och sjukvården och vissa stödfunktioner har fått ta stor del av ansvaret medan andra inte har berörts i lika stor utsträckning, områden som exempelvis ekonomifunktionen. Tankar om att det borde gå att utnyttja kapacitet bredare vid situationer som denna har lyfts, där personer med exempelvis administrativ kunskap bör kunna flyttas inom Regionen och stötta upp de verksamheter som var under hårdare belastning.

Bakgrunden till viss styrning- och ledningsproblematik i Regionen har av flera beskrivits höra ihop med en stor omsättning på ledande positioner inom regionledningsförvaltningen, samt organisationsstrukturen inom Specialistvården med länsklivverksamheter. Sedan några år har flera ledningsfunktioner tillträtt, avgått och haft tillförordnade positioner. Denna diskontinuitet i ledarskapet har bidragit till viss turbulens i ledningen och inneburit en startsträcka för nytt ledarskap att hitta rätt plats och lära känna organisationen. Exempelvis har detta lyfts som en anledning till att beslut togs tillbaka kring avaktivering av LSSL i april då ny ledning inte hade hunnit få kännedomen kring hur

decentraliserat det operativa arbetet var hos de lokala sjukhusen. I tillägg har länsklinikverksamheten fört med sig en konflikt som i och med Covid-19 manifesterades i diskussionen om LSSL:s existens och autonomi. I och med länsklinikstrukturen har sjukhusen inte normalt en sjukhusledning, utan verksamhetsledningen sitter utspridd och i huvudsak i Sundsvall. Det finns varierande uppfattningar och synpunkter på hur detta fungerade. Kritik som har delats var att länsklinikorganisationen bland annat bidrar till långsamma beslutsvägar. Aktivering av stabsläget och LSSL sågs av vissa som en möjlighet att ta tillbaka en del av den makt och lokala ledningsförmåga som förlorats i och med länsklinikorganiseringen år 2015.

Oavsett kan det konstateras att styrmodellen under krisledningen har inneburit förvirring och i viss mån adderat ett lager komplexitet till en redan komplex ledning och styrning. En LSSL-medlem redogjorde att de i början trodde att det var länsverksamhetscheferna som tog besluten och de lokala sjukvårdsledningarna utgjorde mer en diskussionsgrupp som beredde frågor. Flera har påpekat att många frågor har stött på långsamma beslutsvägar då länsverksamhetscheferna var med i besluten hela tiden och fick senare besked om att allt skulle gå via sjukhusdirektören. Då en ny omorganisering inom Regionen ligger i plan framåt kan denna problematik se annorlunda ut. Efter årsskiftet planeras Specialistvården delas upp och inte längre vara organiserade under samma förvaltningschef.¹³

4.1.7.1 *Krisledning och politiken*

Politiken var involverad till viss del i krishanteringens men Regionen valde att inte aktivera krisledningsnämnden. Detta fick visst motstånd från oppositionen men regiondirektören fick istället ha en tät kontakt med politiken och hålla dem uppdaterade kring utvecklingen. Regiondirektören uppfattade att det fanns en mental beredskap hos politiken att styra om det hade behövts. En anledning till att inte aktivera krisledningsnämnd var att denna pandemihantering ansågs vara ett arbete för verksamheten att driva och inte ett tillfälle att involvera politiska profilfrågor. Vidare var politiken inblandad när ersättningsmodellen inom Primärvården skulle förändras och där involverade redogjorde hur nära och bra samarbete de hade i frågan. Ändringen innebar att Primärvården skulle få besöksersättning för kvalificerade telefonbesök och att besöksersättningen blev en fast ersättning. Detta beslut togs för att Primärvården inte skulle lida av ekonomiska problem under pandemin.

4.1.7.2 *RLG-au:s roll i hantering och stabilisering*

Den regionala ledningsgruppens arbetsutskott (RLG-au) har omnämnts i intervjuer som en gruppering som också haft en del i hanteringen kring samordning av Covid-19. Gruppen har representation från hälso- och sjukvårdschef, vårdstrateg, verksamhetschef för Kvalitet- och patientsäkerhet, Primärvården, sjukhusdirektör, ekonomi, kommunikation, med flera. När RSSL avaktiverades har RLG-au fungerat som "linjens RSSL". Gruppen har inte samma vana av beslutsfattande som ett RSSL. Att Regionen valde att låta styrningen fortsatt ske via RLG-au baseras bland annat på de erfarenheter kring utmaningar med RSSL som styrmodell som hade uppstått. Dessutom fanns en gemensam insikt i betydelsen av signalvärdet mot linjen att bibehålla linjestrukturen så långt det är möjligt. På så vis har ledningen kunnat visa på robusthet i ledarskapet.

4.1.8 *Styrande dokument: planer och riktlinjer*

Beredskapsplaner som fanns upparbetade sedan tidigare var inte anpassade för ett långdraget förlopp som denna pandemi har inneburit. Planerna var utformade för att passa en kortare och mer isolerad händelse såsom bussolycka, skogsbrand, snöoväder, kemikalieolycka, med flera. Vissa planer hade inte uppdaterats på 2–3 år och andra var inte heltäckande. Som effekt av detta har vissa verksamhetsområden tagit fram nya och egna planer för att hantera pandemin.

Nedan listas några av de planer som har funnits tillhanda innan pandemin och har mottagits av utvärderingen:

- "Regional kris och katastrofmedicinsk beredskapsplan för Region Västernorrland", 2019-10-30
- "Utbrottsgrupp vid smittspridning i vård och omsorg", 2018-02-01

Nedan listas några de planer som har reviderats under pandemins gång och har mottagits av utvärderingen:

- "Övergripande beredskapsplan vid pandemisk influensa", 2020-03-05 [rev.]

¹³ Region Västernorrland, Noterat från regionfullmäktige 23 september 2020, 2020-09-23

- "Beredskapsplan för Smittskydd", 2020-03-05 [rev.]
- "Pandemiplan Covid-19 Primärvården", 2020-05-04

Den katastrofmedicinska planen som fanns sedan tidigare var anpassad för en akut olycka snarare än långdragen pandemi. De funktioner som fanns beskrivna i planen var inte tillräckligt ändamålsenliga för att hantera en pandemi och när fler kompetenser adderades blev mötena i krisledningsgrupperna ineffektiva. Det fanns ett stort glapp mellan generiska planer. Samverkan med andra aktörer var också relativt begränsat i sin utveckling. Det var begränsat med medarbetare som hade varit med i gemensamma katastrofövningar.

Katastrofmedicinska planen regleras av ett flertal lagrum som hanterar hälso-och sjukvård i kris och har kunnat tillämpas för denna kris. Dock har ansvarstagande i gränssnitten mot kommunerna varit en utmaning för båda aktörer, vilket beskrivs mer ingående i senare delar av analysen.

I bristen på anpassade planer har pandemiplaner reviderats för att kunna hantera pandemin. Primärvårdens LSSL insåg att de hade ett särskilt behov av en gemensam, anpassad pandemiplan för de många regionala och privata aktörerna i länet. På eget initiativ inom LSSL Primärvården skapade de tillsammans med chefsläkarna en gemensam pandemiplan kring exempelvis vad de behöver göra om hälften av medarbetarna blir sjuka. Den befintliga, generiska pandemiplanen som fanns tillgodo stämde inte alls in på Primärvårdens situation och verksamhet.

Utöver behov av egna specifika och anpassade planer för respektive verksamhet fanns lokala skillnader i vilka som valde att skapa planer för fortsatt Covid-hantering. Sollefteå har exempelvis valt att göra en lokal strategiplan för en fortsatt Covid-vård och annan vård i kris.

4.1.9 Systemperspektiv

Det olika nivåerna som fanns i Regionens krisledningsarbete och hur funktionerna har bemannats har haft effekt i många led. Exempelvis när och hur Regionen aktiverar i stabs- och förstärkningsläge och därmed frångår den ordinarie ledningsstrukturen påverkar verksamhetens förmåga att hantera krisen. Den struktur och de lager av ledning som arbetades fram över tid i Regionen var mer lik en 'top-down' styrning i kombination med decentralisering av styrning till de lokala sjukhusen och Primärvården. De beslut som togs på RSSL-nivå behövde sedan hanteras av respektive LSSL. LSSL skulle sedan i sin tur förmedla vidare besluten till verksamheterna där dessa beslut skulle verkställas av medarbetarna i linjen. Medarbetarna redogjorde att RSSL aldrig bad om synpunkter eller information från dem som arbetade operativt med vården. Samtidigt som många beslut togs från RSSL blev LSSL allt mer autonoma och tog mycket beslut själva och styrde mycket kring driften på eget initiativ.

Strukturerna för RSSL och LSSL som ledningsfunktioner är som tidigare nämnts tänkta för korta scenarion och när det var en långdragen kris blev det utmanade att parallellt ha en verksamhets- och linjeledningsstruktur. Individer med olika befogenheter och mandat sedan tidigare mötte plötsligt en ny struktur där deras befogenhet och mandat var annorlunda.

Flera respondenter har reflekterat över att om RSSL aktiveras igen under pågående eller framtida kriser så bör beslut tas snabbt och vara tydliga om besluten gällde på alla tre orterna eller en specifik ort. Sedan är det verksamhetschefen som ska sätta detta i drift föreslog en respondent. Men lokalt är det respektive ort som vet bäst hur det fungerar lokalt. Om det kommer en andra våg så föredrog flera respondenter att styrning skulle skötas i linjen och utan en LSSL.

4.2 Lägesbild och analys

4.2.1 Sammanfattning

Detta avsnitt rör Regionens hantering av lägesbild och analys under pandemin. Sammanfattningsvis går det att konstatera följande gällande lägesbild och analys:

- **Forum för långsiktig prognos- och scenarioplanering.** Den strategiska analysgruppen har varit ett viktigt forum för att arbeta med bland annat prognos- och scenarioplanering. Forumet har dock haft en viss ottydlighet i syfte och mandat för utomstående individer.
- **Analys och uppföljning.** Prognoser fanns inte tillgängliga inledningsvis då den epidemiologiska kunskapen kring Coronavirusets spridning och effekter var generellt begränsad, även nationellt och globalt. Det rådde stor osäkerhet kring hur utvecklingen i

Regionen skulle te sig där många fick arbeta efter prognoser som visade på "skräcksiffror" som inte föll ut. För personer i ledningspositioner utvecklades ett behov av en gemensam prognos att utgå ifrån för att kunna ta beslut. Innan det organiserades på ett strukturerat sätt fanns en del dubbelarbete i prognosarbete. I verksamheterna har fokus legat på det operativa och det har funnits begränsade möjligheter att utföra prognoser med längre sikt.

- **Rapportering av lägesbild.** Rapportering av lägesbild har tagit mycket tid av berörda men det bedöms inte ha gett stort stöd tillbaka till Regionen. Rapporteringen av lägesbild för Regionen som helhet och per sjukhus har gjorts av olika individer och det har funnits förbättringspotential i att utföras på ett mer koordinerat sätt.

4.2.2 Områden föremål för analys inom lägesbild och analys

Följande områden har varit föremål för analys och varit stöd i utvärderingen av lägesbild och analys:

- Tillgång till beslutsstöd och prognosverktyg
- Framtagande och rapportering av lägesbild
- Lägesbild för planering, prioritering och omfördelning verksamheter

4.2.3 Prognostisering och kapacitetsplanering

Lägesbild kring påverkan och resurser har beskrivits som svårbedömt i det tidiga skedet, då kännedomen kring Covid-19 och dess karaktär var begränsad och tillförlitligheten till informationen okänd. Individer tog olika initiativ till beräkningar för prognostisering. Från läkemedelssidan kom signaler i nationella kretsar att det kunde uppstå läkemedelsbrist. De prognoser som fanns inledningsvis tillhandahölls av Folkhälsomyndigheten (FOHM). De skattades utifrån den epidemiologiska kunskap som fanns vid tidpunkten kring Covid-19 i termer av spridningskapacitet och sjuklighet hos de smittade, samt en bedömning av den tillgängliga epidemiologiska data som i huvudsak fanns utifrån Wuhan i Kina. Detta var inte direkt överförbart till svenska förhållanden.¹⁴ Detta gav "skräcksiffror" för Regionen där flera förberedde sig på ett scenario liknande Lombardiet i Italien under pandemins inledande fas. Individer insåg att dessa scenarier hade begränsad nytta på grund av olikheterna i bland annat demografi och geografi, och Regionen sökte efter alternativ för mer anpassade och tillförlitliga prognoser.

4.2.3.1 Strategiska analysgruppens roll kring prognostisering

Den strategiska analysgruppen ägnade sig åt omvärldsanalys och sökte det senaste inom forskningsrön. Belägningsgraden följdes på sjukhusen i Regionen. Individens professionella och personliga nätverk användes för att tillgodogöra sig lärdomar från andra regioner. Då Regionen låg ett par veckor efter utvecklingen i andra delar av landet fanns det möjligheter att till exempel via chefsläkarforum ta del av andra Regioners initiativ, kunskap och lärdomar. Särskilt har kontakten med Södermanland omnämnts som värdefull i frågor kring logistik i och med omställning av vårdplatser och utbyggnad av lokaler och slussar.

Behov av bättre prognosunderlag till grund för antaganden ledde till ett samarbete mellan Smittskydd, Läkemedelskommittén och Enheten för analys och uppföljning. Samarbetet resulterade i data på antalet inskrivna per dag med Covid-19, vårdtider inom all slutenvård respektive IVA samt demografiska data. Så småningom etableras en kontakt med Linköpings universitet som kunde stödja med veckovisa prognoser över vårdbeläggningen med hjälp av 1177-data. Prognoserna som Linköping levererade har underlättat för Regionen som har kunnat fatta beslut mot en och samma prognos. Processen fram till detta har dock innefattat en del dubbelarbete där behovet av en gemensam prognos inte var helt klart och därför togs initiativ i flera olika ändrar.

4.2.3.2 Prognostisering för verksamhetsplanering

På grund av begränsad information och kännedom om viruset i inledande skede lades stort fokus på organisering och beredskap inom Specialistvården. Det som har kallats för skräckprognoser har av vissa rapporterats skapa stor oro i verksamheten medan andra mindes att de snabbt gick att avfärda. De prognoser som användes för kapacitetsplanering krävde stor ansträngning av Specialistvårdens

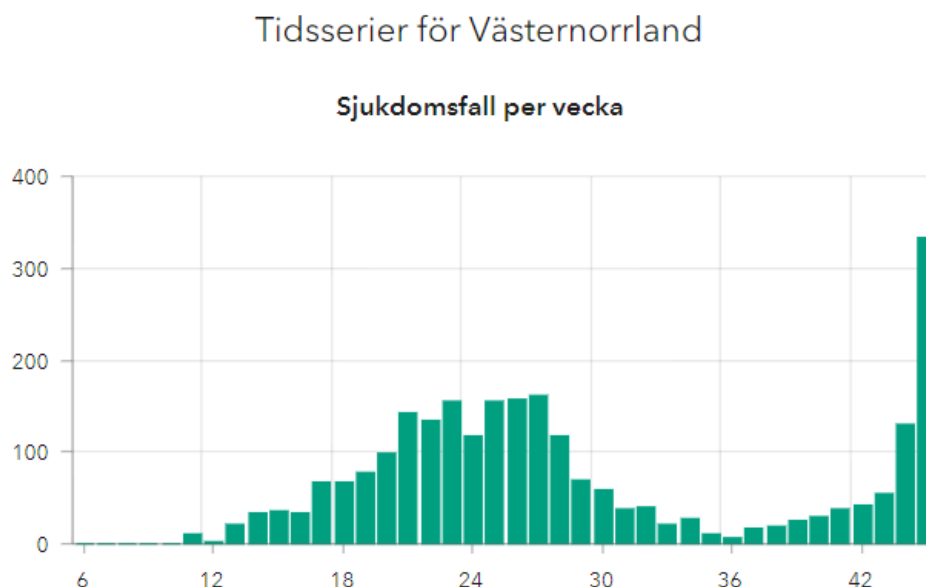
¹⁴ [Skattning av behov av slutenvårdsplatser Covid-19 \(den 20 mars 2020, uppdaterad 27 mars 2020\) \(folkhälsomyndigheten.se\)](#)

verksamheter för att säkerställa vårdplatser och personal under våren och sommaren, något som också gav upphov till dispyter kring semester och flytt av personal mellan sjukhus och avdelningar.

I backspegeln kan det konstateras att prognoser med större träffsäkerhet hade underlättat för planering och potentiellt undvarat upplevd oro, frustration och osäkerhet hos personal. Det kan även konstateras att Primärvården, som inte var lika tidigt ute med beredskap, har varit hårt belastad. Det har inte framkommit huruvida det gjordes kartläggningar kring vilka delar av Regionens verksamheter som skulle drabbas först, som del av prognostisering och planering. Det har vidare inte heller tydligt framkommit i intervjuer hur prognoser har följts upp och löpande uppdaterats utifrån ny information, eller i vilken utsträckning konsekvensanalyser har gjorts för att bedöma effekter av att ställa in operationer och flytta personal mellan avdelningar.

Från verksamhetsnivå beskrevs det att kapacitetsplanering och prognostisering genomfördes men att det inte har funnits en bra helhetsbild. Det fanns ett behov av att fokusera på att genomföra operativa beslut och därför begränsades möjligheter att utföra prognoser. Detta var även svårt på grund av den begränsade informationen. Det upplevdes att vissa beslut togs för sent, till exempel stängdes inte lunchrestauranger på sjukhusen. Samtidigt har det framhållits att detta aldrig var aktuellt under pågående hantering på grund av olika faktorer. Många frågor av praktisk karaktär fick hanteras lokalt såsom hur en smittad patient skulle transporteras från akutmottagningen till Covid-avdelning.

Figur 6. Prognos Västernorrland FOHM 27 mars



Källa: Folkhälsomyndigheten 2020-11-16

Från FOHM: Information om datakällor, FOHM: Antalet fall som redovisas i statistiken är baserat på laboratoriebekräftade fall anmälda enligt Smittskyddslagen och redovisas enligt rapporteringsdatum, inklusive positiva prover tagna inom sentinelprovtagningen.

4.2.4 Rapportering av lägesbild

Arbetet med att sammanställa och rapportera lägesbild påbörjades innan aktivering av RSSL med anledning av den enkät som Socialstyrelsen och FOHM skickade ut för inventering av den nationella beredskapen. Den 18 mars 2020 togs ett beslut i RSSL om att ansvaret för inrapportering av den veckovisa blanketten till Socialstyrelsen av aktuell lägesbild skulle ligga hos stabschef vid respektive LSSL. En kopia skickades till RSSL. Något senare beslutades även hur information skulle nå bland annat fackliga organisationer. Lägesbild rapporteras enligt bedömd påverkansgrad via systemet WIS¹⁵

¹⁵ Webbaserat informationssystem – Ett system för informationsdelning mellan aktörer i det Svenska krishanteringssystemet som tillhandahålls av MSB.

som för Regionen har hanterats av bland annat chefsläkare då RSSL inte hade en funktion för samordning.

I mallen finns fält där Regionen fyller i vilken nivå av påverkansgrad har på olika delar av verksamheten på en 5-gradig skala från 'ingen påverkan' till 'kritisk påverkan'. På sjukhusnivå har lägesbild avseende beredskap rapporterats i form av bland annat inventering av olika typer av vårdplatser. Den bedömda påverkan som enheterna har haft har även rapporterats. Rapporteringen till Socialstyrelsen har beskrivits tagit mycket tid och vid ett tillfälle fick LSSL Sundsvall stöd med sin rapportering. Det har inte funnits en enhetlig process för rapportering av lägesbilden och det har inte alltid framgått vilka underlag som har krävts för att kunna göra bedömningen på ett enhetligt och konsekvent sätt. Kvaliteten har i viss mån beskrivits varit beroende av den person som har rapporterat lägesbilden. Möjligen skulle hanteringen av den regionala respektive lokala lägesbilden underlättats och kvalitetssäkrats om det funnits ett dedikerat ansvar inom RSSL via exempelvis en samverkansfunktion. Arbetet med regionala och nationella aktörer i frågan om lägesbilda-rapportering har upplevts som begränsad där det har funnits en uppfattning att det inte har givit mycket tillbaka i form av stöd i rapporteringen.

4.3 Omställning av verksamheter

Detta avsnitt avhandlar verksamheterna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningens omställning till Covid-19-hanteringen med fokus på ombyggnation till Covid-avdelning, personalförsörjning, provtagning och dimensionering av omställningarna för kort sikt och längre förlopp.

4.3.1 Sammanfattning

Sammanfattningsvis går det att konstatera följande gällande omställning av verksamheter:

- **Genomförande av omställningar.** Omställning av vårdavdelningar till att ta emot Covid-19 patienter har genomförts på kort tid och på ett effektivt sätt med hjälp av lokala medarbetare och snabba beslut i LSSL. Även omställningar hos Primärvården har genomförts med fokus på mobila team och digitala möten.
- **Effekt av beslut.** Det har funnits en otydlighet kring viktiga ledningsbeslut och begränsade förutsättningar till goda förberedelser och skapande av rutiner och arbetssätt. Detta har skapat stor oro bland medarbetare kring bland annat risken att smittas i sitt arbete och ha tillräckliga förutsättningar för att vårda Covid-19 patienter.
- **Stabilisering och uthållighet.** Det har rätt viss otydlighet i verksamheten kring vilken nivå av beredskap Regionen har haft inför en andra och eventuellt tredje våg. Mer specifikt, om lokala planer har tagits fram för alla sjukhus och hur tillgängligheten och uthålligheten bland resurser ser ut för att bemanna Covid-avdelningar på nytt.
- **Omfördelning av resurser.** Regionens sjukvårdsresurser upplevts ha varit ojämnt fördelade, och på oklara grunder, avseende arbetsbelastning, omfördelning och prioritering bland vårdpersonalen som har ombetts arbeta på Covid-19 avdelningar. Det har givits olika besked om personal ska förflyttas eller inte och i denna problematik har det upplevts finnas ledarskapsproblem.
- **Personalförsörjning.** Det centrala stödet till sjukhusens Covid-bemanning har upplevts otillräckligt från vårdens perspektiv. Behov kring ökat stöd vid samordning och fördelning av resurser har önskats från sjukhusen.
- **Kompetens och introduktion Covid-personal.** Bristen på vårdpersonal med rätt kompetens har försvårat bemanning av transit- och Covid-avdelningar. Personal har förflyttats, ibland med kort varsel och med en utbildning och introduktion som utvecklades efterhand.
- **Tillgång till psykosocialt stöd.** Det psykosociala stödet har synliggjorts och tillgängliggjorts olika mycket beroende på chef och enhetstillhörighet. Många beskrev hur vårdpersonal har sjukskrivits eller slutat till följd av bland annat den utmattnings och press som hanteringen av Covid-19 har inneburit.
- **Riktlinjer kring förmåner och arbetstider.** Det har funnits olika syn på hanteringen av semesterplanering inför sommaren där det har bland annat önskats mer solidaritet mellan förvaltningar, enheter och en bättre regiongemensam planering och styrning.

4.3.2 Områden föremål för analys inom omställning av verksamheter

Följande områden har varit föremål för analys och varit stöd i utvärderingen av omställning av verksamheter:

- Definition och kommunikation av riktlinjer för personalförsörjning
- Processer och metoder för att definiera nivå av resurser
- Eskaleringsplaner
- Omställning Covid-19-vård
- Separata flöden
- Resurshantering och planering
- Lägesbildsorientering till medarbetare
- Systemstöd för status och tillgänglighet hos medarbetare
- HR-riktlinjer gällande förmåner och arbetstider
- Anpassning för långt händelseförlopp
- Tillgång till psykosocialt stöd

4.3.3 Specialistvården: Separata flöden och omställning till transit- och Covid-19 avdelningar

Den omställning som sjukhusen gjorde av befintliga lokaler till transitakut/avdelning, Covid-avdelning och Covid-IVA beslutades och sköttes till stor del på lokalt initiativ av initierade personer. Dessa beskrivs ofta ha arbetat utan stödjande information från ledningen. Som exempel upprättades på snabbt initiativ av lokal ledning i mars triagetält för att separera friska från sjuka utanför sjukhusen. Gemensamt för sjukhusens omställningar var att det gick snabbt att ställa om befintliga lokaler till Covid-vård: "beslut togs på en torsdag och den var nästan klar veckan efter." Flera redogör för vilken stark handlingskraft som fanns. Ett exempel är hur en operationssal kunde göras om till Covid-avdelning på tre dagar och på den fjärde kom första patient. En respondent förklarade att omställningar som skedde snabbt berodde på olika medarbetares befintliga kontakter och eget nätverkande med rätt personer som kunde fatta beslut.

Det fanns individer i linjen som tog tag i omställningen till Covid- och transitavdelningar på sjukhus på eget initiativ genom att mobilisera sig och samordna berörda. Exempelvis i Sundsvall var det anestesiläkare som såg över IVA-platser och sammankallade katastrofsamordnare. Det var viktigt att få med rätt personer och funktioner i arbetet och medarbetare ställde upp enormt mycket. Det var allt från personer på medicin till fastighet som involverades och mobiliserades snabbt trots att de aldrig hade gjort detta innan. Då elektiva operationer ställdes in tidigt var det oftast kirurgi-avdelningar som fick ställas om till Covid-avdelning och andra avdelningar som hade minskat inflöde av patienter under våren såsom psykiatri. I vissa fall har den lokala handlingskraften förekommit beslut, när individer har sett att tillgängliga vårdplatser inte skulle räcka. En respondent uttryckte att ombyggnad och uppgradering som länge varit efterfrågad nu passades på att göras för "Covid-kapital".

Tiden mellan beslut och verkställande var i denna omställning oftast mycket kort. Snabba beslut som ändrades på kort tid försvårade för sjukhusen att förbereda sig för mottagning och vård av Covid-smittade. De två mindre sjukhusen hade fått besked om att Covid-vård skulle centraliseras till Sundsvall och hade därmed inte fullt utvecklat beredskap för att ta emot patienter. Exempelvis hade material för Covid-vård skickats från Sollefteå till Sundsvall. Direktivet ändrades sedan och Sollefteå och Örnsköldsvik fick mycket kort tid på sig att ställa om inför mottagning av Covid-smittade. Några har beskrivit att omställningen var som att uppfinna hjulet i det lokala sjukhuset, att omställningarna har genomförts lokalt utan involvering eller dialog med regionledning eller andra sjukhus kring hur det skulle gå till rent praktiskt. Flera respondenter uttryckte en önskan om att längre förberedelsestid hade behövts, samt att rutiner och lokaler skulle varit färdiga innan mottagning av första patienten med misstänkt och bekräftad smitta kom till vården.

Det var inte bara snabba beslut som ställde krav på omedelbar omställning på sjukhusen. En accelererande händelseutveckling där smittspridningen och patienter som uppsökte vård ökade i snabbare takt än sjukhusens eskaleringsplaner föranledde brådsakande hantering. Ett exempel är Örnsköldsviks sjukhus som hade planerat att öppna en transitavdelning på en måndag, men redan ett par dagar innan fanns det patienter på akuten. Sjukhuset fick då agera ännu snabbare där personalen tvingades tömma en hel korridor på patienter, beställa skyddsmaterial och organisera för mottagning av Covid-19 på fyra timmar. Samma sak hände med Covid-avdelningen som ställdes om från kirurgen. Vid denna händelse blev transitavdelningen överfull och patienter samvårdades tills en ny avdelning kunde

öppnas, vilket blev tre dagar tidigare än planerat. KTC engagerades för att skynda på utbildning av Covid-19-personal där Vårdhygien involverades.

4.3.3.1 *Besked om att centralisera Covid-vården till Sundsvall och logistik*

Den 19 mars togs beslut av RSSL att all Covid-19 vård skulle centraliseras till Sundsvall så länge kapacitet fanns. Detta kommunicerades till medarbetarna på de olika sjukhusen. Trots detta fanns ändå en mental beredskap att även de mindre sjukhusen skulle behöva vårda Covid-19-sjuka patienter, vilket blev fallet då Sollefteå fick exempelvis ta emot en patient med misstänkt smitta redan i mars. Detta var redan innan rutiner kring hantering, hygien och skyddsutrustning fanns på plats. En annan respondent förklarade i sammanhanget att beslutet om att fördela vård på de tre sjukhusen var klokt i slutändan då det inte har varit möjligt att vårda alla i Sundsvall som tänkt.

I början fanns särskilda diskussioner kring hur sjukhusen skulle ta hand om inkommande patienter och det utvecklades olika rutiner på olika avdelningar. Det har beskrivits att de utpekade Covid- och transitavdelningarna snabbt hade goda rutiner kring hantering gällande exempelvis provtagning och att varje patient var klassad som smittad tills ett test kunde göras och provsvar kom. Akutmottagningarna som första instans har haft något sämre förutsättningar gällande skyddsutrustning och rutiner.

Enligt redogörelse har det funnits lokalproblem vid Sundsvalls sjukhus där det såg ut att bli ett problem med ventilationen och särskilt under kyligare säsonger då vissa lokaler hade plywood som fönster. Den tilltänkta lösningen för ventilation uppgavs inte fungera i kyligare temperaturer och skulle innebära ett problem för patientsäkerheten. Lokalanpassning under våren 2020 tog mycket resurser och kreativa lösningar fick användas i ombyggnationerna.

4.3.4 **Kort sikt och dimensionering för utdraget förlopp**

Sjukhusen har under våren kunnat ta fram Covid- och transitplatser snabbt men dessa rustades sedan ned när behovet minskade under sommaren. Efter sommaren stod sjukhusen redo att sätta upp avdelningarna igen när och om antalet inläggande ökade igen. Vidare beskrevs lokalt att linjeledningen var redo att ta över igen vid en eventuell andra våg utan att behöva involvera en lokal särskild sjukvårdsledning.

På ett av sjukhusen såg respondenter bland sjukvårdspersonalen en utmaning i att lokalerna som användes för Covid-vård hade monterats ned. Det fanns inga expansionslokaler och känslan var att Regionen förlitade sig på att ordinarie verksamhet skulle lösa det vid nästa kris. Det fanns en oro att lediga vårdplatser inte skulle finnas redo för nästa våg. Vid tidpunkten för intervjuerna (mitten av oktober 2020) kände medarbetarna på ett av sjukhusen inte till om det fanns en lokal plan för en ny kris, var nya avdelningar eventuellt skulle öppnas upp, var sängarna skulle stå samt var materialet fanns att tillgå. En annan respondent nåddes av information att Regionen saknade en plan för upptrappning av vårdplatser om belastningen skulle öka under hösten. Det uppfattades som att ledningen trodde att pandemin var över. Personen hade förväntat sig att det skulle distribueras eskaleringsplaner vid nedläggningen av RSSL, men att detta inte framkommit dithills. En medarbetare reflekterade över att sjukhusen från början borde ha tagit i beaktning att få in Covid-vården i den normala vården. På så vis kunde smartare beslut ha fattats i förhållande till ombyggnationer, med ett mer långsiktigt perspektiv. Under hösten 2020 har framkommit att planer för upptrappning under hösten har tagits fram och använts.¹⁶ Dock är det viktigt att belysa vikten av kommunikation till medarbetare i alla led för att minska oro avseende Regionens och sjukvårdens beredskap.

Inför en potentiell andra våg har det beskrivits hur kunskap och erfarenheter från vårens och sommarens hantering gjort att det har funnits en inbyggd beredskap. En oro som getts uttryck för har varit tillgången till rätt bemanning inför en andra våg, då många har sett att personalen blivit utmattad och sjukskrivna under vår och sommar. Många spådde att personalbrist skulle vara ett fortsatt problem om inga större åtgärder vidtogs kring personalfrågan.

¹⁶ Region Västernorrland, Många nya covidpatienter under helgen, 2020-11-30

4.3.5 Primärvårdens omställning under pandemin

Primärvården fick också ställa om snabbt för att hantera pandemin i vården. Det fanns ett stort behov för de regionala och privata hälsocentralerna att arbeta närmare tillsammans genom bildandet av LSSL Primärvård. Det var särskilt viktigt att även se till att de privata hälsocentralerna också deltog då de utgjorde av ca 60% av länets hälsocentraler samt att de behövde hålla ihop för att minska risken för felaktig information och ryktesspridning. De privata hälsocentralerna hade mycket frågor kring bland annat provtagning och det fanns ett stort behov att reda ut vad det var för typ av information som alla behövde vara uppdaterade på. Primärvården arbetade mer agilt då de var tvungna att jobba under en längre tid med pandemihanteringen.

Som ett led i pandemihanteringen sattes triagering upp mot primärvårdsjouren. Enligt en respondent har statistik från 1177 kunnat visa hur patienter som har fått hänvisningar till hälsocentraler där det framförallt skedde hänvisningar i södra delen av länet. Ett arbete gjordes för att säkerställa att läkarnas tid användes på rätt sätt när exempelvis trycket minskades på primärvårdsjouren. Primärvårdens LSSL följde statistiken varje vecka för att använda läkartiden på rätt sätt. Öppettiderna för hälsocentralerna styrdes av behovet och verksamheten riggades för att undvika drop-in (och därmed risk för smittspridning). Riktlinjerna var att alla patienter skulle ringa med fördelningen dagtid till hälsocentral och kvällar och nätter till 1177. Alla hälsocentraler skulle ha aktuella öppettider som 1177 sedan kunde hänvisa till nästa dag till för att undvika hänvisningar till akutmottagningarna. Ungefär 70% av samtalen gick att hänvisa till hälsocentralerna enligt en respondent.

Primärvården har ställt om till mer digitalt mottagande av patienter under pandemin. På grund av pandemin blev hälsocentralerna omgående påverkade av att invånarna avbokade sina besök. Möten sattes upp via telefon eller hembesök. Mobila team skapades där en anpassad ersättningsmodell togs fram, som tidigare nämnts, vilken gav möjlighet att jobba mer flexibelt. Hälsocentralernas digitaliseringsarbete som påbörjades 2018 för att möjliggöra digitala möten mellan läkare och patienter¹⁷ har underlättat Primärvårdens omställning under våren 2020 för pandemihantering.

I pandemins inledningsfaser låg en stor del av Regionens fokus på Specialistvården och hur sjukhusen skulle organisera sig för att hantera pandemin. I backspegeln var det tydligt hur belastningen på Primärvården och kommunerna också har varit stor. En kartläggning med analys kring vilka delar av organisationen som skulle drabbas först hade varit fördelaktigt enligt en respondent. Regionen borde enligt respondenten fokuserat mer på primärvård och kommuner och samverkat mer.

Primärvården fick frågan om att flytta personal till Specialistvården tidigt men beskriver att man inte hade kapacitet för detta. Primärvården bidrog istället med läkarmedverkan vid tillfrågan, och personal har förflyttats mellan hälsocentralerna. Vårdvals stab beslutade tidigt att de skulle göra allt för att underlätta för verksamheten där fyra individer arbetade i stort sett enbart med pandemihanteringen under våren 2020. Vårdval var involverade i att öppna en funktionsbrevlåda för personalprovtagning och bemannade även flera av funktionsgrupperna.

Inom Primärvården fördelades skyddsmaterialen mellan såväl privata som regionala hälsocentraler, vilket beskrevs som en positivt ur samverkansaspekt då Primärvården agerade solidariskt oavsett ägarform. Det fanns även representanter från Primärvården som var med i funktionsgruppen för material. Primärvården lyfte att de märkte tidigt att kommunerna inte var rustade med skyddsutrustning när de mötte personalen på SÄBO. Denna fråga lyftes enligt utsago flera gånger till ledningen.

4.3.6 Personalförsörjning och prioritering av personal och vårdplatser

4.3.6.1 Förutsättningar personalförsörjning

Gemensamt för sjukhusen i Västernorrland under pandemin har varit en allmän brist av sjuksköterskor, där Regionen har haft ett relativt högt nyttjande av hyrläkare och hyrsjuksköterskor. På senare tid har åtgärder vidtagits för att minska andelen inhyrda till förmån för egna anställningar: "Totalt minskade kostnaderna för inhyrd personal i Västernorrland med drygt 15 procent under första halvåret 2020, jämfört med samma period 2019."¹⁸ Covid-19-pandemin har påverkat utfallet av inhyrd personal i hela

¹⁷ Region Västernorrland, 47 miljoner till digitalisering av Primärvården, 2018-08-06

¹⁸ Region Västernorrland, Minskade kostnader för inhyrd vårdpersonal, 2020-10-02

landet, bland annat på grund av att planerad vård blivit uppskjuten. Det fanns även lokala skillnader i förutsättningar då sjukhusen är olika i storlek.

4.3.6.2 *Förflyttning personal till Covid-vård*

Vid omställningen till Covid-19-avdelningar på sjukhusen var det en utmaning att få bemanningen att fungera och att få dit resurser. Specifikt i Sundsvall märktes en omfattande brist på sjuksköterskor vilket föranledde ett stort arbete kring att inventera och samordna sjuksköterskor i Regionen. Personal som arbetade på avdelningar som gjordes om till Covid-avdelningar fick börja arbeta med vård av Covid-patienter istället. Då Covid-19 var nytt och många var rädda var det inledningsvis svårt att få personal att vilja arbeta med Covid-19-patienter. Exempelvis fanns enligt uppgift läkare som vägrade undersöka vissa patienter som hade misstänkt smitta. Detta har enligt en respondent lyfts som otroligt besvärligt och satte sjuksköterskor och undersköterskor i en svår situation.

Medarbetare som blev flyttade till Covid-19 avdelningar blev antingen beordrade eller fick en fråga från sin chef. Det var oftast medarbetare från de avdelningar som hade dragit ned på sin verksamhet till följd av exempelvis att elektiva operationer hade ställts in eller minskat tryck på annan vård då färre patienter uppsökte vård. Flera medarbetare berättade att de knappt fick framförhållning eller information när de skulle förflyttas till Covid-19 avdelning. En medarbetare vittnade om att denne från en dag till en annan fick meddelande om att börja på Covid-avdelning.

På ett av sjukhusen beskrevs en ojämn fördelning avseende vilka övriga avdelningar resurser hade erhållits. Exempelvis var det många från verksamhetsområden som hade väldigt liten erfarenhet av intensivvård, vård av lungsjukdomar och dylikt. En annan reflektion av en individ som blev beordrad var att urvalet baserade på personlighetstyp, där personen upplevde att denne hade valts för att denne kunde fixa jobbet. Flera uppgav att de inte visste varför de valdes ut för Covid-19-vård.

Det var kritiskt att få vårdpersonal till transit- och Covid-avdelningar då antalet i personalstyrkan har en direkt korrelation till antalet möjliga nya vårdplatser. Vårdplatser ändrades vecka till vecka beroende på bemanning och behov.

4.3.6.3 *Rätt kompetens till arbete vid Covid-verksamhet*

Det var viktigt att resurser hade rätt kompetens då det inte fanns tillräckligt många befintliga resurser med adekvat IVA-kompetens. Vid inventering av vårdpersonal var det få med rätt kompetens som sedan blev fördelade till sjukhusen. En medarbetare beskrev att de ofta fick resurser med kompetens från helt andra områden där det hade varit fördelaktigt med resurser som åtminstone hade haft avdelningserfarenhet. Det hade varit en mindre startsträcka i utbildning om alla hade kommit från vårdavdelningar istället för mottagningar. En mix i erfarenhet hade varit bättre där medarbetaren hade som förslag att de kunde ha varit hälften från avdelning och hälften från mottagning. Vidare fanns förslag om att fördela dem med rätt kompetens till IVA och övriga till att stötta upp på avdelningar där resurser kunde frigöras till Covid-avdelning.

Vid inventeringen och resursfördelningen hade ansvariga på Covid- och transitavdelning önskat att de hade markerat vilken specifik kompetens som personalen besatte. De ansvariga hade bett om att de ville ha erfaren personal till det Covid-avdelningen men de fick inte rätt resurser även fast de äskade detta tidigt:

[...] efterfrågade ganska snabbt kring extra resurser och det tog evigheter innan vi fick tag i resurser. HR borde bara kunna sätta ut annons och snabbt anställa. Vi fick efterfråga jättemånga gånger.

Det upplevdes som att det fanns IVA-sköterskor på andra förvaltningar som hade andra uppdrag såsom administrativa tjänster som borde ha kunnat ställa upp. Uppslutningen till Covid-avdelningen uppfattades som dålig från medarbetarnas perspektiv där en märklig prioritering hade gjorts av representanter från HR. Individer från de avdelningar som hade resursunderskott upplevde att det var sagt från ledningen att all tillgänglig personal skulle omfördelas till intensivvården i första hand och att sedan kom flera olika undantag där de till slut bara fick ett par extra resurser.

4.3.6.4 HR:s stöd till sjukhusens Covid-verksamheter

HR har haft en central roll i personalförsörjningsfrågan där de den 18 mars får i uppdrag av RSSL att inventera om det finns utbildad personal anställd på andra ställen i Regionen. Den 23 mars fick HR i tillägg ett uppdrag att förbereda öppen anmälan från extern legitimerad personal. Verksamheterna upplevde dock att det stödet inte var tillfredställande och inte alltid ändamålsenligt där fokus ibland hamnade fel. Medan verksamheterna tidigt äskade om fler resurser och stöd kring schemaläggning från HR kunde de få helt andra frågor från HR-representanter:

[...] höll på att svämma över med arbete kring schemaläggning och fördelning av resurser för att vi behövde öppna den nya [Covid-]avdelningen. Fick samtidigt mail från HR kring riskanalys kring Covid. Vet inte vems uppdrag de jobbade för. De borde ha prioriterat annat.

Tidigt i hanteringen fick HR i uppgift att ta fram riktlinjer kring kontinuitetsplanering för verksamheter att göra för att säkra tillgång på kompetenser i ett krisläge. Information om "Riskbedömning av arbetsmiljön vid covid-19" publicerades på intranät och som nyhet. Citatet ovan beskriver hur detta kan ha missuppfattats av medarbetare som var i behov av mer direkt stöd för att lösa bemanningsproblematiken. Det var en upplevd trögrörlighet i stödet från HR där verksamheten påpekade att det inte fanns tillräcklig insikt i det akuta behovet av stöd då man hos verksamheten hade behov av att förbereda sig direkt och inte fyra veckor senare. Det som hade kommunicerats till sjukhusen var att HR skulle bistå med personal för Covid-vård. Ett av sjukhusen beskrev dock att personalfrågan löste sig främst tack vare att de inte hade sjukdomsbortfall bland ordinarie personal och att kirurgen och ortopederna frigjorde personal. Detta sjukhus fick istället anställa pensionärer som fick stötta i samordningsarbetet av personal. När alla resurser i första hand skulle gå till Covid-avdelningar var det desto svårare för de som arbetade med transitavdelningar att hitta resurser med rätt kompetens. Hos ett av sjukhusen redogjordes det att de slut fick en resurs från HR, men denne hade fel kompetens och sjukhuset fick därför själva lösa utbildning. Detta mynnade ut i att det var otidligt vad HR:s roll och stöd till verksamheterna har varit i hanteringen i pandemin.

En sjuksköterskesamordnare redogjorde för hur de mobiliserade sig för samordning av resurser på uppdrag av HR men det uppdraget "svällde onaturligt" där en medarbetare berättade att de arbetade ca 13 timmar per dygn med att hjälpa människor över hela Regionen att bemanna sjukvården. De fick ca 400 namn från HR men hade varken mandat eller chefer för att ta några beslut kring resursfördelning. Det var många avdelningar som hörde av sig till samordnaren med behov av stöd. Samordnaren visste inte var behovet var störst innan direktiv kom kring vilka som var prioriterade. Samordnaren upplevde att det inte fanns någon tydlig styrning i resursfrågan. Samordnaren kunde inte bemöta alla frågor som kom från enhetscheferna. Exempelvis kom frågor gällande villkor kring förflyttning av personal. Hanteringen och arbetsgången upplevdes inte smidig, och det givna uppdraget beskrevs som otidligt.

4.3.6.5 Arbetsbelastning och omfördelning

Det har till viss del varit en ojämn arbetsbelastning bland personalen där det har varit olika bud från respektive verksamhetschef kring vilka som fick och inte fick förflyttas till andra avdelningar. En verksamhet drog ned sin verksamhet för att låna ut personal medan en annan avdelning "körde på som vanligt" enligt en respondent. En person i chefsposition beskrev att det var påfrestande att jobba i motvind där personalen frågade kring varför andra inte behövde ställa upp. Flera har beskrivit att de har eftersökt en ledning som kunde sätta stopp och ge tydliga direktiv om hur resursfördelningen skulle hanteras på ett enhetligt sätt. Känslan hos intervjuade har varit att några har fått jobba dygnet runt och andra har varit förskonade och kunnat ta ut semester. En enhetschef påpekade att påfrestningen i dennes enhet varit så stor att det kommer bli brist på sjuksköterskor på grund av att ingen orkar arbeta med Covid i längre perioder.

Vid prioritering och omfördelning fanns även en grupp personer som var i riskgrupp. I vissa fall hamnade de på mer administrativa uppgifter medan en sjuksköterska beskrev att personen fick fortsätta arbeta på akutmottagning trots att personen var i en riskgrupp med hjärtfel. Medarbetaren hade vänt sig till sin chef men fick inget gehör.

Ett annat ansvarsområde som har upplevts vara en belastning för vårdpersonal i Regionen har varit bakjouren. Primärvårdens vårdguide 1177 hade kopplat samtal vidare till bakjouren på infektionsmottagningen på ett av sjukhusen där de kunde få ta emot över 100 samtal per dygn. En av

de ansvariga beskrev det som "helt fruktansvärt". Personalen fick sedan lösa diagnostiken själv och skickade via Östersund. Det ökade från en dag till en annan med samtal från andra sjukhus och kollegor. Det var mycket frågor kring provtagning: "Vem ska stå för provet? Vem ska genomföra provtagning på personal? Hur ska man hantera patienter?" Akutmottagningen fick också hjälpa till och fick bygga eget bås för att få det att fungera.

Enligt en enhetschef har psykosocial hjälp i form av kuratorer, psykologer och präst funnits tillhanda för att kunna stödja personal i situationen. Särskilt stor påfrestning har det varit för dem som förflyttats till en Covid-enhet och kommit i kontakt med dödsfall som denne inte gör i sitt vanliga arbete. En respondent från annan del av Regionen hade önskat att personalen hade fått krisstöd och samtalsstöd och påpekade att flera hade haft en svår arbetssituation utan stöd. Detta visade potentiellt på indikationer på hur olik stödet kan ha sett ut beroende på vilken del av Regionen en person befann sig.

4.3.6.6 *Introduktion och utbildning till ny Covid-vårdpersonal*

Introduktion och utbildning av personal till Covid-avdelningar beskrevs som en startsträcka och där många fick lösa upplärning på plats när de första resurserna redan hade börjat arbeta med Covid-patienter. Speciellt de individer som aldrig hade arbetat på avdelning innan hade större behov av utbildning. Det fanns vårdpersonal som blev förflyttade till Covid-avdelning som hade aldrig jobbat i de datorsystem som användes och aldrig sett den typ av journalföring som där används. Representanter bland de första som förflyttades redogjorde att de inte fick någon upplärning alls. En medarbetare vittnade om att denne introducerades till Covid-vård genom mycket 'learning by doing'. Verksamheterna insåg snabbt att de inte hade möjlighet eller tid att fortsätta utbilda nytillkomna resurser. Senare kom Kliniskt träningscentrum (KTC) igång med en mer formaliserad utbildning för att introducera framförallt sjuksköterskor och undersköterskor till arbete på transit- och Covid-avdelningar. Medarbetarna fick en utbildningsdag på KTC samt fick se videoklipp på intranätet kring Vårdhygien. Vid introduktion till arbetet fick personen sedan gå bredvid personal som hade arbetat längre. Inför varje arbetspass fick medarbetare ytterligare introduktion kring vad som gällde den dagen kring rutiner och riktlinjer. Det var ofta nya rutiner kring Vårdhygien och patientvård som personalen skulle förhålla sig till.

4.3.6.7 *Besked om flytt av personal till Sundsvall*

Beskedet om att flytta personal på frivillig basis till Sundsvall under sommaren 2020 var ett omdebatterat förslag som fick konsekvenser på personalen. I början av juni berättade vårdpersonalen i Sollefteå att många inte tog emot beskedet väl kring att det fanns en möjlighet att de skulle förflyttas till Sundsvall under ett par sommarveckor. Vissa medarbetare beskriver att beskedet hanterades på ett okänsligt vis då det kommunicerades att det var frivilligt, men med stark förväntan om att det skulle genomföras. På ett av sjukhusen ledde detta till en del sjukskrivningar och att facket involverades. Respondenterna beskrev att förslaget slutligen drogs tillbaka då ledningen insåg att prognoserna inte skulle besannas och att det aldrig blev ett sådant skarpt läge att dessa extra resurser behövdes. Ett annat sjukhus beskrev att de hade medarbetare som var beredda att bistå Sundsvall med personal men då läget lokalt var osäkert visste de inte hur det skulle bli. En IVA-medarbetare berättade att första beskedet var om förflyttning till Sundsvall men att detta senare togs tillbaka. Det hela upplevdes av flera medarbetare som ett stort ledarskapsproblem.

Förslaget att förflytta personal till Sundsvall fick även en del uppmärksamhet i media^{19,20} där det senare beskrevs att det var ett missförstånd. Det beskrevs som att det aldrig var ett beslut som togs av regionledning utan det var ett underlag som var under arbete kring hur en förflyttning skulle kunna gå till. Vad det var som låg bakom det missförstånd som beskrevs var okänt.²¹

4.3.6.8 *Semester, extra ersättning och återhämtning för medarbetare*

Till följd av att Västernorrlandsregionen låg ett par veckor efter i smittspridningen i jämförelse med de värst drabbade områdena i Sverige var prognosen att länet skulle ha en ökning i under sommaren. Detta var problematiskt i förhållande till planering av semestrar. Anpassade semesterdirektiv togs fram i Regionen där medarbetarna fick tre sammanhängande veckor och maximalt fyra veckor totalt. Vissa chefer fick lägga om scheman där de fick säga till medarbetare att komma in och arbeta när det inte var

¹⁹ SVT Nyheter, Chockbesked till personalen – operationsavdelning stängs 10 veckor, 2020-05-28

²⁰ SVT Nyheter, Enhetschef om Sollefteåstängning: "Urdåligt – en ren skandal", 2020-05-29

²¹ SVT Nyheter, Ingen personal flyttas från Sollefteå till Sundsvall – missförstånd hävdar Regionen, 2020-06-17

planerat så från början. Respondenten uttryckte att det var svårt att motivera schemalaggeningen och tvinga medarbetare att jobba när behovet inte riktigt fanns på den orten. Motivet från regionledningen var att direktiven skulle vara lika över hela regionen. En annan linjechef påpekade att de tre sjukhusen med fördel skulle ha arbetat med en regiongemensam resurs- och semesterplanering för att hantera sommarprognosen. Personen saknade en solidaritet mellan sjukhusen i denna fråga.

När situationen senare inte blev så kritisk som Regionen hade befarat fick de flesta medarbetarna åtminstone sina tre veckors semester. Sommarbemanningen och semesterplaneringen löste sig även mycket tack vare att vissa verksamheter hade stängts ned på grund av pandemin och kunde förflytta personal till Covid- och transitavdelningar. Dock påpekade en ledningsrepresentant att många chefer egentligen arbetade hela perioden trots att de hade semester på pappret. Det blev en fasförskjutning av semestrarna på många håll där en förlängning av semesterperioden in i september blev förhandlat. Men anledning av förskjutningen valde regionledningen att ersätta de medarbetare som arbetar med Covid-vård som flyttade sin semester och arbetade under sommarperioden med 25 000 kronor i veckan.²²

4.4 Samordning och samverkan

Avsnittet berör samordning med centrala regionala och nationella aktörer samt berör interna samverkansstrukturer. Särskilt berörs hanteringen av provtagningsfrågor.

4.4.1 Sammanfattning

Sammanfattningsvis går det att konstatera följande gällande samordning och samverkan:

- **Nationell och regional samverkan.** I samverkan med andra aktörer har fokus främst varit på informationsutbyten snarare än gemensam samordning.
- **Samverkan internt (Specialistvården).** Det regiongemensamma tänket med bland annat gemensamma planeringar och insyn i andra sjukhus har varit begränsat bland LSSL. Det har varit olika strukturer och organisering hos de olika LSSL:erna. Samverkansstrukturer har komplicerats av de dubbla strukturerna med krisledning per sjukhus och linjeledning.
- **Primärvårdens roll.** Primärvården har haft en central roll i hanteringen ur samverkanssynpunkt med kontaktytor mot kommunerna.
- **Generell provtagning.** Det har varit ett avstånd mellan laboriemedicin och centralt beslutfattande kring provtagningsstrategi och planering. Laboriemedicin har inte kunnat möta efterfrågan på information från personal och har inte haft möjlighet till längre planering. Ansvar, organisation och kommunikation kring provtagningsfrågorna utvecklades i och med bildande av funktionsgrupp i RSSL och tillsättning av projektledare med fokus på att eliminera parallella processer och arbeta mot mer effektiv hantering.
- **Personalprovtagning.** Personalprovtagning har varit en stor fråga och det har funnits en otydlighet i relation beställare/utförare/ägare avseende provtagning för personal. Regionhälsan som fick uppdraget har inte haft rätt förutsättningar för att kunna genomföra ett effektivt arbete och möta förväntningar hos personalen i Regionen.

4.4.2 Områden föremål för analys inom samordning och samverkan

Följande områden har varit föremål för analys och varit stöd i utvärderingen av samordning och samverkan:

- Nationellt, regionalt, lokalt
- Internt i verksamheten
- Forum och deltagande
- Processer för samverkan
- Gränssnitt mot olika verksamheter och aktörer
- Ansvar och organisation för testverksamhet
- Ansvarsfördelning, samarbete och koordinering
- Förmågan att samordna internt och externt för att hantera pandemin

²² Aftonbladet, Sjukvårdspersonalens superlön i sommar – 25 000 i veckan, 2020-05-30

- Samverkan med externa samarbetspartners är utvecklade i förhand för att minimera uppstartssträckan vid allvarlig händelse

4.4.3 Initiala aktiviteter

Samverkan i hanteringen av Covid-19 har skett informellt och formellt på flera arenor och forum inom Regionens olika verksamheter, med regionala aktörer och nationellt. Samverkan har genomgående beskrivits som ytterst viktigt. Pandemin har ibland triggat nya former för samverkan, varav en del sattes upp innan RSSL aktiverades. Ett exempel som tagits upp är ny modell för samverkan med fackliga organisationer, ett annat exempel är samverkansmöten med samtliga vårdgivare inom Primärvården. Nedan beskrivs övergripande områden för samverkan som upplevts fungerat bra respektive mindre bra.

4.4.4 Nationellt och regionalt

4.4.4.1 Nationell samverkan

På den nationella nivån har främsta aktörer varit Folkhälsomyndigheten (FOHM) och Socialstyrelsen, där samverkan har upplevts varierande tillfredställande. Regionens hälso- och sjukvård styrs genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det åligger varje region att följa Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvård vid namn SOSFS, vilka utgör bindande regler. I tillägg ansvarar Socialstyrelsen för att tillhandahålla kunskap, regler och statsbidrag till varje enskild region. Detta kan bland annat utgöras av riktlinjer, prioriteringar och vägledning i val av metoder för vård och omsorg. Samverkan med Socialstyrelsen har varit begränsat och snarare handlat om en ensidig informationsinsamling där regionerna på begäran från Socialstyrelsen samlat in och sammanställt lägesbilder för rapportering. Detta har varit ett i många fall tidskrävande arbete och det har varit tydligt vilken nytta som det har gett i termer av kunskap tillbaka till regionerna i den vidare hanteringen. Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap (MSB) har inte spelat en tydlig roll och funktion under hanteringen och Regionen har haft begränsade kontaktytor mot myndigheten.

FOHM har varit en nyckelspelare i hanteringen av Covid-19 avseende förmedling av information och statistik, rekommendationer och riktlinjer kring viruset, men har främst kommunicerat med regionerna genom den etablerade kanalen via Smittskydd och Vårdhygien. FOHM har haft en struktur med veckovisa informationsmöten med Regionens Smittskydd, möten som med tiden gav en möjlighet för organisationen att förankra beslut om riktlinjer internt. Utöver det har kontakten begränsats till myndighetens allmänna presskonferenser, vilket uppfattats som problematiskt då man har haft små möjligheter att proaktivt förhålla sig till rekommendationer från FOHM.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har spelat en viktig roll som länk mellan regioner, där etablerade nätverk på chefsnivå i SKR:s regi beskrivits vara till mycket stor nytta och hjälp för kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Exempel på nätverk som varit uppskattade inkluderar läkemedel, kommunikation, med flera. Även andra externa professionsnätverk har varit av stor nytta, ett exempel är primärvårdsföreningen.

4.4.4.2 Regional samverkan

Länsstyrelsen kan beskrivas som regeringens förlängda arm och myndighet i Västernorrlands län. Länsstyrelsens uppdrag och syfte är att säkerställa att nationella mål får genomslag i länet samtidigt som lokala förutsättningar och förhållanden ska tas hänsyn till. När det kommer till samhällsstörningar, som Covid-19, har Länsstyrelsen ett regionalt samordningsansvar. Länsstyrelsen ska verka för gemensam inriktning och samordning av de åtgärder som behöver vidtas. I dessa innefattas även kommunikation med allmänhet och media.

Ansvar skiljer sig åt beroende på typ och omfattning av samhällsstörning. Vid en mindre händelse kan Länsstyrelsens uppdrag vara att övervaka situationen och tillhandahålla information till berörda aktörer. Vid större händelser ska Länsstyrelsen, som ovan nämnts, samordna den aktörsgemensamma hanteringen. Under Covid-19 har Länsstyrelsen fått sju officiella uppdrag från regeringen.

Regionalt har Länsstyrelsen Västernorrland ett ansvar att samordna de olika aktörerna i länet bland annat: Regionen, Blåljusgruppen, Försvarsmakten, DinTur, kommuner, Kommunförbundet, med flera.

Under pandemin har veckovisa möten hållits med regionala aktörer för Covid-19-hantering gemensamt med Region Västernorrland. De stora samverkansfrågorna som Regionen har varit involverad i och som har präglat Covid-19-hanteringen bland aktörerna i länet inkluderar provtagning av brukare och vårdpersonal, behandlingsansvar i SÄBO, lägesbildrapportering till myndigheter, åtgärder för att minska smittspridning såsom besöksförbud, samt tillgången till skyddsutrustning.

Det har framkommit att samverka med Länsstyrelsen Västernorrland under pandemihanteringen var något som utvecklades med tiden. Region Västernorrland har medverkat på Regional samverkanskonferens där Länsstyrelsen har varit sammankallande två dagar i veckan under våren 2020. I Länsstyrelsens uppdrag att samordna försörjningen av skyddsutrustning för länets aktörer har Regionens medverkan varit begränsad då Region Västernorrland köpte in och sparade materiel för eget behov snarare än att dela med sig till kommunerna. En respondent förklarade att det blev tydligt när samordningen skulle ske via stat, departement eller myndigheter så tog det tid med signalföring. Det visade sig ibland att uppdrag som gavs till Länsstyrelsen redan var löst på annat vis innan uppdraget ens påbörjades av Länsstyrelsen.

I det kriskommunikationsnätverk som Länsstyrelsen har ansvarat för i länet under pandemin har Regionen varit med där man upplever att samverka har fungerat väl. Via Länsstyrelsen har Smittskydd haft veckovisa möten med kommunerna i syfte att etablera en gemensam lägesbild och dela information och bistå rådgivning till socialchefer och MAS:ar, något som uppfattas fungerat bra, med bra ordning. *Samverkan med kommuner beskrivs vidare i avsnitt 5) Smittskydd respektive 6) Vårdhygien.*

4.4.5 Samverkan inom Regionen (mellan sjukhus och verksamheter)

Regionens organisation med länsklinikverksamheter och uppsättning av LSSL per sjukhus har på många sätt satt förutsättningarna för samverka under pandemin. På grund av den otydlighet som upplevts i och med LSSL-strukturen vid sidan om ordinarie linjeledning har samverka komplicerats där vissa respondenter har beskrivit att personer har gått direkt till verksamhets- eller förvaltningschef med sina Covid-relaterade ärenden istället via LSSL. Samverka mellan LSSL och linjen (verksamhetsområdeschefer) har inte varit systematiserad, utöver regelbundna informationsmöten där alla områden har samlats.

Enligt beskrivning i den uppdaterade organisationsstrukturen för RSSL är "samverka och stöttning över gränser väsentlig" för LSSL:erna. Då LSSL:erna organiserat sig på olika sätt har det inte alltid funnits motparter i S-funktioner²³ som hade kunnat vara tydliga motsvarande kontaktytor hos respektive LSSL. Samverkansfunktionen i LSSL har bemannats av samma person i Örnsköldsvik och Sollefteå, vilket har skapat möjlighet till informationsutbyte men i övrigt har samverka mellan LSSL:erna beskrivits som begränsad. I den nya uppdaterade organisationsstrukturen av RSSL utsågs en annan funktion att ha samverkansansvaret istället för en TiB, vilket gjorde att de vanliga formella kontaktvägarna mellan krisledning via TiB ändrades och samverka blev begränsad. Inom verksamheten har det beskrivits att det inte funnits formaliserade kopplingar mellan verksamheterna från start. Kommunikation skedde på hög nivå med begränsad insyn brett i verksamheten. Strukturer för samarbete och samverka växte fram utifrån behov mellan till exempel labbmedicin, akuten och Covid-avdelning. Bland sjukvårdspersonalen som vårdat patienter har ett gott samarbetsklimat funnits där många beskrev hur sammansvetsade de hade blivit under våren.

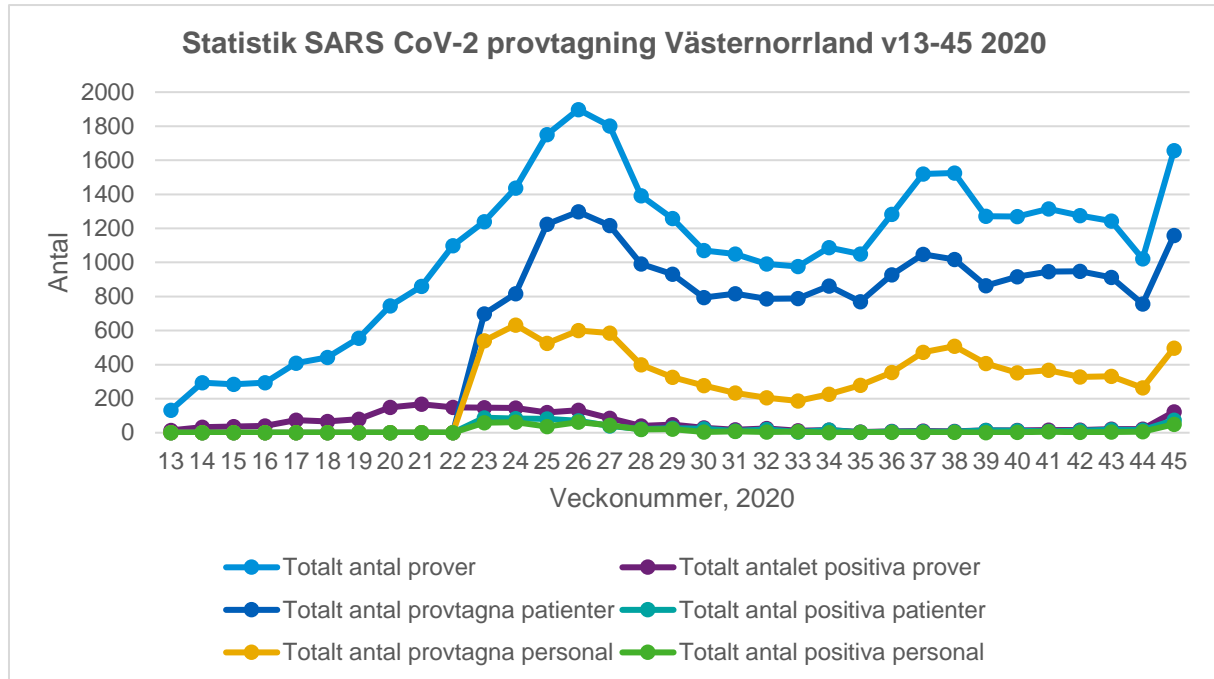
Det har dock visat sig att det funnits tillfällen där det har varit brist på samverka på högre nivåer. Ett exempel är hur olika avdelningar och verksamheter har arbetat med olika rutiner kring provtagning. Redogörelser visade hur patienter kunde mötas i samma väntrum där den ena har testats flera gånger medan den andra inte testats alls. Det samverkansbehov som fanns mellan Primärvård och Specialistsjukvården initierades enligt vissa respondenter främst från Primärvårdens sida. Detta var delvis hur Primärvården motiverade ett bildande av LSSL, då det var svårt att få till en effektiv samverka med bland annat de många privata aktörerna.

²³ S-funktioner ingår i stabsmetodik i hur en krisledning ska bemannas med olika funktioner med dedikerade resurser såsom S1 – Personal och krisstöd, S2 – Säkerhet, S3 – Insatsledning, S3 – Logistik drift, med flera.

4.4.6 Provtagning

4.4.6.1 Diagnostik på laboriemedicin

Inledningsvis analyserades inga prover i Regionen utan dessa skickades till externa laboratorium i Umeå och Uppsala. Nedan (Figur 9) redovisas uppgifter från laboriemedicin från det att analyser som påbörjades i Regionens egen laboriemedicin vecka 13 till 45 2020. Testkapaciteten var begränsad till en början och låg på under 200 prover under vecka 13 men har sedan ökat successivt över tid med en topp under vecka 26 med drygt 1900 prover.



Figur 7. Källa: Statistik Region Västernorrland 2020-11-13

Utvärderingen har även tagit del av kompletterande statistik för prover som skickades till Uppsala eller Umeå där antalet analyserade prover fram till och med vecka 12 var 183, varav positiva var 17 hos patienter och två bland personalen.

Antalet skickade prover till Umeå och Uppsala mellan fördelat per vecka från vecka 10 till vecka 13:

Tabell 4. Antal prover till externa laboratorium

Vecka och datum	Antal prover
V10 (2–8/3)	8 prover
V11 (9–15/3)	58 prover
V12 (16–22/3)	110 prover
V13 (23–29/3)	71 prover

Då Regionen inte hade kapacitet för att hantera klass tre virus skickades proverna ursprungligen till Uppsala och Umeå under vecka 10 till vecka 13. Dessa prover behövde fraktas 10–40 mil bort vilket innebar att provsvar ibland kunde dröja ett till två dygn. Det uppstod därför en problematik i hanteringen av potentiellt smittade patienter, där dessa inte kunde flyttas till dess provsvar inkommit. Inför omställning till analys av prover i egen regi hade laboriemedicin olika förutsättningar på sjukhusen.

Det fanns generellt begränsade möjligheter att sätta upp en provtagning med tillräcklig kapacitet, då det inte fanns utarbetade rutiner för provtagning samt brist på analysutrustning och nödvändigt material såsom "provtagningspinnar". Lokala beslut togs därför för att få igång produktionslinjer och rutiner kring prioritering av provtagning. Laboriemedicin i Sundsvall arbetade i början av mars 2020 med att få igång diagnostik för att kunna analysera 100 prover per dygn. Örnsköldsvik som befann sig i slutet av

en influensasäsong hade möjlighet att bygga ut inför mottagning av klass 3 virus. Sollefteå hade inga analysmöjligheter och fick skicka sina prover med bil till Sundsvall två gånger per dygn enligt en medarbetare. Prognosen var i början på mars att det skulle dröja till mitten på april 2020 innan nödvändig kapacitet kunde säkerställas. Det var ett generellt problem att få tag på provtagningspinnar, något som också beskrivits som ett nationellt problem. I mitten av maj 2020 rapporterades att kapaciteten täckte Regionens behov av kliniskt relevanta provtagningar av såväl patienter som personal. En tredjedel av maxkapaciteten utnyttjades vid denna tidpunkt.

Det har hela tiden funnits en stor intern efterfrågan på information om tester och provtagning. Informationsinsatser och möten med chefer har löpande initierats, men har inte alltid varit tillräckligt för att täcka det stora informationsbehovet. Laboratoriemedicin har beskrivits till viss del befinna sig på sidlinjen och inte alltid ha tillgång till senaste beslut och information. Det har funnits ett avstånd till centralt beslutfattande kring provtagningsstrategi och planering. Konsekvensen av avståndet var att information som efterfrågades stort av personal och avdelningar inte kunde mötas av laboratoriemedicin. Exempel som lyfts är hur många prover som kunde köras per dygn. Det har vidare beskrivits hur det inte har funnits naturliga kanaler för att dela information vidare till de olika avdelningarna.

4.4.6.2 *Ansvar för provtagning på SÄBO och personalprovtagning*

Ansvar för provtagning av olika grupper har varit en utdragen och svårhanterad fråga enligt flera intervjupersoner. Den 18 mars 2020 togs beslut om att Primärvårdens mobila team skulle ansvara för provtagning på kommunernas SÄBO. Det fanns olika uppfattningar om vem som skulle utföra provtagningen. Kommunerna i regionen menade att det var Regionens ansvar, medan Regionen ansåg att kommunerna hade kompetensen själva då de ändå tog blodprov och urinprov på brukarna. Reflektionen var att SÄBO-personalen hade kunnat ta proverna själva och på så sätt etablerat en mer effektiv provtagningsprocess på SÄBO. Regionens mobila team för provtagning upphörde efter ett tag och Regionen hänvisade till hälsocentraler för provtagning istället. Från RSSL:s minnesanteckningar den 12 juni 2020 framkom det att: "Kommunernas företagshälsovårdar ser inga möjligheter att provta kommunernas personal med nuvarande avtal, fortsatta överläggningar mellan region och kommuner, där regionen fastställer att de har ett ansvar för frågan."

En stor, omdiskuterad fråga i Regionen har varit hanteringen av personalprovtagning, där det har funnits många involverade parter med förväntningar, samtidigt som det varit en del oklarheter i ansvarstagande. Att etablera ett ansvar för provtagningen av personalen var prioriterat. Regionhälsan fick därför via RSSL uppdraget att genomföra personalprovtagning från den 26 maj 2020. Provtagning var egentligen något som inte ingick i deras ordinarie uppdrag enligt representanter från Regionhälsan. Regionhälsan fick även det operativa ansvaret att säkerställa att lokaler och utrustning fanns tillgängligt. Inledningsvis fanns det många praktiska problem med brist på utrustning och information såsom att personalen inte hade tillgång till det datasystem (BOS) där provsvaret skulle visas och förmedlas till provtagna individer. Vidare var det utmaningar med begränsningar i antalet anställda hos regionhälsan, en rekryteringsprocess drogs därför igång för att komplettera upp med provtagningskompetens.

Uppdraget formulerades (eller tolkades) som en tillfällig lösning och regionhälsan fick medel för att utföra och lösa uppgiften efter bästa förmåga. Strukturen var inte uppsatt på så sätt att det fanns en utpekad processägare och ansvarig för helheten i hantering och uppföljning av utfört uppdrag. Det har begränsat möjligheterna för strategisk och långsiktig planering av provtagningshanteringen och inneburit osäkerhet i hur länge uppdraget ska pågå och vem som kommer beställa och bestämma över en nedmontering av personalprovtagningen. Det innebar vissa svårigheter i att ställa om verksamheten och därmed att det inte fanns utbyggd kapacitet för att omhänderta alla prov som det fanns behov av. Personal kunde vänta flera dagar tills det fanns tillgängliga tider. Det fanns stora förväntningar i verksamheten att provtagning av personal skulle prioriteras och hanteras dagligen. Då det har saknats ett centralt processägarskap har det också uppkommit en del områden där ansvarsfrågan inte var klarlagd, ett exempel var vem som hade ansvaret i det fall när ett prov försvann. Enligt en minnesanteckning från RSSL i juni finns det kännedom om att Regionhälsan inte klarar uppdraget och att Infektion har stöttat upp efter utbrott på onkologen.

Provtagningsuppdraget har beskrivits som en mycket påfrestande situation för utförande medarbetare som fick arbeta intensivt för att möta den höga efterfrågan. Det har genomgående funnits ett stort behov av information från kollegor om riktlinjer för vilka som skulle provtas. Detta har varit svårt att bemöta av då regionhälsan inte har haft tillräcklig kapacitet för att möta allas förväntningar. Det rådde förvirring kring riktlinjerna där det fanns olika direktiv i olika lägen kring till exempel hur länge en medarbetare hade uppvisat symptom. Även provtagningar i samband med utbrott på avdelningar där smittspårning krävdes fanns en förväntan om att regionhälsan skulle hantera, som redan hade ansträngd kapacitet. Regionhälsan menade att detta inte låg inom ramen för deras uppdrag. Hanteringen av provtagningen givet de förutsättningar som fanns har i sammanhanget beskrivits som en arbetsmiljöfråga. Likt andra verksamheter som fick prioritera krishanteringen har ordinarie projekt inom regionhälsan prioriterats bort medan uppdraget att provta personal har varit aktivt.

4.4.6.3 Funktionsgrupp provtagning

Inledningsvis fanns det inte något centralt ägarskap för hantering av provtagningen i Regionen. Funktionsgruppen för provtagning bildades i samband med omorganisation av RSSL för att hålla ihop provtagningshanteringen. I funktionsgruppen ingick representation från Smittskyddsenheten, Vårdhygien, primärvård, specialistvård, labbmedicin och regionhälsan.

Ett behov av tydligare struktur och ordning inom provtagningen växte fram. I början av sommaren beslutades därför att förstärka gruppen med verksamhetsutvecklingskompetens och tillsätta en projektledare som började med att kartlägga organisationen kring provtagning och roller och ansvar. Efter funktionsgruppens bildande och tillsättande av projektledare med helhetsgrepp om provtagningsfrågan har hanteringen beskrivits fungera mycket bättre och mer effektivt.

Det har dock beskrivits exempel på att oklarheter i ansvar mellan funktionsgruppen och beslutsfattare i RSSL och brist i informationsöverföringen har försvårat samverkan och effektivt arbete med provtagning. Exempel som har lyfts är ett tillfälle då ett beslut togs om ny provtagningsindikation i juni 2020 utan samråd med funktionsgruppen eller Smittskyddsenheten. Beslutet innebar att alla invånare med lätta förkylning- och övre luftvägssymtom som behövde stöd för beslut om tidpunkt för återgång i arbete skulle provtas från och med den 15 juni. Detta skapade en ansträngd situation för flera ingående parter som inte hade tillräckliga förutsättningar för att möta den ökade efterfrågan som det nya inriktningsbeslutet innebar. På så sätt blev provtagningsgruppens funktion satt ur spel och det upplevdes oklart vem som hade det yttersta ansvaret för Regionens provtagningsindikation.

4.5 Smittskydd

4.5.1 Sammanfattning

Sammanfattningsvis går det att konstatera följande gällande Smittskyddsarbetet:

- **Uppdrag och roller.** Smittskydds rådgivning till ledning, övriga verksamheter och allmänheten har varit kritiskt för att hantera pandemin. Smittskydd har bland annat ansvarat över att ta fram provtagningsindikationer, deltagit i forum och krisledning och svarat på frågor från både allmänhet och verksamhet. Mycket tid har gått åt till manuell datahantering och granskning. Den interna styrningen och ledningen har av vissa upplevts varit nedprioriterad.
- **Gränsdragning.** Det har inte varit tydligt för alla var gränsdragningen går mellan Smittskydd och samarbetspartnern Vårdhygien, och det har upplevts otydligt när beslut behöver förankras eller samrådaskas med Smittskyddet eller när Smittskyddet bör samråda med andra i beslut.
- **Samverkan.** Smittskydd har varit centrala för alla aktörer i länet och i samtliga verksamheters hantering. Smittskydd har haft kritiska roller i krisledning vid aktivering av stabsläge och medverkat på samverkansforum där beslut har fattats baserat på smittskydds expertis. Vidare har den nära samverkan med kommunikationsenheten beskrivits som en framgångsfaktor i Regionens externa kommunikationsarbete.

4.5.2 Områden föremål för analys inom Smittskydd

Följande områden har varit föremål för analys och varit stöd i utvärderingen av Smittskydd:

- Genomförande av uppdrag
- Rådgivning och stöd till regionens övriga verksamheter:
- RSSL, sjukhusen och LSSL, skyddsutrustning, provtagning, med flera.

- Kommunikation och information internt
- Riktlinjer och rutiner, utbildning
- Presskonferenser, media, nationella riktlinjer och rekommendationer
- Deltagande i forum för samverkan och informationsspridning
- Gränssnitt mot övriga aktörer
- Ansvarsfördelning, samarbete och koordinering mellan Smittskydd och Vårdhygien
- Organisation, bemanning och arbetssätt

4.5.3 Smittskyddsenhetens uppdrag

Smittskyddsenheten i Region Västernorrland planerar, organiserar och leder länets Smittskyddsarbete och har med stöd av Smittskyddslagen ett myndighetsmandat att vidta åtgärder för att förebygga och minska spridningen av smittsamma sjukdomar²⁴. Enheten har ett brett ansvarsområde vilket i huvudsak innefattar att säkerställa att allmänheten får information om hur den skyddar sig mot smitta, ge stöd till sjukvårdspersonal som arbetar med smitta, att följa upp anmälningar och inträffade sjukdomsfall, att besluta om åtgärder för att finna smittkällan samt att ge råd och upprätta förhållningsregler.²⁵

Smittskydd har haft en central roll i Regionens hantering av pandemin och har många kontaktytor mot aktörer för samverkan och informationsutbyte, såsom mot Länsstyrelsen i Västernorrland, kommunerna i regionen och FOHM. Genom direktlänken till FOHM fick Smittskyddsläkaren tidigt under vårvintern indikationer på att Covid-19-viruset var på väg att utvecklas till ett omfattande problem. Smittskyddsläkaren och biträdande Smittskyddsläkare har båda lång erfarenhet av arbete i Regionen. De båda medarbetarna har därför varit med om tidigare smittutbrott inom Regionen. Det diskuterades internt på Smittskyddsenheten huruvida en aktivering av RSSL var påkallad under februari 2020. Under diskussionerna stod det klart att det fanns ett flertal olika särintressen i frågan. Den biträdande Smittskyddsläkaren tog initiativ till att samla Regionen i en första gruppering för etablering av en gemensam lägesbild och bevakning av smittspridningen. Grupperingen benämndes, som tidigare nämnts, Arbetsgrupp nCov.

Med utgångspunkt i den expertis som enheten besitter har Smittskyddsenheten naturligt en viktig roll i RSSL under en pandemi. Inledningsvis var det inte tydligt klarlagt vilken funktion Smittskydd hade i RSSL, huruvida Smittskyddet skulle ta roll som medicinskt ansvarig för beslut. Det har lyfts frågor kring hur detta påverkar oberoendet som Smittskyddet har i relation till Regionen.

4.5.4 Intern styrning, ledning och samverkan på Smittskyddsenheten

De flertalet möten, trycket från allmänheten samt ansvaret att stå i kontakt med media och regionala samverkansaktörer har bidragit till en hård arbetsbelastning på Smittskyddsenheten enligt representanter från enheten. I sammanhanget har både framgångsfaktorer och förbättringspotential identifierats av respondenter. En framgångsfaktor har varit att i ett tidigt skede, mitten av mars, peka ut ansvaret för den externa kommunikationen samt att en rutin för samordning sattes upp tillsammans med kommunikationsavdelningen. I samråd med kommunikationsdirektör och representanter från Smittskyddsenheten etablerades en övergripande kommunikationsstrategi för hantering vid eventuella kommande fall av Covid-19-smitta inom regionen. Det upprättades snabbt en ordning med dagliga avstämningar med kommunikation där Smittskyddsläkaren kunde svara på deras frågor. Något senare började veckovisa presskonferenser att sändas där den första hölls den 10 mars 2020. Det har funnits ett stort värde i att ha en utpekad sammanhållen central talesperson som har varit Smittskyddsläkaren med helhetsansvar över Regionens externa informationsdelning.

På grund av Smittskyddets centrala roll i hanteringen har det funnits en stor belastning på enheten. Det har i intervjuer beskrivits att Smittskyddsenheten inte har varit dimensionerad för att ta hand om alla uppgifter inom sitt ansvarsområde. Enheten har förväntats bistå både regionledningsförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och kommunerna med sin expertis med en bemanning bestående av två läkare, två sjuksköterskor, en administratör och en apotekare.²⁶ Mycket tid har gått åt till arbete med att ta fram data över vårdtider, inläggningar och liknande för att få ett grepp om smittspridningen. I

²⁴ Region Västernorrland, Smittskydd, 2020-10-02

²⁵ Krisinformation, Samhällets ansvar vid smittspridning, 2020-07-24

²⁶ Region Västernorrland, Smittskydd, 2020-10-02

många fall har motsvarande arbete utförts på ett manuellt och tidskrävande sätt genom, till exempel, granskning av journaler. Administratörer och vårdutvecklare har gått in och stöttat i nämnda arbete. Till följd av den höga arbetsbelastningen har det upplevts att, bland annat, intern styrning och samverkan nedprioriterats. Andra exempel på arbetsmoment som inte har hunnits med inbegriper arbete med planering för effektiv arbetsfördelning, utveckling av effektiva arbetssätt samt tid för djupanalys och reflektion. Smittskyddsenheten har även deltagit i arbetet med uppdatering och framtagande av vårdhygieniska riktlinjer då det inte fanns riktlinjer för denna typ av pandemi sedan tidigare.

En förbättringsfaktor som har beskrivits i sammanhanget har varit den interna samverkan och kommunikationen mellan Smittskyddsenheten och andra delar av Regionens verksamheter. Exempel som har lyfts av en respondent innefattar fall där Smittskyddsenheten har fattat beslut utan upplevd tillräcklig förankring eller samråd med andra verksamheter. En viktig del för ett fungerande samarbete har varit relationen mellan Smittskyddsenheten och regionledning. Vid tidpunkten för Covid-utbrottet var regiondirektören i Västernorrland ny på sin post. Möjligen hade samverkansstrukturen underlättats om det hade funnits mer upparbetade och etablerade kontaktvägar mellan Smittskyddsenheten och regionledningen.

4.5.5 Smittskydd och provtagning

Smittskyddsenheten ansvarade för att skriva provtagningsindikationer och att uppdatera dessa löpande. Regionen följde de nationella provtagningsindikationerna vid framtagande av dessa. Provtagningsindikationerna beskrev bland annat vilka kategorier av patienter och personal som var prioriterade vid provtagning samt vid vilka typer av symptom som provtagning skulle initieras. Biträdande Smittskyddsläkare var även tidigt engagerad i provtagningsfrågor och Regionens beredskap för provtagning. Innan funktionsgrupp provtagning etablerades togs av bland annat Biträdande Smittskyddsläkaren, och representanter från laboriemedicin och infektion initiativ till logistiska. Den proaktiva hanteringen underlättade men har inte kunnat påverka labbkapaciteten då detta var beslut som behövde fattas av RSSL. Senare tillkom funktionsgrupp provtagning och en projektledare för den centrala hanteringen och detta har beskrivits underlätta hanteringen.

4.6 Vårdhygien

4.6.1 Sammanfattning

Sammanfattningsvis går det att konstatera följande gällande Vårdhygien:

- **Uppdrag och roller.** Vårdhygiens rådgivning och framtagande av riktlinjer och rutiner till verksamheter har varit kritiskt för att hantera pandemin och ställa om till vård av Covid-19 patienter. Vårdhygien har vid tillfällen fått ta ansvar för kritiska frågor utanför sitt uppdrag såsom kvalitetssäkring av skyddsutrustning.
- **Rutiner och riktlinjer.** Det har även varit ett utmanade arbete att uppdatera riktlinjer och rutiner och distribuera dessa till verksamheterna. Det har dock varit svårt för verksamheterna att navigera bland uppdaterade rutiner på intranätet vilket har påverkat såväl möjligheten som benägenheten att följa desamma.
- **Organisation.** Det har funnits ett behov av att stärka upp med fler resurser för att fördela arbetsbördan bättre på enheten.
- **Gränsdragning.** Det har inte varit tydligt för alla vad Vårdhygiens uppdrag är och var gränsdragningen går mellan Vårdhygien och samarbetspartnern Smittskydd. Till följd har det funnits förväntningar hos delar av verksamheten på vad Vårdhygien ska utföra samt att arbete för att reda ut ansvar har dragit tid.
- **Samverkan.** Vårdhygien har varit centrala för alla aktörer i länet och i samtliga verksamheters hantering av Covid-19. Vårdhygien har bland annat arbetat nära kommunernas SÄBO och MAS:ar för att säkerställa att de är uppdaterade på hur vårdhygieniska riktlinjer skulle appliceras på äldreboenden.

4.6.2 Föremål för analys inom Vårdhygien

Följande områden har varit föremål för analys och varit stöd i utvärderingen av Vårdhygien:

- Genomförande av uppdrag

- Rådgivning och stöd till Regionens övriga verksamheter: RSSL, sjukhusen och LSSL, skyddsutrustning, provtagning, med flera.
- Kommunikation och information internt
- Riktlinjer och rutiner, utbildning
- Kommunikation externt
- Presskonferenser, media, nationella riktlinjer och rekommendationer
- Deltagande i forum för samverkan och informationsspridning
- Gränssnitt mot övriga aktörer
- Ansvarsfördelning, samarbete och koordinering mellan Smittskydd och Vårdhygien
- Organisation, bemanning och arbetssätt

4.6.3 Vårdhygiens uppdrag

Vårdhygiens uppdrag är att arbeta för att förebygga smittspridning inom vård och omsorg. Vårdhygienisk expertis är en rådgivande funktion till all hälso- och sjukvård vilket innefattar specialistsjukvården, Primärvården, tandvården, samt äldreboenden och hemtjänst inom Regionens sju kommuner.²⁷

Vårdhygien agerar dels direkt rådgivande och stödjande till verksamhet och ledning, dels genom att utarbeta riktlinjer och förhållningssätt för att upprätta god hygienisk standard. Vårdhygien har haft en central roll under pandemin och efterfrågan på Vårdhygiens expertis har varit stor bland personal och chefer, särskilt gällande personlig skyddsutrustning. I synnerhet har mycket arbetstid gått åt till att författa och uppdatera Vårdhygieniska rutiner och riktlinjer samt till att distribuera dessa till verksamheterna.

En ny hygienläkare tillträdde i Regionen under pandemin i början av april 2020. Fram till dess tjänstgjorde biträdande Smittskyddsläkare på 25% som Regionens enda hygienläkare. Upptagningsområdet är geografiskt vidsträckt. Verksamhetens personal, med en hygienläkare och sex hygienköterskor, fanns utplacerade på länets tre sjukhus. I krisledningsorganisationen under våren 2020 var Regionens hygienläkare endast medlem i RSSL under en kort period men ingick sedan i den strategiska analysgruppen som agerade rådgivare till RSSL. Vidare var Vårdhygienköterskorna engagerade i LSSL:er och funktionsgrupper för att arbeta närmare verksamheten och för att med sin expertis agera rådgivare. Vårdhygiens representation i de lokala krisledningarna har beskrivits av flera LSSL-medlemmar som en framgångsfaktor under krishanteringarna.

4.6.4 Vårdhygieniska rutiner och riktlinjer

Förutom att författa, uppdatera och distribuera riktlinjer och regler upprättade enheten handläggningsrutiner för hantering av misstänkta och bekräftade sjukdomsfall. Detta arbete skedde i samarbete med Smittskyddsenheten. Verksamheternas regelefterlevnad beskrevs som varierande. Exempel beträffande efterlevnad som har lyfts upp berörde bland andra riktlinjer för personlig skyddsutrustning och provtagningsindikationer.

Anledningarna till detta är flera och går att identifiera som bland andra:

- På vårdavdelningar och mottagningar rådde en påtaglig oro kopplad till att inte veta hur smittan spreds. Det fanns i vissa fall uppfattningar om att rutiner och riktlinjer borde funnits tillgängliga och kommunicerade innan första patienten kom in till sjukhuset. Därtill fanns en förväntan att de centrala funktionerna skulle ligga före och bistå med förhållningsregler. Då det rådde stor osäkerhet kring vad som utgjorde tillräckligt Smittskydd togs i vissa fall egna initiativ ute på avdelningar och mottagningar att, till exempel, ikläda sig i full skyddsmundering när det inte alltid var rätt tillfälle för det.
- Det var en successivt ökande mängd information kring Vårdhygien som på kort tid skulle nå ut till verksamheten. FOHM:s uppdaterade information som publicerades under våren 2020 krävde att nyligen författade riktlinjer reviderades och spreds, primärt via intranätet. Ibland kom dessa revisioner tätt inpå varandra. Det beskrevs som frustrerande och svårt att navigera i vad som var ny information.

²⁷ Region Västernorrland, Kvalitet och patientsäkerhet, 2018-05-21

- Ett beskrivet "glapp mellan Vårdhygien och verkligheten" där Vårdhygien inte alltid har haft insikt i att det har funnits vissa riktlinjer som gällt sedan tidigare, men som sällan följts. Ett exempel på en riktlinje som funnits i flera år men som inte alltid följts berörde att alltid bära munskydd vid intubering av patienter. Riktlinjer som inte uppfattades som verklighetsförankrade ansågs vara oanvändbara.
- Labbmedicin har vid flera tillfällen tagit emot prover som inte var tillräckligt skyddade där det var tillfällen där prover som har runnit ut i handen på personalen.

4.6.5 Distribution av information av uppdaterade riktlinjer och rutiner

Uppdaterade Vårdhygieniska rutiner publicerades på intranätet. Allt eftersom information lades till blev sidan "tungjobbad" och det kom in klagomål från stressad personal att sidan var rörig, samt att det var svårt att hitta information. Ett omtag gjordes i och med upprättandet av en landningssida där information relaterat till Covid-19 strukturerades upp. I syfte att fånga besökarens uppmärksamhet aktiverades även en stor, gul "krisbanner". I den stora mängden information på intranätet upplevdes det trots allt som att uppdateringarna "drunknade" i mängden. Någon rutin för hur reviderade informationsstycken skulle belysas eller urskiljas har enligt uppgifter från sjukvårdspersonalen inte funnits under våren 2020. Det var upp till chefer på verksamhetsnivå att säkerställa att informationen nådde ut till alla medarbetare. Hur väl informationen har uppfattats och tagits emot av personal har varierat.

Utöver uppdateringar via Regionens intranät tog Vårdhygien initiativ till att stilla oron hos verksamheterna när de sammankallade till stora informationsmöten. Då informationen ofta var begränsad hamnade Vårdhygien i en utsatt situation i vad som har beskrivits som ett hårt klimat där det fanns tillfällen där till och med personangrepp förekom. Det hölls utbildningar för läkare, undersköterskor och sjuksköterskor där Vårdhygien ofta fick stå till svars kring frågor som var otydliga gällande skyddsutrustning. Efter en tid anordnades mer uppskattade och standardiserade möten. Därtill kom även en informationsinsats benämnd "Chefsinformation". Vid dessa möten samlades sjukhusens chefer för att ta del av Vårdhygiens uppdaterade rutiner och riktlinjer. Representerade i dessa möten fanns även bland andra hälso- och sjukvårdsdirektören.

Det stora fokus som lades på Vårdhygieniskt informationsarbete resulterade även i förbättrad städning, större fokus på klädrutiner samt på den basala hygien. De förbättrade rutinerna har lyfts som en positiv effekt av vårens arbete av respondenter.

4.6.6 Vårdhygiens roll som expertfunktion, skyddsutrustning

Vårdhygiens roll som expertfunktion har ställts på sin spets under pandemin och exempel som lyfts är hur enheten varit hårt belastad med frågor och oro från verksamheterna angående personlig skyddsutrustning. Vårdhygien såg tidigt att Covid-19 kunde bli omfattande och mot bakgrund av detta skickade Vårdhygien i slutet av februari ut en enkät ut till samtliga hälsocentraler, vårdavdelningar och mottagningar för att bilda sig en uppfattning om lagerstatus beträffande andningsskydd.²⁸ Vid denna tidpunkt fanns ingen utpekad instans med helhetsansvar för att säkerställa tillgången till skyddsutrustning. Det byggdes upp förväntningar att Vårdhygien skulle ansvara för anskaffning av skyddsutrustningen och svara på frågor. Vårdhygien dedikerade en resurs till inventering av skyddsutrustning, samt åt uppgifter som att köpa utrustning på byggbutiker och granska offerter. Respondenter har beskrivit att nämnvärt mycket tid har behövts gå till att förklara läget och den sviktande tillgången till skyddsutrustning på sjukhusen för ledningen.

Genom medarbetarnas sakkunskap och genom regelbundna möten med FOHM hade Vårdhygien tillgång till den senaste informationen. Trots att mycket uppmärksamhet riktades åt Vårdhygiens håll då bristerna gjorde sig påmindade hade Vårdhygien inget operativt ansvar för anskaffning av skyddsutrustning.

Då ett behov uppstod av att beställa skyddsutrustning utanför huvudavtal efterfrågades även av Vårdhygien att testa och bedöma säkerheten i inhandlad utrustning. Vårdhygien hade varken en utarbetad metod eller tillgång till labb för att utföra tillbörliga tester. Det har därmed funnits ett visst gap mellan Vårdhygien och deras uppdrag och verksamheternas förväntningar på hanteringen av det då

²⁸ Region Västernorrland, Minnesanteckningar Arbetsgrupp nCov, 2020-02-03

akuta behovet av utrustning. Till slut kunde kontakt upprättas med extern analyskapacitet så att utvalda varuprover kunde skickas för test.

4.6.7 Samarbete och gränsdragning mellan Smittskydd och Vårdhygien

För ett effektivt arbete att minska smittspridning krävdes nära samarbete mellan Smittskyddsenheten och Vårdhygien, exempelvis i författandet av rutiner och riktlinjer. Den gemensamma hanteringen av Covid-19 inleddes något turbulent: e-post från TiB:en inkom till Smittskydd via en funktionsbrevlåda hos Vårdhygien i samband med inventeringen som Socialstyrelsen skickade ut. Samarbetet har därefter beskrivits fungera bra i flertalet avseenden och mindre bra i andra avseenden. Specifikt har uttryckts att arbetet lidit av brist på struktur samt att det kommit att handla för mycket om att släcka bränder och för lite om att förebygga problem. Arbetet beskrivs även ha kantats av vissa interna motstridigheter. Representanter har tolkat inställda interna samarbetsmöten som en ovilja till samarbete samt ovilja att erbjuda stöd där så krävts.

Gränsdragningen mellan verksamheternas ansvarsområde var inte tydlig för alla och det har av representanter lyfts exempel där beslut har fattats som tolkats som brist på insikt i att samråd med den andra verksamheten hade varit fördelaktigt. Detta beskrevs att det skapade slitningar mellan de två verksamheterna på grund av att den ena har behövt hantera konsekvenserna av beslut i form av frågor från verksamheten. Ett exempel som har lyfts i sammanhanget är då beslut togs att inte delge varandra uppgifter kring smittade som båda verksamheterna var i behov av för att kunna fullfölja sina uppdrag om smittspårning.

Det var i vissa avseenden inte helt tydligt vad som skiljer Vårdhygien och Smittskyddsenhetens ansvarsområden åt. E-post från RSSL-medlemmar har, som exempel, skickats till båda verksamheterna. Fallet skapade frustration, dubbelarbete och upplevdes vara bidragande till en redan tung arbetsbördan. Värt att notera är att Vårdhygien inte ingick i RSSL och därmed inte hade tillgång till förstahandsinformation. Representanter menar att detta försvårade och fördröjde samverkan och intern förståelse för Vårdhygiens uppdrag samt den kompetens som Vårdhygiens medarbetare besatt.

4.6.8 Samverkan med kommuner kring SÄBO-frågan

Vårdhygien har avtal med samtliga sju kommuner i regionen om Vårdhygieniska tjänster till särskilda boenden för äldre. Inom Vårdhygiens uppdrag ingick det att ta fram Vårdhygieniska riktlinjer för Covid-19 till kommunens äldreboenden. Vårdhygien har även tagit fram riktlinjer för smittspårning och screening samt förebyggande åtgärder mot smitta i äldreomsorg.

Fokus i hanteringen av pandemin låg inledningsvis på sjukvård och regional vård framför kommunal omsorg. Det fanns endast en föräning om hur omfattande och svår situationen inom äldrevården skulle utvecklas till att bli. Tidigt uppstod smittspridning på några av kommunernas SÄBO, där exempelvis äldreboende i Kramfors fick in smitta i slutet av mars vilket var tidigt i länet. Regionen och kommunerna har haft stort behov av samverkan och samarbete i samband med hantering av Covid-19 och införande av åtgärder för att begränsa smittspridning. Mycket arbete lades ner för att ta fram Vårdhygieniska riktlinjer, ett arbete som genomfördes i samarbete mellan Vårdhygien och kommunernas MAS:ar. Exempel är rutiner i samband med utskrivning från sjukhus och inflyttning på SÄBO.

Smittskyddsenheten och Vårdhygien har också varit engagerade i regelbundna samverkansmöten mellan Smittskyddsenheten och kommunernas MAS:ar, samt med socialcheferna, förvaltningschefer och Primärvården en gång i veckan. Möten med MAS:ar har beskrivits som uppskattade och framgångsrika. Det har även beskrivits hur samma frågor tagits upp på MAS-möten som i socialchefsmöten, vilket lett till viss frustration och dubbelarbete. Det har även beskrivits att det i dessa parallella mötesstrukturer har funnits begränsad transparens och kännedom mellan parterna avseende vilken information som delats.

4.7 Kommunikation och information

4.7.1 Sammanfattning

Sammanfattningsvis går det att konstatera följande gällande kommunikation och information:

- **Planer och processer.** Någon krisplan för pandemier fanns inte att tillgå vid utbrottet. Kommunikationsarbetet har karaktäriserats av flexibilitet och nytänkande med nära samarbete med smittskydd, de lokala sjukhusen och representation i krisledning.
- **Interna kommunikationskanaler.** Kvaliteten på informationsförmedlingen till verksamheterna berodde till stor del av chefers förutsättningar och förmåga. Det har inte funnits någon enhetlig struktur för hur kommunikation till medarbetare ska bedrivas, utöver kanalen via intranätet där det mesta publicerades. Det har varit viktigt för verksamheten att få information i rätt tid innan informationen blev inaktuell, vilket har beskrivits som en stor utmaning under pandemin.
- **Extern kommunikation.** Regionens goda relationer till lokala medier och tät kontakt via sociala medier har beskrivits som framgångsfaktorer för informationsdelning till allmänheten.

4.7.2 Föremål för analys inom kommunikation och information

Följande områden har varit föremål för analys och varit stöd i utvärderingen av kommunikation och information:

- Talespersoner för frågor
- Eskalering av relevant ny information
- Etablering av kommunikationsgrupp för frågor om Coronaviruset
- Utveckling och distribution av informationsmaterial
- Intressent- och målgruppslistor
- Uppdatering av kommunikationskanaler
- Kommunikationsplaner och kommunikationskanaler
- Process för kommunikation internt och externt
- Kommunikationsvägar till externa samarbetspartners
- Kommunikation till verksamheterna
- Uppdatering av rutiner och riktlinjer
- Etablerade kanaler för att kommunicera med säkerhetsklassificerad information
- Uppdatering av linjer för hälsoinformation

4.7.3 Kommunikationsarbetet under hanteringen

Kommunikationsavdelningen hos Region Västernorrland bestod av 18 medarbetare och har sedan början av mars 2020 arbetat aktivt med kommunikationsinsatser avseende Covid-19-hanteringen för Regionens verksamheter. Avdelningen ställde om till en dagliga planeringsmöten alla medarbetare som involverades i arbetet där de pratade om aktuellt nuläge och omvärlden. I ett av dokumenten som rör hur krisorganisationen ser ut finns det ett avsnitt som beskriver formerna för kommunikationsarbetet. Som tidigare nämnts var inte heller denna plan anpassad för en kris i form av en pandemi. Kommunikation arbetade därför efter vad de internt benämner som 'strategisk improvisation'. Strategin för kommunikationen under pandemi har karaktäriserats av flexibilitet och ständig improvisation utifrån situation, men med fokus på målgruppsanpassade budskap.

Under pandemin har kommunikation ingått i och stöttat Regionens krisledningsorganisation på flera nivåer: RSSL, beredningsgrupp, LSSL, samverkan med länsstyrelse och kommuner, samverkan och aktivt deltagande i nationella nätverk, med flera. Samarbetet mellan kommunikation och verksamheterna har beskrivits av flera respondenter som gott.

Kommunikationsavdelningen arbetade nära Smittskyddsenheten där de hade dagliga avstämningar kring kommunikationsbehoven. På så vis kunde kommunikation avlasta Smittskyddsenheten och stöttade med att svara på mejl i enhetens funktionsbrevlådor. De har senare fortsatt med veckovisa avstämningar. Vidare hade kommunikationsavdelningen även utplacerade kommunikatörer på respektive sjukhus för att stötta i de lokala kommunikationsinsatserna.

Kommunikationens betydelse under pandemin har varit stort. Många av de intervjupersoner som har påtalat kommunikation har varit nöjda med deras insats och har belyst ett samarbete som har fungerat väl.

De övergripande kommunikationsmålen har varit:

- Minska smittspridningen.
- Skydda personer i riskgrupper.
- Minska oro hos medarbetare och invånare.
- Minska belastningen på hälso-och sjukvården.

4.7.4 Intern kommunikation

Den interna kommunikationen under hanteringen av Covid-19 har stött på många utmaningar, framförallt när information från olika grupperingar inte når ut till alla berörda i rätt tid. En betydande del av den interna kommunikationen har fått gå via informella kontakter och andra informationskällor.

4.7.4.1 *Kommunikationen mellan krisledningarna*

Det var ett upplevt avstånd mellan RSSL och LSSL där flera respondenter saknade en direktkommunikation till RSSL. Representanter har uttryckt att de önskade att RSSL hade varit mer öppna i sitt arbete. De uttrycker att kommunikationen försvårades när exempelvis minnesanteckningar från RSSL till en början var sekretessbelagda. Detta skapade osäkerhet och påverkade LSSL:s förtroende gentemot RSSL. En respondent konstaterade "Dialog och kommunikation är viktigt under en sådan här situation. När RSSL sekretessbelägger information blir man mörkrädd."

Representanter från LSSL:erna uttrycker samstämmigt att informationskanalerna mot RSSL inte fungerade väl de under pandemihanteringsens första månader. Även när situationen med RSSL och beredningsgruppen hade förbättrats fanns långa beslutsvägar kvar som ett hinder. Representanter uttrycker att de i flera fall inte fick svar på ärenden som skickades upp till RSSL och beredningsgruppen. Flera medarbetare hade önskat att RSSL mer ofta ställde direkta frågor till sjukhusen om sjukhusens behov, samt frågor om vad sjukhusen ansåg om olika beslut innan dessa fattades definitivt.

Det rådde delade meningar om hur väl LSSL:erna kommunicerade med varandra under vårens hantering. I början hade lokal LSSL begränsad insyn i andra LSSL:er utöver de beslut som togs lokalt på sjukhusen. Det anmärktes att det var märkligt att de tillhörde samma region men samtidigt inte visste de andra gjorde. Samma upplevelser redogjordes för bland sjukvårdspersonalen där, som exempel, en sjuksköterskesamordnare som arbetade för alla tre orterna inte visste vad som hände på de två orter som denne vid ett givet tillfälle inte befann sig i. En stabsrepresentant menade att en orsak till problematiken var en riktlinje avseende att LSSL i första hand skulle vända sig till RSSL för frågor och stöd. Riktlinjen i fråga medförde att samverkan mellan LSSL var begränsad.

4.7.4.2 *Struktur för kommunikation av minnesanteckningar och beslut*

När LSSL sattes upp beskrivs kommunikationen ha varit "rörig" med generellt låg kännedom kring vad som skulle gälla i olika frågor. I de fall där representanter i LSSL:erna dessutom inte satt placerade på samma ort som övriga fanns ingen etablerad struktur för hur kommunikation inför och mellan möten skulle ske, information kom via e-post eller telefonsamtal vid olika tidpunkter.

Kommunikationsfunktionen i RSSL matchades med en kommunikationsfunktion i respektive LSSL och inledande strategi gick ut på att minnesanteckningar och beslut från RSSL skulle sammanställas till en kommuniké och sedan förmedlas från kommunikationsfunktionen på regional nivå till motparterna på lokal nivå. LSSL:erna arbetade sedan efter samma instruktioner kring deras minnesanteckningar innan de lades ut i sammanfattad form på intranätet. Minnesanteckningarna i sin helhet sekretessbelades och det bearbetade material som kommunicerades ifrågasattes av vissa medarbetare som väl kortfattad, otillräckligt och snarast ämnad för politisk ledning. Denna process var även tidsödande då kommunikationsfunktionen fick lägga tid på att bearbeta materialet. En kritik som har beskrivits är att informationen i vissa fall hann bli inaktuell innan den nådde ut i organisationen. Under den mest intensiva perioden upplevde flera att de inte hade koll i början då mycket rutiner och information ändrades snabbt, ibland från timme till timme. Att hitta information och kommunicera ut informationen var något som var särskilt utmanade. Flera redogjorde för att de blev tvungna att använda informella

kontaktvägar för att inhämta relevant information. En medarbetare upplevde att all information som personen eftersökte på intranätet inte fanns tillgänglig.

Huvudsakliga motiv kring att lägga ut bearbetade minnesanteckningar var att det med ett enklare språk och på sammanfattad nivå skulle vara enklare att förstå och lättare för stressad personal att ta till sig. Några respondenter har tyckt att det var positivt att alla på sjukhuset oavsett profession kunde få direktrapport kring alla sjukhus. En representant i en LSSL redogjorde hur den sammanfattning av deras minnesanteckningar som lades ut på intranätet för att informera alla medarbetarna lästes av många och spreds på respektive enhet.

4.7.4.3 Informationsdelning internt från chefer till medarbetare

Många medarbetare upplevde att de fick otillräcklig information från ledning och i många fall chefer under våren. Det fanns inga uppsatta kommunikationsvägar till ledningen och de andra sjukhusen enligt en representant från vårdpersonalen. Exempelvis visste någon i Sundsvall inte vad som hände i Sollefteå och Örnsköldsvik. Flera respondenter framförde utmaningen i att få med alla på banan inom det större sjukhuset som var Sundsvall.

En respondent pekade på att det fanns tillfällen där naturliga kanaler fanns som borde ha använts för att kommunicera den senaste informationen. Exempelvis hade länsverksamhetscheferna möten dagligen där de "kunde haft en klockren loop" men enligt en medarbetare brast ändå informationsöverföringen mellan parterna. Det var tydligt i datainsamlingen att det fanns personberoenden i hur väl kommunikationsflöden fungerade och vilka individer som blev tillräckligt informerade. Vissa personer som hade tillgång till information spred den löpande till sina medarbetare. En chefsläkare berättade att det som fungerade bra för dennes enhet var att personen skickade fyra mejl om dagen till sina medarbetare kring vad som gällde och aktuell information

Andra hade inte samma förutsättningar och tillgång till information, och hade inte stöd av kommunikationsavdelningen. Det som framgår från intervjuer är att de flesta som arbetade på Sundsvalls sjukhus och inte hade koppling med dem som var direkt involverade i LSSL och RSSL var inte lika välinformerade kring exempelvis nya beslut.

Primärvården har enligt flera respondenter överlag haft en nära kontakt med kommunerna, och bland annat kommunernas kontakt med socialtjänstchefer varit generellt välinformerade.

4.7.4.4 Synlighet från ledningen och signalvärde

Det har i intervjuer framkommit att brist på synlighet från regionledningen och sjukhusledning (linjeledning) under pandemin har uppfattats som att ledskapet inte har prioriterat att guida och vägleda medarbetarna under pandemin. Flera representanter menar att det hade varit uppskattat med information direkt från högsta ledning till verksamheten för att ingjuta motivation under de perioder som vården var under stor press. En respondent lyfte att regionledningen borde ha besökt de lokala sjukhusen för att visa sin sympati med de som arbetade långa pass.

4.7.5 Extern kommunikation

Extern kommunikation har skett frekvent i olika medier med pressmeddelanden, presskonferens, nyhetsartiklar, radio och TV, sociala medier, 1177:s telefonlinjer, med flera. I syfte att lugna, vägleda och informera allmänheten har kommunikation haft stort fokus på att försöka nå ut externt om vad regionen konkret gör för att hantera pandemins konsekvenser.

4.7.5.1 Media

Region Västernorrlands kontakt med media upplevdes som god från flera respondenter. Det har upplevts att media har lyckats förmedla en rättvis bild av hanteringen under våren. Under pandemihanteringsens första månader fanns ett stort tryck från lokalmedia, riksmedia och fackpress där det uppskattades vara ett 20-tal inkommande samtal och mejl till kommunikation. Kommunikation bistod med att hitta relevanta personer som media kunde ställa frågor till. Kommunikation stöttade även med att sammanställa och skriva svar på inkomna frågor från media, hänvisa till information som fanns publicerad och ta fram bilder på personer eller från verksamheten. Antalet förfrågningar minskade sedan succesivt minskat under senvåren och varit nere på mindre än en handfull förfrågningar per dag sedan före sommaren. Flertalet representanter från Regionen, bland andra tillförordnade regiondirektören,

Smittskyddsläkaren, sjukhusdirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören har ställt upp intervjuer med tidningar och radio.

De fokusområden som media har haft har varierat över tid där det i början handlade mycket om antalet sjuka i Covid-19, materialförsörjning, vårdpersonalförsörjning, vårdkapacitet på sjukhus, arbetsmiljö och säkerhet för personal och patienter, följt av provtagningsfrågor och sommarbemanning och sedan den uppskjutna vården. I dessa frågor har verksamhets-, enhets- och avdelningschefer bidragit med svar till frågorna där dem har ställt upp på intervjuer och förmedlat kontakter till personal. Dock har inte Regionens tillgodose journalister kontakt med patienter och annan personal i större utsträckning. Uppskattningsvis har frågor till Smittskyddsläkaren varit flest. Kommunikation har haft dagliga avstämningar tillsammans med Smittskydd för att kunna säkerställa att frågorna kunde tas togs via kommunikation när det var möjligt.

Det har också funnits många frågor kring statistik från media. För att hantera detta skapade kommunikation en sida på rvn.se med aktuell statistik kring smittspridning. Ibland har svar på vissa frågor kring statistik nekats med hänvisning till patientsekretess. Vid ett tillfälle var det till och med ett ärende som gick till förvaltningsdomstolen som dömde i journalistens favör.

4.7.5.2 Sociala medier

Sociala medier har varit en central kanal för kommunikation med regionens invånare under vårens pandemihantering. Med hjälp av Regionens Facebook har kommunikation skett med invånarna för att nå fram med budskap och rekommendationer för att minska smittspridningen, men även för att lugna, tydliggöra och vägleda invånarna. Vidare har syftet även varit att skydda riskgrupper, bryta ryktesspridning och felaktig information med korrekt, faktabaserad och kvalitetssäkrad information samt motivera invånarna att fortsätta följa rekommendationerna.

Som resultat av det aktiva arbetet med kommunikation via sociala medier har antalet följare på Regionens officiella Facebooksida ökat med 240 procent under första halvåret. Facebook-sidan var bemannad dygnet runt för att kunna snabbt interagera med invånarna. På Facebook har det varit även varit fokus på intervjuer med Smittskyddsläkaren, vårdpersonal som har berättat om Covid-19 hanteringen samt patienter som berättat om deras upplevelser.

De frågor som kom in från allmänhetens frågor har varit blandade med bland annat generella frågor kring Covid-19, testning, provtagning och om näringslivets stödformer under krisen. När felaktig information eller ogrundade farhågor florerat i sociala medier har kommunikation försökt ta fram nyheter i motvikt. Exempelvis har medarbetare fått uttala sig om att det inte är självklart att intensivvård är det bästa för en svårt sjuk patient och att det inte är bristen på intensivvårdsplatser som har avgjort vårdnivå.

4.7.5.3 Regionens externa hemsida – Rvn.se

Vid informationsdelning av normal nyhetsgrad har Regionens publicerat det på rvn.se och Facebook. Vid händelser som var av större nyhetsvärde där det var viktigt att all press kan ta del av informationen samtidigt har det hanterats med pressmeddelanden såsom när länets första patient hade avlidit i Covid-19.

Startsidan har gjorts om för att ge en tydlig ingång till information som rör Covid-19 för olika målgrupper. Det har även skett en ökning på besökare på regionens externa hemsida. Syftet med hemsidan var att ge invånarna möjlighet att ta del av och förstå Region Västernorrlands verksamhet och vägledas vidare till aktuell information på andra parters webbplatser: 1177 Vårdguiden, Folkhälsomyndigheten, Försäkringskassan, Krisinformation.se, samt ge möjligheten att få insyn i hur Region Västernorrland arbetar med pandemin.

Vidare behövde andra vårdgivare såsom vård- och omsorgspersonal inom kommunerna hitta aktuella arbetsbeskrivningar och styrande dokument som gav stöd i deras arbete. Även samverkanspartner behövde kunna hitta aktuell information om läget och Regionens fattade beslut. Potentiella leverantörer av förbrukningsmateriel har informerats via hemsidan om vilket materiel som behövdes samt kontaktvägar för den som vill erbjuda sina produkter och tjänster. Slutligen avsåg Region Västernorrland också nå ut till personer som har möjlighet och rätt kompetens för att arbeta inom organisationen under Covid-19--pandemin.

4.7.5.4 Regionens presskonferenser

Veckovisa presskonferenser hölls från den 10 mars 2020 vilka direktsändes via webben under våren. Presskonferenserna har i stort varit välbesökta och uppskattade av Västernorrlands redaktioner. Syftet har varit att komma ut med viktig och relevant information till invånarna och minska det dagliga trycket från media på bland annat Smittskyddsläkare och chefer. Kommunikation har också ordnat välbesökta pressträffar med fototillfälle när något nytt funnits att visa som när en del av operationsavdelningen i Sundsvall gjordes om till intensivvårdsplatser för Covid-patienter. Innehåll från presskonferenserna har under våren fått stor spridning genom nyhetsmedierna och sociala medier.

4.7.5.5 Sjukhusens externa kommunikation

Den fysiska kommunikationen i form av affisivering och skyltningar vid sjukhusen har varit viktiga för att nå ut med riktlinjer till bland annat besökare och patienter. Sjukhusens kommunikatörer i länet har försökt synka de bland annat kunde använda varandras affischer. Även regioner emellan delade generöst med kampanjer och liknande mellan sig.

En stor utmaning i den externa kommunikationen var att översätta informationen till andra språk, vilket tog mycket tid. En reflektion från en kommunikatör var att de borde ha kommunicerat mer i tydliga bilder för att bespara en del av översättningsarbetet. En annan beskrev det som att det blev en viss överaffisivering på sjukhuset där affischer fanns överallt: "Vi sprang runt och bytte skyltar." Den lokala kommunikationen var viktig där hänvisningar och skyltar behövdes.

4.7.5.6 1177 – Vårdguiden

1177 Vårdguiden har varit en viktig kanal för att vägleda patienter och anhöriga med fakta och råd om hälsa och vård, kontaktvägar och information om vårdens utbud. Under våren har fokus på vägledning om Covid-19 kring symtom, egenvårdsråd och råd om när man ska uppsöka vården och hur den fungerar. Denna kanal har varit viktig för att avlasta telefonrådgivningen som blev nedringd, men allt eftersom mer information kom ut så minskade telefontrycket. Vidare har Smittskyddsensheten också granskat och hjälpt till att utforma informationen som stod på 1177. Vidare har även etablering av egen provtagning skett via 1177 Vårdguidens e-tjänster.

4.8 Materialförsörjning

Detta avsnitt analyserar Regionens hantering av materialförsörjning med fokus på tillgång till skyddsutrustning, läkemedelsförsörjning, lagerhantering, beställning, inköp och upphandling samt hur materialförsörjningsarbetet har organiserats.

4.8.1 Sammanfattning

Sammanfattningsvis går det att konstatera följande slutsatser för arbetet med materialförsörjning:

- **Personlig skyddsutrustning.** Det fanns en stor oro bland verksamheterna kring säkring av leverans av personlig skyddsutrustning, vilket föranledde bland annat lokala initiativ för försörjning och inköp. Det fanns svårigheter att säkerställa att leverantörer var seriösa och att de leveranser med skyddsutrustning som togs emot var tillräckligt säkra för att använda inom vården.
- **Central varuförsörjningsprocess.** Det rådde otydlighet kring central process för beställning av kritiska produkter inledningsvis då omsättningslager saknades sedan tidigare. Det var även utmaningar i att säkerställa att tillförlitliga prognoser fanns för att lägga tillräckliga beställningsvolymerna mot leverantörer.
- **Ansvar och organisering.** Det fanns ett glapp i ansvar och mandat för materialförsörjningen fram till bildandet av en tvärfunktionell funktionsgrupp som ansvarade över Regionens tillgång. Gruppens kompetensmix utvecklades med tiden då det i början saknades bland annat medicinsk och vårdhygienisk expertis.
- **Kontroll och lagerhantering.** Det rådde en viss brist i organisationen och kompetens för sammanhållen lagerhantering vid uppsättning av processer för materialförsörjningen. En prioritetslista togs fram med rutiner för lokal lagerinventering och beställningar från centrallagret.

4.8.2 Föremål för analys inom materialförsörjning

Följande områden har varit föremål för analys och varit stöd i utvärderingen av materialförsörjning:

- Leveranser av personlig skyddsutrustning

- Beställning av infrastruktur och kritiska produkter sker genom tydliga processer
- Lagerhållningen kontrolleras och protokollförs
- Leverantörskedjor för leverans av kritiska produkter och tjänster
- Lagerhållning av produkter baseras på kravställning
- Väsentlig utrustning och tjänster anpassas för att mildra fel och hälsoskador i vården
- Anpassningsbar infrastruktur och förflyttningsbar utrustning till nya miljöer
- Fysisk säkerhet för att skydda material
- Regelbunden spårning och rapportering av leveranser

4.8.3 Bristen på skyddsutrustning

4.8.3.1 *Inledande aktiviteter med bland annat leveransstörningar*

Regionens tillgång till skyddsutrustning, nödvändigt material och läkemedel har kantats av osäkerhet och varit orsak till stor oro bland medarbetare. Individuellt har beskrivits att signaler på brist av nödvändigt material och läkemedel kom under vårvintern, bland annat via nationella professionskretsar. Materialtillgången har hela tiden funnits med på radarn hos ledningspersoner och tidig kontakt med huvudleverantören OneMed togs i januari för att se över materialförsörjningen. Redan i arbetsgrupp nCov:s första möte den 3 februari diskuterades OneMeds lager av FFP3 andningsskydd och behov att inventera regionens skyddsutrustning²⁹. Visir beskrivs tidigt som bristvara. Regionen hade ett centrallager i Härnösand som är baserat på historisk förbrukning, försörjningen utgår från principer för 'just-in-time' och Regionen hade därmed inte beskrivits ha beredskap för den här typ av händelser. Utifrån dessa förutsättningar befann sig Regionen i en utsatt situation när pandemin drog in över Sverige. När det senare blev leveransstörningar från OneMed blev Regionens materialförsörjningssituation avseende skyddsutrustning mycket utsatt.

4.8.3.2 *Nationell och regional samordning, socialstyrelsens uppdrag för skyddsmaterial*

I Socialstyrelsens krisberedskap anges följande relaterat till utrustning:

- 9 § Landstinget ska planera så att hälso- och sjukvårdens försörjning av medicinteknisk utrustning, förbrukningsmaterial och läkemedel anpassas till de behov som kan uppstå vid allvarig händelse.
- 10 § Landstinget ska vidare planera för att den personal som ska arbeta i ett skadeområde tillhandahålls den utrustning som är nödvändig.

I vanliga fall är det kommunen i fråga, eller den privata utföraren, som är ansvarig för att säkerställa att nödvändig skyddsutrustning finns i den kommunala verksamheten. Regionen har med hänvisning till Socialstyrelsens krisberedskap och regelverk ovan inget formellt ansvar att förse kommunerna med skyddsutrustning. Det åligger däremot Regionen att planera för att den personal som ska arbeta i skadeområdet har nödvändig utrustning.

Det fanns oklarheter i början kring vilka riktlinjer som gällde kring skyddsutrustningslager där lager skulle fyllas på till max, men samtidigt gick det ut nationell information om att hamstring inte skulle ske. Det fanns i detta läge ingen nationell sammanhållen strategi kring materialförsörjningen. Socialstyrelsen fick efterhand det nationella uppdraget att säkra tillgången på skyddsutrustning och fördela det. RSSL beslutade om att se över om de kunde begära stödleveranser av material från Socialstyrelsen den 16 mars 2020 genom att samla in information via ett formulär till Socialstyrelsen. Den nationella samordningen upplevs inte ha fungerat. Det beskrivs i protokoll att det finns en kännedom om att lager är begränsade, men att kvantiteter är sekretessbelagda. Region Västernorrland fick dock förstärkning i form av respiratorlån efter Socialstyrelsen hade gjort en bedömning i början på juni 2020.

Länsstyrelsen Västernorrland fick i uppdrag tidigt i april 2020 att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna, i huvudsak, tillgång till skyddsutrustning och annan sjukvårdsmateriel för Covid-19-vård. Kommunerna och Regionen uppmanades att beställa materiel genom normala kanaler i första hand. Länsstyrelsen samordnade eventuella kvarstående akuta behov.³⁰ Logistikberedningsgruppen tillsattes

²⁹ Region Västernorrland, Minnesanteckningar Arbetsgrupp nCov, 2020-02-03

³⁰ Regeringen, Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av covid-19, 2020-04-03

hos Länsstyrelsens stabsorientering för att hantera frågan och leda samverkan mellan länets aktörer.

Regionen fick även en leverans av skyddsmask 90 med tillhörande filter FFP3 som distribuerades av Försvarsmakten för att användas inom sjukvården. Det var dock svårt att få tag på fler kompletterande filter till dessa skyddsmasker.

4.8.3.3 *Inköp och upphandling av skyddsutrustning*

Upphandlingsenheten på Regionen fick i uppdrag att köpa in utrustning som enligt uppgift "dammsög marknaden" efter andningsskydd. En person på inköp dedikerades att på heltid försöka få tag i skyddsutrustning. Det fanns inledningsvis inget övergripande ansvar för uppgiften. Vårdhygien fick många förfrågningar utifrån sin expertfunktion om vilken utrustning som skulle behövas, men det framhölls att ansvarande för att säkerställa tillgången låg utanför deras uppdrag. Initialt handlade det om att överhuvudtaget få tag på materiel då Regionen inte hade något lager sedan tidigare.

Upphandlingsenheten var även representerad i funktionsgruppen för material och gjorde ett omfattande arbete i inköpsfrågorna. Det har lyfts att det hade varit fördelaktigt om även funktionsgruppen för material hade haft större representation eller tillgång till, expertis, för att kunna kortsluta frågor som uppstod i samband med potentiella nya leverantörer. Enheten fick tidigt stora krav från verksamheten som trodde att de kunde beställa och få hem dagen efter men kunde ta månader att ta hem. Det fanns ett behov av kunskap i Vårdhygien som stöd i upphandlingen av exempelvis munskydd där Kvalitet- och patientsäkerhet tog initiativ till att bidra och titta på det strukturerat. Det hände att förfrågningar kom från upphandling till materialförsörjning gällande leverantörer som ville sälja skyddsutrustning till Regionen. Det fanns risk för felaktiga inköp när det kom förfrågningar på detta vis, och en del mindre seriösa förslag eller företag. Vid ett tillfälle fick upphandling förfrågan om att köpa en speciell typ av andningsskydd där enligt säljarens uppgift var tvunget att lämna besked samma dag. En chefsläkare som rådfrågades avrådde från att upphandla detta då denna typ av andningsskydd inte behövdes. Detta var fördelaktigt att undvika eftersom det rörde sig om en miljonaffär.

Flera individer som förutsåg brist på utrustning köpte på eget initiativ in skyddsutrustning på byggvaruhus och använd sig av personliga nätverk och relationer till lokalt näringsliv för att säkerställa försörjning till den egna verksamheten. Det fanns även en god vilja att hjälpa till från allmänheten. Flera initiativ togs trots att det inte fanns central sanktionering för dessa beslut. Ett exempel är en avdelning som fick fram personliga andningsmasker till medarbetare via en betongfirma, som kunde anpassas och användas. Det har beskrivits som en stor frustration lokalt att behöva invänta besked om vad för utrustning som var godkänd och inte när det fanns akuta behov att säkerställa tillgång och bygga förråd.

4.8.3.4 *Inventering, fördelning av skyddsutrustning*

Det konstaterades att brist på skyddsutrustning och annan materiel rädde för Regionen. Som tidigare beskrivet skickade Vårdhygien ut en enkät till samtliga hälsocentralen, vårdavdelningar och mottagningar om lägesstatus av andningsskydd. Det undersöktes även vilka möjligheter som fanns att gå utanför Regionens avtal med OneMed för inköp av skyddsutrustning. Prioriteringar har varit omdiskuterade där bland annat Primärvården upplever sig inte varit prioriterade, och denna upplevelse har i viss mån även funnits hos något av sjukhusen.

En operativ materialgruppering med bland annat representanter från Kvalitet- och patientsäkerhet där Vårdhygien ingick skapades för att bland annat att hantera inventering, prioritering och fördelning av skyddsutrustning. Grupperingen fick i uppgift att inventera alla materiallager som fanns ute i verksamheten på avdelningar. Men uppgiften omfattade inte att inventera den befintliga lagerhållningen som fanns i Härnösand. Den största utmaningen under våren var svårigheten att veta vilket material personalen behövde för att skydda sig. Gruppen upplevde att den fick motstånd vid inventeringen av vårdavdelningar som kunde säga nej till att dela med sig av materiel som behövdes på andra delar av Regionen. Representanten upplevde att "det blev en polisiär uppgift" och säga att åt avdelningarna att de behövde dela med sig ändå trots att de har sagt nej. Representanten reflekterade över att det blev problematiskt att ta beslut om sådana saker på den operativa nivån.

Prioriteringen kring vilka avdelningar skulle få skyddsutrustning och materiel och hur mycket utgick från den prioriteringslista som gruppen tog fram. De verksamheter som var högt prioriterade var bland andra intensivvården, Covid- och transitavdelningarna, akutmottagning, ambulans. Gruppen fick sammanställa vilka verksamheter som behövde mindre och mer sällan med hjälp av representanter med

medicinsk kunskap som kunde avgöra vilka enheter som behövde skyddsutrustning och i vilken grad. Gruppen utgick från huruvida verksamheter skulle ta emot patienter som var smittade eller inte och fördelade sedan ut skyddsutrustning till de enheter som behövde, exempelvis IVA som arbetade dygnet runt med svårt sjuka patienter behövde specifik skyddsutrustning. Det förekom en del klagomål kring hur fördelningen såg ut i verksamheten.

Vårdhygien hade ett hårt tryck på sig och "fick låsa dörrar om sig" eftersom de fick mycket frågor. Vårdhygien utgick från FOHM:s riktlinjer kring bland annat vilken typ av skyddsutrustning som gällde i vilka situationer och använde videos på hur den skulle användas. Det var viktigt att Vårdhygien och funktionsgruppen för material samarbetade i skyddsutrustningsfrågan.

Enligt en representant från materialförsörjning visade det sig att vissa enheter hade mer än vad de hade erkänt att de hade i lager. Det var även diskussion ett tag kring om operationsavdelning skulle operera eller inte där de hade stora lager med bland annat skyddsutrustning. Trots att vissa enheter inte redovisade sina lager visste den operativa materialgruppen ändå var det fanns skyddsutrustning. Vidare genomfördes inventeringen med en manuell hantering där personalen räknade lagret för hand. Det uppfattades inte som något problem.

För såväl Primärvården som Folktandvården fanns det två specifika personer som hanterade deras behov av utrustning. Båda verksamheters kontinuitet var osäker under våren där de lade ned mycket av sin vanliga ordinarie verksamhet för att hantera problematiken kring Covid-19. För den verksamhet som var igång behövdes också skyddsutrustning. Primärvården hade också en representant som var med i funktionsgruppen.

4.8.3.5 Lagerhållning och beställning

En utmaning var att materialförsörjningen skulle möta hela Regionens behov, inklusive Folktandvården och Primärvårdens många enheter. Grupperingen hade enligt en respondent begränsat att göra med kommunerna och väldigt lite att göra med Länsstyrelsens logistikberedningsgrupp som hanterade skyddsutrustningsfrågan.

En hel del diskussioner och arbete krävdes för att etablera en fungerande process för intern beställning av skyddsutrustning och annan materiel. Funktionsgruppen för material hade sammanställt en lista med beslut avseende vilka som hade rätt att beställa vad. Det beskrevs som utmanade att varje enhet fick skicka in sin egen beställning kring vad enheten ansåg att det fanns för behov lokalt det kommande dygnet och närmaste veckan. Det var dessutom viktigt att veta vad respektive enhet hade erhållit föregående vecka. Det uppfattades att uppföljningen hade kunnat underlättats med ett datastyrt system istället för manuell hantering. Den operativa materialgruppen hade tät kontakt med beställarna och för att kunna hantera mängden beställningar fick de små enheterna skicka in sina förfrågningar via en uppsatt funktionsbrevlåda. En del enheter beställde materiel även från annat håll men det mesta beställdes från centrala förstärkningslagret.

Intervjupersoner beskrev också en begränsad kompetens inom funktionsgruppen för material kring lagerhantering. Bland annat fanns funderingar kring hur vilka ytor som fanns att tillgå. Eftersom det inte fanns lager sedan tidigare så fanns det inte en organisation för att optimera. Det fanns inte heller något kostnadsställe eller personal som organisatoriskt tillhörde lagerhanteringen.

Ett centralt förstärkningslager etablerades initialt i Sundsvall med vilken funktionsgruppen för material hade ett tätt samarbete. I förstärkningslagret samlades all skyddsutrustning från inventering och från Socialstyrelsen. Detta "svällde till ett jättelager" som senare har flyttats omkring och vuxit ytterligare. Diskussioner fördes om huruvida Regionen endast skulle hålla ett förstärkningslager i Sundsvall men för att hålla ordning och reda och ha full kontroll över förrådet bestämdes det att det skulle vara i Sundsvall. Vidare var det mycket diskussion kring om enheterna skulle beställa via den tidigare befintliga lagerhållningen i Härnösand som de annars gjorde i normala fall. Samtidigt var det i förstärkningslagret i Sundsvall där skyddsutrustningen för Covid-19-hanteringen fanns. Så småningom kom de överens om att Härnösand skulle leverera allt annat istället. Idag beställer enheterna centralt från Härnösand, vilket verkar enligt respondenten fungera bra.

Det kom förslag om att Regionen skulle stänga vissa vårdenheter om skyddsutrustningssituationen förvärrades. På så vis kunde skyddsutrustningen koncentreras till prioriterade verksamheter genom att

smala ned organisationen. De som verkligen behövde skulle ha och övriga kanske skulle få stänga ned för att undvika förbruka material.

4.8.3.6 *Prognos för inköpsvolymen för skyddsutrustning*

Vid tidigt skede när Regionen saknade tillförlitliga prognoser försvårade funktionsgruppen för materials arbete då denna inte visste vad de skulle räkna på och prognoser som kom via olika flöden var tilltagna. Det var därför utmanade att avgöra hur stora inköpsvolymen som skulle beställas från leverantörerna. En statistiker anlätades som försökte räkna på hur mycket materiel som skulle gå åt närmaste dygnet och hur mycket som skulle beställas. Detta uppfattades av en respondent som en omöjlig uppgift och den metodik som användes ledde till att det blev felräkningar i beställningsunderlaget. Beräkningen baserades på förbrukningen under innevarande tidsperiod och hur mycket som skulle behövas framåt om det fortsatte i samma exponentiella takt. När Regionen senare tog analyshjälp från Linköping förbättrades prognoskvaliteten avsevärt vilket underlättade framförhållning hos ledning och verksamheter. En potentiellt kritisk situation uppstod under våren då viktig skyddsutrustning höll på att ta slut samtidigt som det fanns en osäkerhet avseende om och när leveranser skulle anlända.

4.8.3.7 *Lokal brist på sjukhusen, utrustning och läkemedel*

Till en början insåg få den stora utmaningen kring material och de trodde att lager fanns. Flera avdelningar hade egna mindre förråd där utmaningen var att se vilken utrustning som fanns och hur denna kunde fördela till de mest behövande. Det som beskrivits som ett av de största upphoven till stress bland medarbetare har varit osäkerheten kring tillgång till skyddsutrustning samt dess kvalitet och tillförlitlighet. Det exakta förhållandet kring lagerstatus var inte känt bland medarbetare som har beskrivit hur det ofta var närapå tomt i förråd och hyllor. Denna uppfattning skiljde sig dock beroende på avdelning, där medarbetare på IVA eller Covid-avdelning – som också prioriterades material – kände sig mer trygga i arbetet. Andra enheter som även exponerades mot misstänkt smittade, exempelvis akutmottagningar, beskrev att de kände sig mindre säkra. Medarbetares trygghet i skyddsutrustningstillgång var också kopplat till vilken utsträckning närmaste chefer tog initiativ och hade möjligheter att få tag på skyddsutrustning eller hur väl de förmedlade säkerheten för respektive skyddsutrustning till medarbetare. Som tidigare återgivits har flera fall beskrivits där chefer åkt till lokala byggbutiker och liknande för att handla in exempelvis visir sina medarbetare.

Det byggdes under våren en stor medvetenhet om att utrustning och material var bristvaror med instruktioner om att hushålla så mycket som möjligt. Inventeringen var ständigt aktuell för att hålla koll på hur mycket som fanns att tillgå av varje artikel. Av de tillfrågade har ingen beskrivit att det vid något tillfälle har tagit helt slut. En sjukvårdsrepresentant i Sundsvall önskade en större tydlighet vid inventeringen av material kring vad minimumbehovet hos olika enheter var. Vidare upplevde personen att det hade varit bra att "tagga saker så man inte roffar åt sig fel saker."

4.8.3.8 *Krav och säkerhet kring skyddsutrustning*

Det beskrevs att det var problematiskt när Regionen ibland fick material som inte var godkända och/eller levde upp till kvalitetskravet. Det visade sig att det fanns leveranser med falska intyg på krav hade skickats till Regionen. En stor ledning och styrningsfråga i detta avseende har varit informationsflödet. I gruppen inom Fastighet och service genomfördes en lärdomssession. Ett exempel från denna utgjordes av en leverans med andningsskydd där centralagret redan hade skickat flera tusen icke godkända andningsskydd till verksamheterna. Innan detta upptäcktes hade sjukhusen redan hunnit använda denna utrustning i vården. Funktionsgruppen för material återkallade detta och erkände missen. Ett sjukhus beskrev när de fick veta att munskydden de hade använt inte var tillförlitliga blev det svårt att hantera detta i de lokaler som hade Optiflow³¹ med väldigt höga flöden.

Stora problem upplevdes då materiel beställdes från leverantörer som man inte visste var godkända. Detta medförde stora påtryckningar från verksamheterna att Vårdhygien skulle testa den aktuella utrustningen (vilket även beskrivs under avsnitt 4.6.6). Det fanns inget labb lokalt som kunde utföra sådana testningar som krävdes för att säkerställa att skyddsutrustningen var säker. Vårdhygien stod på sig att skyddsutrustningen behövdes skickas på analys för att testa att det var säkert. Det var forcerat tonläge många gånger upplevde Vårdhygien som fick många upprörda e-postmeddelanden om att personalen hade full utrustning på sig och krävde att Vårdhygien skulle utvärdera kvaliteten. Vårdhygien

³¹ Optiflow: högflödesbefuktad syrgasbehandling

hamnade i en svår sits där det beskrevs som att de blev förfrågade om att "okulärbesiktiga" skyddsmateriel. Det beskrevs som att personalen och Vårdhygien "kunde stå klockan 9 utanför [sjukhuset] med ett gäng munskydd som Vårdhygien skulle bedöma med ögonen." Detta bottnade i att många trodde att Vårdhygien kunde utföra tester av skyddsutrustning och fick kritik när de inte testade. Det ingick inte i Vårdhygiens uppdrag att testa skyddsutrustning och de skulle försättas i en svår sits om de gav godkänt på något som sedan inte höll måttet då de inte hade testat det i labbmiljö. Detta det höll på tills Kvalitet- och patientsäkerhet kunde etablera en process för att bedöma säkerhet kring skyddsmaterial med hjälp av organisation i Umeå som arbetade med arbetsmiljömedicin. Sedan dess skickade Regionen prover till Umeå för testning vilket visade sig vara ett bra beslut enligt en respondent. En övergripande arbetsmiljöanmälan till arbetsmiljöverket har gjorts kring dessa frågor.

Bland de viktigaste uppgifterna som Vårdhygien hade i början var att försöka få ut instruktioner kring hur verksamheterna skulle använda skyddsutrustning. Det fanns en stor osäkerhet kring hur dem skulle använda skyddsutrustningen på rätt sätt. En respondent reflekterade över att denna osäkerhet och oro grundade sig i hur enhetschefer förmedlade de rutiner som instruktioner som fanns och var aktuella för den dagen. Men det var svårt att säkerställa att all vårdpersonal som vanligtvis inte sitter vid en dator gick in på datorn att stämna av det som var senaste nytt. Vårdhygien förlitade sig troligtvis på att enhetschefer att förmedla det men fanns en svårighet att direkt förmedla nyaste informationen när de hade personal som arbetade i skift och dygnet runt. Det tog tid innan det föll ut i verksamheten.

Till följd av den nationella bristen på tillgång till skyddsutrustning beslutade Regeringen den 7 april att ge Arbetsmiljöverket i uppdrag att sänka kraven på CE-märkning för personlig skyddsutrustning för att skydda personal för smittrisker vid Covid-19^{32,33}. Detta gällde fram till 8 juli 2020.³⁴ RSSL gav inköp och upphandling mandat redan den 26 mars 2020 att "upphandla utrustning att upphandla utrustning som inte uppfyllde formella krav, till exempel CE-märkning, med eventuella risker för sämre kvalitet." Det uppstod sedan oro kring det faktum att ej CE-märkt material som användes i vården kunde vara föremål för anmärkning från Arbetsmiljöverket. Den 20 maj 2020 tog RSSL och Regionen beslut kring att förtydliga att de under rådande pandemi hade gjort ett medvetet avsteg från krav på CE-märkning.

Sjukvårdspersonalen upplevde att när kraven sänktes fick de olika direktiv där vissa fick veta att de inte fick ha långärmade rockar och plastförkläden samtidigt som andra kunde komma fullt utrustade. Det upplevdes av vissa respondenter att ju färre skyddsutrustningsmateriel som dem hade på sig så signalerades det att det var desto mindre viktigt med krav. Det upplevdes som det var olika rutiner på olika delar av Regionen för vad som var tillräcklig skyddsutrustning har skapat oro bland personal och patienter. En annan sjukvårdspersonalsrepresentant beskrev att de hade väldigt bra skydd hos exempelvis transit- och Covid-19-akuten där dem fick personliga andningsmasker som dem fick sköta själva. Beslut kring vilka skydd som var bäst togs om hand lokalt i samråd med chefer och lokala Vårdhygiensköterskor samt hur de skulle använda. Respondenter upplevde att de inte alls fick hjälp från centralt håll med användning av skyddsutrustning.

Flera lokala företag bidrog med generösa materialdonationer direkt till de lokala sjukhusen. Den 23 mars beslutade RSSL om att skicka en fråga till Socialstyrelsen om validering av utrustning som kom från företag som ville skänka skyddsutrustning kunde ske centralt.

I efterhand (oktober 2020) har flera respondenter vittnat om att smittan bland vårdpersonalen som vårdat Covid-patienter har varit begränsad, vilket flera lyfte var tack vare att de hade möjlighet att använda skyddsutrustning på ett säkert sätt.

4.8.4 Organisering och ansvar av material- och läkemedelsförsörjningen

I en minnesanteckning från RSSL den 8 april 2020 beskrevs det att materialförsörjningen var ett stort uppdrag som var under uppbyggnad och där förstärkning pågick. Vidare skrevs att bedömningen av tillförlitlighet skulle genomföras innan kommunikation påbörjades med kommunerna. Funktionsgrupper för material och läkemedel tillsattes som drev arbetet med försörjningen och fördelningen av dessa. Det har varit varierande uppfattning om hur fungerat. Det var inte alltid tydligt för funktionsgrupperna hur de

³² Arbetsmiljöverket, Ändringsföreskrift om sjukdomen covid-19, 2020-04-07

³³ Regeringen, Arbetsmiljöverket ska bidra till att säkerställa tillgång till skyddsutrustning, 2020-04-07

³⁴ Arbetsmiljöverket, Endast CE-märkt eller personlig skyddsutrustning med tillfälligt tillstånd ska användas, 2020-07-08

jobbade i förhållande till RSSL där vissa frågor var oklara. När det fanns tid så skickade funktionsgruppen frågor uppåt. Men i de flesta lägen när tiden var knapp så fick funktionsgrupperna "köra på ändå" och tänka att det skulle ordna sig. Representanter från funktionsgrupperna upplevde att det fanns en rädsla för att agera i organisationen när dem ofta hörde svaret "jag kommer få skit för detta" när någon ombads göra något som inte hade förförankrats på högre nivåer. Det fanns inte heller till en början direkt tillgång till expertis i funktionsgruppen för material, vilket ledde till att det var svårt att på ett smidigt sätt ta rätt beslut kring till exempel inköp.

Det fanns även en upplevd distans mellan funktionsgruppen för material och vårdpersonal på sjukhusen. Enligt ett av sjukhusen hade vårdpersonalen inte lika bra dialoger med materialförsörjning i jämförelse med andra funktionsgrupper. Materialförsörjningsfrågan upplevdes från flera håll som kaosartad där sjukvårdspersonalen själva på egen hand fick eftersöka material. Detta beskriver personalen att man gärna hade undvikit till förmån för att fokusera på patienter och vårdupdrag.

LSSL beskrev att varierade över tid om det fanns god tillgång till skyddsutrustning eller inte. I samband med att funktionsgruppen för material skapades till vilken verksamheten rapporterade och kunde beställa från blev inte LSSL längre lika mycket involverade. Materialfrågan var då inte på de lokala LSSL:s bord efter centralisering från RSSL:s håll. LSSL Sundsvall hade däremot en person som var direktlänk till material som kunde uppdatera övriga LSSL.

En representant från funktionsgruppen för material menade att det varit klokt om krisledningen hade pekat ut vilka spetskompetenser som behövdes i olika sammanhang från början. Funktionsgrupp för material samordnade kring inköp och upphandling, transport och Vårdhygien. Men det visade sig att i kvalitetsfrågor så hade de ingen att vända sig till och hade inte personal som hade den kompetensen. Det saknades initialt expertis som var nödvändig för att kunna fatta vissa beslut kring skyddsutrustning. Det beskrevs som att kontaktvägarna internt var oklara, vilken föranledde till RSSL beslutade den 23 mars 2020 att lägga ut information kring kontaktvägar på intranätet. Vad som beskrivs som positivt var att ledningen var snabbfotad bland annat avseende att nå ut med presskonferens och ordna en egen Covid-sida på intranätet då det var en period av intensivt infosökande. En chefsläkare tillsattes som stöd till funktionsgruppen för material från Kvalitet- och patientsäkerhet som fick "peka med hela handen kring vilka avdelningar skulle prioriteras". Sedan försökte de få ut informationen om prioritetsordning till verksamheten och samtidigt flagga till RSSL.

Funktionsgruppen för material arbetade också med rapportering till Socialstyrelsen och fick den 25 mars 2020 i uppdrag att föreslå rutiner för regionens återrapportering till Socialstyrelsen, samt att föreslå resurser från enheten för Analys och Uppföljning som kunde utföra de dagliga sammanställningarna.

4.8.5 Läkemedel och övrig materiel

Utöver materialförsörjning i form av skyddsutrustning var det även viktigt att säkerställa tillgång till läkemedel och medicinsk utrustning såsom ventilatorer och respiratorer samt provtagningsmateriel. Regionen fick tidigt under omställningen leta efter monitorer, ventilatorer och om fler respiratorer kunde erhållas från Socialstyrelsen.

En respondent redogjorde för svårigheten initialt att få andra att förstå att även läkemedel var en förbrukningsvara. Respondenten såg risken för läkemedelsbrist tidigt och hade informerat och flaggat för problemet för RSSL redan den 11 mars och att dem behövde bygga rum för lagerhållning av läkemedel. RSSL hade fullt upp med pandemin och hade inte tid att svara. Vidare noterades det att läkemedelsperspektivet även saknades i krisberedskapsplanen. I läkemedelsförsörjningsgruppen ingick en ansvarig läkare tillsammans med farmaceuter som även jobbade nära varandra till vardags där bland annat en farmaceut stötta IVA på heltid under en period. Gruppens uppdrag var mer eller mindre att försöka i den mån det går att fylla på alla lager på max var uppdraget. De fick tänka om när det kom nationella uppmaningar att de inte fick hamstra på läkemedel.

"Helt plötsligt tog läkemedel slut, och ett tag tog sterilt vatten slut." Bristen på läkemedel och sterilt vatten blev också en påtaglig stress och oro på sjukhusen i början av våren. Den 30 mars 2020 var det stort krismöte kring läkemedel på Regionen. När nationell information kom i mitten av april från Socialstyrelsen om att det var brist på läkemedlet Propofol fick funktionsgruppen för läkemedelsförsörjning i uppdrag att hantera frågan. SKR:s nationella nätverk för läkemedelshantering

mobiliserades också för att hantera läkemedelsbristen. Den nationella grupperingen köpte in läkemedel till nationella lagret och började sedan dela ut det viktigaste läkemedlet som var Propofol. De ransonerade utefter hur många ineliggande på IVA och prognos framåt regionerna hade. Regionen tog lång tid på sig innan de hade en fungerande en prognosräkning innan Linköping kom in, vilket försvårade även underlaget för läkemedelsbeställning.

Det fanns även tillfällen där det rådde brist på sprit att tvätta patienter med. Kvalitet- och patientsäkerhet fick bli innovativa i att lösa bristen genom att tillsätta personal som kunde tappa RO-vatten via dialysen som kunde ersätta destillerat vatten. Även labbmedicin hade brist då de hade svårt att få tag på reagens och provtagningspinnar till provtagningen.

Det uppstod även en diskussion kring syrgas med kommunernas MAS:ar där det fanns förfrågan om att skapa nya rutiner kring portabel syrgas i mitten av mars för att vårda för covid-19. Det har inte funnits syrgas på SÄBO sedan 2015 då en utredning gjordes som visade att den syrgas som fanns generellt inte användes. Under pandemihanteringen uppfattades det dock redan inledningsvis som att syrgas hade haft så god effekt att vården började förbereda för detta. Diskussionen kring syrgas bestod i att det fanns en efterfrågan om specifika rutiner för hantering under Covid-19, där uppfattningen från Regionen var att dessa rutiner för syrgasbehandling redan fanns och skulle gälla även under Covid, det vill säga att bedömning utifrån individuellt vårdbehov skulle göras. RSSL beslutade i maj att det därför inte skulle införas nya rutiner för syrgas i SÄBO. Det har enligt en utredning i efterhand konstaterats att de brukare som avled på SÄBO avled innan de hade svår andnöd och då inte hade haft större nytta av syrgasen.

I övrigt togs beslut kring läkemedel inom läkemedelsgruppen. Frågor kring läkemedel var av medicinsk karaktär och bedömdes bäst hanteras av individer med rät kompetens. Det upplevdes omständigt att skicka upp frågor till RSSL och sedan invänta beslut.

5 Slutsatser utvärderingsområden

Detta kapitel sammanfattar de slutsatser och lärdomar som studien har noterat för Region Västernorrlands hälso- och sjukvårds hantering av Covid-19 i områdena 1) Ledning och Styrning; 2) Lägesbild och analys; 3) Omställning av verksamheter; 4) Samordning och samverkan; 5) Smittskydd; 6) Vårdhygien; 7) Kommunikation och information, samt 8) Materialförsörjning.

5.1 Ledning och styrning

Ledning och styrning berör analysområden kring processer och rutiner för hur regionen ska agera och koordinera krisledningsarbetet, huruvida roller, ansvar, mandat och gränssnitt är tydliga och kända och om ledningspersoner har förutsättningar och förmåga till analys, beslut och strategiskt arbete. Detta är alla förutsättningar för en effektiv hantering av en kris.

Utvecklade planer och verktyg bör ge stöd i omställning från linjestruktur till krisledningsstruktur och stöd i krisledningsarbetet. Då information och kunskap kan vara begränsade i inledande faser av en kris kan lärdomar med fördel inorporeras och anpassa styrningsprocesser över tid.

1. Regionens beredskap i form av planer, utbildning, och metodik i hanteringen av en långdragen kris som Covid-19-pandemin under våren har varit begränsad.

- Regionens katastrofmedicinska plan, krisberedskapsplan och övriga protokoll och processer för hantering av pandemier som har utvecklats innan krisen har inte i olika utsträckning inte varit ändamålsenliga eller varit tillräckliga stöd vid hanteringen. Dessa har som effekt inte följts av berörda.
- Planerna uppges inte ha testats systematiskt innan krisen för en långdragen kris.
- Majoriteten av berörda parter för krisledning och hantering har inte utbildats och tränats årligen i krishantering. Många intressenter har inte genomgått en utbildning i planen och metodiken.
- Krisledningsstaberna har tidigare under fredstid inte övat i de grupperingar som sattes upp.
- Befintlig beredskapsplan togs i drift, men om detta skedde enligt tydliga rutiner, planer och processer är oklart.

- Det finns ett stort värde i att personer som ingår i krisledning är utbildade i stabsmetodik för att kunna arbeta effektivt, ha kännedom om roller och mandat. I utvärderingen har framkommit att det inte var tydligt för alla utpekade till RSSL/LSSL vad stabsarbete är och hur det fungerar, utbildning har varit begränsad.

2. Det rådde otydlighet i kriterier och process för aktivering av stabsläge och när ledningen övergick till en krisledningsorganisation för hantering av krisen.

- Ledningspersoner ska känna till sitt ansvar och roller vid en kris för att säkerställa en säker övergång mellan ordinarie ledning och krisledning samt för att inte riskera att försena viktiga beslut för hantering på grund av senfärdighet. Det finns även ett behov av synlighet från ledningen och poäng med att kunna visa proaktivitet utåt för att förekomma onödiga oro i verksamheten.
- Pandemifrågan behövde hanteras i redan i ett tidigt skede i en utbrottsgrupp innan en officiell stab aktiverades. Ett antal individer ansåg att staben borde ha aktiverats tidigare för att säkerställa att åtgärder genomfördes mer proaktivt.
- Det rådde otydlighet kring vilka kriterier för tidpunkt som gällde för aktivering av stabsläge och förstärkningsläge i planen. Det var tydligt vem som ansvarade för aktiveringen, men mindre tydligt i process: vilket läge och vilka kriterier som bör uppfyllas för att påkalla en beredskapshöjning och aktivering av krisledning.

3. Beslutsfattande och beslutsmandat i RSSL och LSSL inledningsvis ostrukturerat med otydlig prioritetsordning, beslutsfattande och uppföljning av genomförda beslut.

- Genomförda beslut reviderades löpande för att säkerställa att de var ändamålsenliga men ofta utan strukturerad process eller dokumentation för detta.
- Det var brist på mandat hos involverade individer i början innan RSSL omstrukturerades. Det rådde otydlighet i hur och vilka som kunde fatta beslut direkt i RSSL-möten.
- Det saknades en sammanställd beslutslogg med tydlig spårbar uppföljning, vilket försvårade transparensen och informationsflödet. Många beslut som togs under RSSL-möten har inte dokumenterats avseende utförd implementering eller utvärdering.
- Det fanns en utmaning i att ta rätt beslut på rätt nivå där flera beslut fick skjutas till beredningsgruppen eller tillbaka till LSSL. Det fanns inte tillräckligt tydliga kriterier under en period för vilka beslut som var adekvata för RSSL.
- Olika ledningsfunktioner har generellt haft en begränsad tillgång till beslutstöd vid pågående krishantering.

4. Beredningsgruppen som en beredande funktion av beslut till RSSL i krisorganisationsstrukturen skapade en viss tröghet i beslutsprocess och kommunikationsvägar.

- Beredningsgruppen tillsattes till följd av den stora mängd ärenden som kom in till RSSL vilket gav ett behov av en beredande funktion med djupare sakkunskap i de enskilda frågorna.
- Storleken på beredningsgruppen ökade över tiden och upplevdes ineffektiv av många deltagare.
- Det fanns ett behov av en tydlighet i varför deltagare var med i beredningsgruppen samt deras roller i funktionen då flera upplevde att de bara var passiva i gruppen. Det kan ha funnits behov av att begränsa deltagare till aktuella ämnen.
- Då det var många ärenden som kom in fanns det ett behov av att sortera dessa och tillämpa en prioritetsordning för att säkerställa frågor som var tidskänsliga fick svar i tid innan de blev inaktuella. Detta borde med fördel göras inför sammanträden med beredningsgruppen men gjordes inte under våren.
- Det fanns behov av att upprätta en tydligare struktur för beredning med definierade roller och mandat. Även behov av att definiera syftet med funktionen fanns där det var tydligt kring vad som ska komma ut, hur frågorna skulle hanteras, dokumentera och följas upp med utpekade ägare och utförare.
- Enkelt format för beslutsunderlag bör med fördel användas fortsättningsvis inför möten och tillgängliggjorts till flera. Detta kunde eventuellt ha kortat ner mötena och gjort det mer effektivt.

- Den upplevda ineffektiviteten i beredningsgruppen kan ha lett till att beslutsvägarna upplevdes långa av många respondenter.

5. Stabsmetodik som styrmodell har inte varit ändamålsenlig för ett längre förlopp av krishantering.

- Stabsmetodiken har inte haft tillräcklig flexibilitet i föreliggande plan för att kunna anpassas till en specifik situation. I detta fall var exempelvis inte Smittskydd representerade från start i den gruppering som föregick RSSL.
- Stabsmetodiken bygger på en ledning som optimeras för beslutsfattande, bland annat genom att samla de kompetenser som krävs för att kunna ta beslut i en krissituation. Den tar inte höjd för ett utdraget belopp bland annat då det saknas process för att följa upp och revidera beslut.
- När en kris pågår under en längre tid blir det allt mer viktigt att centrala beslutsfattare är representerade i krisledningsorganisationen. Detta för att kunna omhänderta beslut på kort och lång sikt, samt säkerställa att prioriteringar och beslut balanseras i förhållande till ordinarie verksamhet. Att bibehålla kontinuitet blir viktigare till förmån för snabba beslut. Dubbla strukturer kan också leda till "dubbelkommando" som kan ge otydlighet och är skadligt i det längre perspektivet.
- Det är viktigt att hitta en balans i styrning och ledning som möjliggör både central koordinering och lokal handlingskraft. Ett dilemma i Regionen var kring graden av centralisering och vilken autonomi som krävdes för att uppnå snabbhet och effektivitet.
- Effekten av att styrmodellen inte har varit anpassad för ett utdraget förlopp har i Regionen varit att krisledning på regional och lokal nivå i praktiken förlorade sitt mandat i takt med att krisen drog ut på tiden och behovet av att spela in linjeledningen växte.
- En annan aspekt som blir viktigt under ett längre förlopp är att anpassa ledning och styrning för hela verksamheten. Detta för att inte lämna vissa delar mindre uppdaterade och exkluderade, samt för att minska risk för parallella processer eller arbete som inte synkar med den breda hanteringen av pandemin. Krisledningsstrukturen har inte varit uppsatt för andra förvaltningar inom Regionen utöver hälso- och sjukvården såsom för IT, miljö och ekonomi som också resulterade i att dessa funktioner inte var uppdaterade om sådant som kan ha bäring på deras områden.

7. Varierande förtroende för styrkedjan.

- Att etablera ett förtroende till styrkedjan och ledningen är en prioriterad uppgift i en kris för att säkerställa att processer fungerar. Det har funnits ett behov av större tydlighet från RSSL:s sida kring vissa frågor som de hade delegerat till LSSL för en mer sammanhållen hantering i Regionen.
- Styrmodellens problematik har exemplifierats av en konflikt kring huruvida LSSL ska vara aktiverat eller inte. Förtroendet för RSSL skadades då LSSL fick olika signaler om de skulle finnas eller inte. Signalvärdet från ledning under en kris ska inte underskattas, särskilt i en kris som pågår under en längre period.
- Det var varierande synlighet från kris- och linjeledningen gentemot LSSL och medarbetare bland sjukvårdspersonalen.

9. Förmåga till utveckling och lärande har funnits, roller och ansvar och struktur har tydliggjorts och lärdomar implementerats.

- Det lärande perspektivet och strategiska förmågan blir viktig i en kris som pågår under en längre tid. Krisledningsförmåga blir en viktig aspekt i chefskapet hos chefer på alla nivåer. Det är viktigt att snabba och korrekta beslutsvägar fortsatt finns för att kunna hantera händelser och situationer som förändras på kort tid.
- Det har inledningsvis funnits en otydlighet i roller och ansvar för medlemmar i RSSL, men anpassningar och uppdateringar har gjorts under tidens gång. Utveckling och tillvaratagande av lärdomar har ökat ledningsförmågan över tid. Insikt om att RSSL inte fungerade påkallade en omorganisation som har underlättat arbetet och skapat tydlighet för krisledningen kring roller och ansvar. LSSL såg behovet av snabba beslutsvägar och strukturerades efter en tid därför om till en minskad i storlek och anpassade roller i LSSL staben för att bättre möta den aktuella krisens särart. Ytterligare lärdomar om svårigheter som styrmodellen inneburit över tid har gjort

att en ny variant av krisledning initierats efter avaktivering av RSSL, för att möta behov av sammanhållen och central koordinering med bibehållen linjestruktur (RLG-au).

- Bildande av eget LSSL inom Primärvården förbättrade möjligheter till mer strategisk planering och ses som en framgångsfaktor både utifrån mer sammanhållen styrning inom Primärvården men också med tanke på Primärvårdens centrala roll i hanteringen med kontaktyta mot många aktörer. Det har även inneburit en möjlighet att på ett koordinerat och strukturerat sätt föra upp ärenden för beslut till RSSL.

5.2 Lägesbild och analys

Lägesbild och analys berör processer och verktyg för att samla observationer och information för att underlätta hantering av en händelse, bedöma risker och planera åtgärder. Lägesbilder och Prognoser av rätt kvalitet är viktiga underlag för beslut samt kommunikationsverktyg för att skapa en förståelse för en situation.

1. Strategiska analysgruppen var ett viktigt forum för ingående medlemmar, men viss otydlighet i syfte och mandat för utomstående.

- Funktion för analys och omfallsplanering är en viktig funktion i en krisledningsstab.
- Den strategiska analysgruppen var det forum i Regionen som ansvarade för långsiktig prognos- och scenarioplanering och det har av ingående medlemmar beskrivits som ett viktigt forum för att kunna diskutera med högt i tak. Grupperingen var uppskattad av ingående medlemmar men upplevdes mer otydlig för övriga utomstående gällande syfte, funktion och mandat.

2. Analys- och uppföljningsförmågan utvecklades i efterhand och var viktig för hela verksamheten för bland annat planering.

- Det fanns ett stort behov av att ha korrekta, tillförlitliga prognoser för planering av vårdplatser, bemanning av avdelningar och inköp material och läkemedel, med mera.
- Tillgängliga prognoser var bristfälliga till en början och gav "skräckscenarier" som inte stämde i efterhand. Detta skapade en oro i verksamheten som rustade för en högre belastning.
- Externt stöd för prognostisering från Linköpings universitet upphandlades i efterhand som kunde ge mer tillförlitliga och anpassade prognoser.

3. Rapportering av lägesbild har tagit mycket tid av berörda där syftet har varit oklart och tillgång till information begränsad

- Insamling av observationer och information är till för att underlätta hantering av en händelse samt för att minimera upplevda osäkerheter, klargöra tvetydigheter och att bidra till att skapa en förståelse för hur organisationen ska kunna ta sitt ansvar i hanteringen.
- Det har krävts mycket tid till lägesrapportering från berörda individer.
- Det har inte funnits en enhetlig process i lägesbildrapportering och det har beskrivits en varierande kunskap om hur lägesbilder ska sammanställas, det har varit varierande kvalitet där olika individer har stått för sammanställningarna.
- Det finns oklarheter kring vad berörda har fått för stöd i termer av återkopplande information tillbaka från samverkansaktörer i lägesbildsrapportering
- Rapportering har genomförts kring inventering av material och vårdplatser, påverkansgrad på Regionens sjukvårdsverksamheter, sjukdomsfall, inneliggande, med mera.

5.3 Omställning av verksamheter

Snabb mobilisering av resurser och omställning av verksamheter för att utöka vårdplatser och ta hand om patienter är nödvändigt i hantering av en pandemi.

1. Sjukhusens omställning av vårdavdelningar till Covid-vård har genomförts på kort tid på ett effektivt sätt med hjälp av lokala medarbetare där beslut har hanterats av respektive LSSL.

- Snabb omställning av verksamheter och upprättande av nya vårdavdelningar har varit viktigt för Regionens sjukhus för att kunna omhänderta och vårda Covid-smittade patienter.

- Omställning till separata flöden i sjukvården genomfördes omgående och effektivt, men har samtidigt inneburit förändrade förutsättningar för personalen i arbetet med patientsäkerheten.
- En viktig faktor för en framgångsrik omställning har varit drivna individer och deras kontaktytor, vilket dock har inneburit betydande personberoenden.
- Det har varit begränsat stöd eller gehör uppifrån i omställningen där många på golvet såg tidigt att de skulle behöva bygga om för att ta emot Covid-19 patienter.
- Det har funnits kritik för vissa beslut och handlingar togs lokalt, exempelvis uppsättning av triagetält i Örnsköldsvik.
- Då de medarbetare i linjen redogjorde att det var svårt att veta hur många vårdplatser som behövdes i början går det att fastslå att de anställda inte fick en allmän orientering om lägesbilden för att förstå och kunna agera i linje med den centrala inriktningen.

2. Beslut att centralisera Covid-19 vård till Sundsvall som sedan inte blev av skapade begränsade förutsättningar för förberedelser och skapande av rutiner och arbetssätt.

- Beslut som tas kan få stora effekter för hanteringen i verksamheterna. Sjukhusen hade inte alltid rätt förutsättningar att bygga beredskap då beslut togs som sedan ändrades.
- Sjukhusen mottog besked om att de mindre sjukhusen inte skulle vårda Covid-patienter men fick trots detta ta emot patienter med misstänkt smitta och förstod snabbt att de behövde ställa om.
- Bristen på tillgängliga och färdiga rutiner kring vård och hantering av patienter innan första patienten kom skapade oro bland personalen.

3. Omställningarna till Covid-avdelningar var kortsiktiga och monterades ned när smittspridningen minskade. Vissa sjukhus hade inte planerat bygga in Covid-vård som del av den normala vården på längre sikt vid omställningen.

- Inför en andra våg och nya kriser behövs en flexibilitet och beredskap att skala upp igen. Detta ser de flesta respondenter att sjukhusen kommer ha beredskap för efter att ha gjort detta en gång.
- Det fanns temporära lösningar som inte varit hållbara i det längre förloppet men som hanterade situationen som var
Personalen är förberedd för att svara på pandemins olika faser ur perspektivet att de vet hur de ska vårda och hantera Covid-patienterna men flera har tryckt på att personalen är utmattad och där deras motivation och insatsberedskap har minskat jämfört med våren 2020.

4. Brist på vårdpersonal med rätt kompetens har försvårat bemanningen av transit- och Covid-avdelningar.

- Bemanning av avdelningar för att vårda Covid-smittade är den avgörande faktorn för att kunna erbjuda vårdplatser. Det har funnits en brist på vårdpersonal, specifikt sjuksköterskor
- Personal flyttades mellan avdelningar för att stötta upp de med större behov. Personal blev i flera fall beordrade att börja arbeta på transit- eller Covid-avdelning av närmaste chef
- Det har varit ojämn omfördelning från avdelningar på ett av sjukhusen där vissa avdelningar stod för majoriteten av resurser
- Det har inte varit tillräckligt definierade och kommunicerade riktlinjer för personalförsörjning och bemanning för att tillgodose de resursbehov som krävs för att upprätthålla operativ förmåga
- Åtgärdsbegäran till relevant samhällsorganisation såsom Försvarmakten har skickats vid brist på resurser som krävs för att upprätthålla viktiga tjänster.
- Sjukhusen har upprättat potentiella roller för pensionerad vårdpersonal för att hantera schemaläggning och samordning.

5. HR:s stöd till sjukhusens Covid-bemanning har varit otillräcklig från vårdens perspektiv där en bättre och gemensam resursplanering efterfrågades.

- Upplevd fel fokus hos HR:s uppdrag under våren där verksamheten uppfattade att de valde prioritera andra uppdrag än sådant som var mer akut såsom samordna resurser.

- HR:s inventering av personal och omfördelning av resurser upplevdes ineffektiv och inte ändamålsenlig där verksamheterna upplever att de har fått lösa större delen av problematiken själva.
- Sjukhusens samordnare och schemaplanerare har önskat ytterligare stöd från HR då de har varit överbelastade med sådant som de såg kunde avlastas.

6. Personalen har upplevt att det har varit en ojämn arbetsbelastning, omfördelning och prioritering bland vårdpersonalen.

- Ofta var tilldelade resurser oerfarna inom intensiv- eller avdelningsvård i Sundsvall vilket ledde till en större startsträcka i upplärningen. Detta trots att en viss erfarenhet var efterfrågad
- Flera i personalen var utarbetade efter våren där en del chefer befarar ett väsentligt bortfall under senare faser av pandemin då flera sjuksköterskor riskerar ha slutat eller behövt sjukskriva sig.
- Det finns ett fall där en sjuksköterska som var i riskgrupp fortsatte att arbeta som vanligt med patientmottagning
- Personal har fått psykosocialt stöd i form av präst, psykologer och kuratorer för att hantera ökad arbetsbelastning, förändrade arbetssituationer eller personliga kriser

7. Introduktion och utbildning för ny personal till Covid-vård haltade i början då avdelningar fick lösa det på plats, senare erhöles stöd från KTC i introduktionskurser.

- Bristen på framförhållning i förberedelser och beslut till omställning har också lett till att organisering av utbildning och introduktion till ny personal har tagit tid.
- Sedan utbildningen har koordinerats av KTC från slutet av april med utbildningsdagar för medarbetare har vårdpersonalen avlastats.

8. Förslag om att flytta vårdpersonal till Sundsvall under sommaren 2020 vilket sedan inte blev av skapade en förtroendekris bland vissa medarbetare i personalstyrkan.

- Förslag kring flytt av personal till Sundsvall var baserat på den prognosen som fanns kring smittläget regionen skulle ha under sommaren där Sundsvall behövde förstärkning.
- Beskedet beskrevs av vissa medarbetare var hanterat på ett okänsligt vis då det kommunicerades att det var frivilligt men ändå inte.
- När förslaget togs tillbaka upplevdes det som ett ledarskapsproblem där ledningen måste ha en tydligare plan som kommuniceras till medarbetarna.

9. Vårdpersonalen som arbetade med Covid-19 i regionen fick specifika semesterdirektiv och extra ersättning för att flyttade sin sommarsemester.

- Anpassade semesterdirektiv togs fram i Regionen där medarbetarna fick tre sammanhängande veckor och maximalt fyra veckor totalt.
- Det var svårt att motivera schemalaggningsen och tvinga medarbetare att jobba när motsvarande behov inte förelåg på den egna orten.
- Men anledning av förskjutningen valde regionledningen att ersätta de medarbetare som arbetar med Covid-vård som flyttade sin semester och arbetade under sommarperioden med 25 000 kronor per arbetsvecka.

10. Komplexitet i att sjukhusen är decentraliserade men ändå tillhör samma länskliniker.

- Länsstrukturerna beskrivs ha bidragit till bristande koll centralt på hur det är lokalt, och distans till medarbetarna leder till viss "vi och dom"-mentalitet och bristande lojalitet tvärs Regionen.

5.4 Samordning och samverkan

Offentliga organisationer är beroende av andra aktörer för att få hela sin verksamhet att fungera. Vid en kris får dessa beroenden direkta konsekvenser då händelsen måste hanteras i nära samverkan med andra organisationer. Struktur för intern samverkan är viktigt i en kris för att uppnå synergier och undvika siloarbete

1. Organisering och kommunikation kring provtagning har haft en startsträcka men har förbättrats med tiden.

- De verksamheter som har påverkats mest av Covid-19 har haft ett stort informationsbehov kring provtagningsfrågorna
- I början var det begränsade möjligheter att sätta upp provtagning för Covid-19 med tillräcklig kapacitet, då det inte fanns utarbetade rutiner för Covid-19-analyser, brist på analysutrustning och nödvändigt material.
- Laboratoriemedicin har varit relativt isolerade från övriga verksamheter. De hade begränsat med kapacitet i början av pandemin och hade svårt att möta verksamheternas efterfrågan på testningshastighet och information
- Det blev en tydligare struktur i och med en projektledare tillsattes för funktionsgruppen för provtagning.

2. Det var en upplevd otydlighet i relation till beställare, utförare och ägare avseende provtagning för personal.

- Provtagningen var ett uppdrag som växte för Regionen där det var en otydlig gränsdragning mellan verksamheter och aktörer samt olika förväntansbilder.
- Det har upplevts saknats centralt stöd och koordinering av personalprovtagning från start
- Det har visat sig saknats struktur och processägarskap för provtagningsfrågor som "går på tvären".

3. Samverkan har inte skett på ett koordinerat sätt mellan LSSL:erna och kan systematiseras för att stärka regiongemensamt tänk och samhörighet.

- LSSL sattes upp och hanterades på olika vis i de olika sjukhusen men har samtidigt haft länsklinikeraktiviteter där enheter har tillhört samma avdelning tvärs sjukhusen. Det var vissa svårigheter för samarbete mellan sjukhus, såsom dela resurser och materiel, vilket kan ha föranletts av att de olika LSSL har hanterat pandemin på olika sätt.
- Bristen av insyn i andra LSSL och låg solidaritet i delning av resurser och material uppfattades som 'silobete' där var och en skötte sitt eget område.
- Det har funnits brister i systematik avseende hur samverkan mellan kris- och linjeledning skulle fungera i praktiken.
- Det fanns även förbättringspotential i samverkan mellan stödfunktioner och verksamheten där det har uttryckts en viss oförståelse för varandra (till exempel HR och Covid-avdelningarna).

4. Primärvården har haft central roll i hanteringen ur samverkanssynpunkt och borde få en mer framträdande roll i krishantering.

- I backspegeln var det en stor belastning under pandemin för Primärvården, särskilt då de har enligt flera respondenter varit bortprioriterade till en början.
- Primärvården var en central aktör ur samverkansperspektiv med kontaktpunkter mot kommun, Vårdhygien, Specialistvården, samt privata vårdgivare.

5. I samverkan med andra aktörer regionalt och nationellt har fokus främst varit på informationsutbyten snarare än gemensam samordning.

- FOHM med flera har bistått med direktiv och riktlinjer, men flera tillfällen har informationen kommit sent.
- SKR:s nationella nätverk där flera ledningspersoner och chefer har medverkat i har varit uppskattat där de har delat mycket information och kunskap mellan regioner.
- Länsstyrelsen Västernorrlands uppsatta forum för Covid-19 hantering har fungerat som viktiga informationskanaler mellan aktörerna i länet där flera har deltagit, bland annat Regionen, Smittskydd, kommunchefer, MAS:ar, socialchefer, Länsstyrelsen, med flera.
- Det har dock varit begränsad regional samordning i samverkansfrågor såsom skyddsutrustning där aktörerna har löst frågan enskilt.

5.5 Smittskydd

Smittskyddet har ett viktigt uppdrag i en pandemi genom att verka för att förebygga och minska smittspridning genom bland annat smittspårning, utbildning och spridning av information till både offentliga och privata aktörer samt allmänheten

1. Smittskyddet i Regionen är inte dimensionerat för att ta om hand om alla aspekter och förväntningar som pandemihanteringen har inneburit.

- Smittskyddsensheten har stora ansvarsområden och varit hårt belastade under pandemin. Det har inneburit ett stort jobb för Smittskydd enbart i uppdatering av rutiner.
- Det har enligt respondenter inter funnits tid till djupanalys. Interna processer och struktur för optimal arbetsfördelning har inte hunnits med eller prioriterats.
- Frågor från allmänhet och media har inneburit en stor belastning för Smittskydd som har stöttats av kommunikationsavdelningen. Smittskyddsläkaren har varit talesperson för extern kommunikation på presskonferenser, i traditionella och sociala media.

2. Smittskydd har varit central i Regionens hantering av pandemin där rådgivning och riktlinjer har varit kritiska.

- Smittskydds roll i framtagande och granskning av provtagningsindikationer och riktlinjer tillsammans med Vårdhygien i pandemihanteringen har varit särskilt viktig för verksamheter som har fått anpassa sina arbetsätt och vård.
- Smittskydds roller i RSSL och LSSL för expertis och rådgivning har varit viktiga i beslutsfattande.
- Smittskydds kanaler till FOHM har varit viktiga för informationshämtning
- Smittskydd har haft en viktig roll i samverkan med nationella aktörer, Länsstyrelsen och länets sju kommuner. Mycket tid har lagts på mötesdeltagande och till att svara på frågor och dela information, till exempel till MAS:ar, Samverkansforum mellan MAS-nätverket och Smittskydd beskrivs som framgångsfaktor i samverkan och kritisk i hanteringen av kommunernas SÄBO.

3. Det har inte varit tydligt hos ledningspersoner vad Smittskydds ansvar ska vara i en pandemi och var gränssnittet i ansvar mellan Smittskydd och Vårdhygien ligger.

- Bristande kunskap internt och i verksamheten kring Smittskydds ansvarsområde och gränssnitt mot Vårdhygien. Frågor har kommit till båda verksamheterna i tron om att de arbetar med samma uppgifter. Det har vid tillfällena därför förekommit dubbelarbete och otydlighet i fördelningen av arbetsuppgifter mellan Vårdhygien och Smittskydd.
- Det har inte varit tydligt när och inför vilka beslut som samråd med Smittskyddet ska ske, samt i vilken utsträckning som Smittskydd ska eller bör samråda med Vårdhygien för att ta beslut.
- En viss samarbetsproblematik har enligt respondenter stundtals förekommit mellan Smittskydd och Vårdhygien på grund av olika uppfattningar om ansvar.

5.6 Vårdhygien

Vårdhygien har ett viktigt uppdrag under en pandemi och ska verka för god hygienisk standard och förebygga smittspridning genom att agera rådgivare och stödja Regionens hälso- och sjukvård samt äldreboenden och hemtjänst inom Regionens kommuner.

1. Vårdhygien har arbetat intensivt med framtagande av nya Vårdhygieniska riktlinjer, information har inte alltid nått fram.

- Ett stort arbete har genomförts för framtagande av Vårdhygieniska rutiner och riktlinjer, och nya nationella direktiv har föranlett många revisioner och versioner.
- Det har inte alltid varit självklart för vården hur de ska orientera sig i de nya riktlinjerna och det har funnits önskemål om en större tydlighet kring vad som gällde.
- Kommunikation byggde om intranätet med en samlings sida med en stor banner och kategorier för att sjukvårdspersonal skulle hitta bättre.
- Det var enligt respondenter mentalt utmattande med alla nya direktiv och till slut orkade vissa inte med nya riktlinjer och diskussioner om dessa.

- Vårdhygien var även stundtals hårt ansatta av verksamheten som ifrågasatte dem, deras expertis och deras arbete med riktlinjer.

2. Vårdhygien har varit pressade av verksamheten att ta ansvar för svåra frågor utanför sitt ordinarie uppdrag

- Vårdhygien har varit hårt belastad med frågor och oro från verksamheterna angående personlig skyddsutrustning.
- I brist på riktlinjer och andra alternativ i början av pandemin har Vårdhygien varit utsatta för att ta på sig svåra uppgifter utanför sitt uppdrag, såsom anskaffning av skyddsutrustning.
- Vårdhygien har varit pressad av verksamheten att testa och kvalitetssäkra skyddsutrustning. Detta till följd av oro över säkerheten i utrustning, innefattandes innovativa lösningar som verksamheten har fått ta till på grund av materialbristen.
- Det uppges har saknats ett ledningsbeslut kring vad som gällde och vem som hade ansvaret när det kom till kvalitetssäkra skyddsutrustning och granska offerter från leverantörer.
- Det uppstod resursbrist för att hantera pandemifrågorna och bistå med rådgivning till alla verksamheter i den utsträckning som efterfrågades hos Vårdhygien.

5. Det har inte varit tydligt hos ledningspersoner var gränssnittet i ansvar mellan Smittskydd och Vårdhygien ligger.

- Bristande kunskap internt och i verksamheten kring Vårdhygiens ansvarområde och gränssnitt mot Smittskydd. Frågor har kommit till båda verksamheterna i tron om att de arbetar med samma uppgifter. Det har vid tillfällen därför förekommit dubbelarbete och otydlighet i fördelningen av arbetsuppgifter mellan Vårdhygien och Smittskydd.
- En viss samarbetsproblematik har enligt respondenter stundtals förekommit mellan Smittskydd och Vårdhygien.

5.7 Kommunikation och information

I en kris är behovet av information stort och det är viktigt med en tydlig strategi kring hur och när information ska kommuniceras internt och externt. Kommunikationsfunktionens stöd till verksamheten och chefer samt effektiva processer, rutiner, kanaler och verktyg är viktiga möjliggörare för att lyckas med detta.

1. Kommunikation arbetade inte efter krisplan utan använde strategisk improvisation och daglig styrning av medarbetarna för att kunna hantera en kris som inte fanns i planerna.

- Kommunikation arbetade nära verksamheten genom kommunikationsfunktioner i RSSL och LSSL samt dagliga avstämningar med exempelvis Smittskydd.
- Kommunikation har arbetat utifrån vad man beskriver som 'strategisk improvisation' med daglig styrning då kommunikationsplaner inte ansetts ändamålsenliga för pandemin.
- Kommunikation har även arbetat efter vägledande ord och kommunikationsmål för kriskommunikationen.
- Informationsmaterial har utvecklats och distribuerats till berörda parter genom upparbetade rutiner. Processer för kommunikation med interna och externa intressenter har etablerats under vårens gång.
- Intressent-, och målgruppslista var inte framtaga för krisen sedan tidigare och har justerats efter behov baserat på händelseutvecklingen.

2. Intern kommunikationen mellan de olika krisledningarna RSSL och de tre LSSL:erna har upplevts som bristfällig.

- Det har varit begränsad direktkommunikation mellan RSSL och LSSL i och med det upplevda skiktet för beslutsvägar och kommunikation via beredningsgruppen.
- Till en början kommunicerades inte minnesanteckningar från RSSL vilket uppfattades som att det fanns något att dölja, skapade oro och orsakade vidd senfärdighet då kommunikation som sedan tillgängliggjordes i kondenserat format ibland var inaktuell.
- De olika LSSL hade begränsad insyn i vad som försiggick i övriga sjukhus trots att de tillhörde samma Region.

3. Informationsöverföringen ut och ner i verksamheten var ofta beroende av chefers förutsättningar och förmåga, det har inte funnits en enhetlig struktur.

- Det har varit en varierande nivå av informationsdelning från ledning och chefer till medarbetare i linjen där det beskrivits funnits stort personberoende. Det var upp till varje enskild chef i hur och vilken information som delades till medarbetarna. Olika kommunikationskanaler användes, till exempel email, morgonmöten.
- Det fanns ingen koll på hanteringen i början då saker ändrades nästan varje timme under den mest intensiva perioden. Att hitta information och kommunicera ut informationen var svårt.
- Medarbetare fick information via en kortfattad version av LSSL:s minnesanteckningar på intranätet. En del respondenter inom sjukvårdspersonalen upplevde att de inte visste vad som försiggick i RSSL.
- Kommunikation från regionledning respektive sjukhusledning till verksamheten har inte uppfattats som tydlig och synlighet och närvaro har saknats.

5. Följsamhet av rutiner och riktlinjer har varierat där viss information inte hade nått ut till berörda personer.

- Det har funnits varierade förutsättningar för följsamhet av rutiner där en del medarbetare har medgivit att det har funnits rutiner som de inte följt då de inte har hittat till dem eller blivit uppmärksammade att läsa dessa.
- Det fanns även vissa riktlinjer kring skyddsutrustning och provtagningsindikatorer som verksamheter inte har följt då informationen inte har nått fram till medarbetarna.
- Informationsöverföringen har brustit och informationen har varit svår att navigera vilket har lett till dem fall där följsamheten av rutiner och riktlinjer har varit låg.

7. Den externa kommunikationen har upplevts fungerat väl från Regionens perspektiv där Regionen har haft tät kontakt med invånare såväl som media via bland annat presskonferenser, hemsida, Vårdguiden 1177 och sociala medier.

- Regionen hade en god relation med lokala medier och tät kontakt via sociala medier har underlättat informationsdelning till allmänheten.
- Primära talespersoner för frågor relaterade till det nya coronaviruset var utsedda i mars (Smittskyddsläkare och Hälso- och sjukvårdsdirektör).
- Kommunikationsgrupp var etablerad för att svara på frågor gällande det nya coronaviruset där feedback från allmänheten hanterades.
- Allmänheten har interagerat med Regionen främst via sociala medier.
- Media har haft nära kontakt med Regionens talespersoner och andra representanter för verksamheterna.

5.8 Materialförsörjning

Försörjning av nödvändigt material måste säkras under en kris då det är svårt att förutse utvecklingen och kritiska produkter kan riskera att ta slut. Ansvar, organisation och processer för hur kritiska material ska prioriteras, upphandlas, testas, levereras och fördelas mellan verksamheten är viktiga faktorer.

1. Stor oro kring tillgång av personlig skyddsutrustning föranledde lokala initiativ för försörjning.

- Det rådde stor osäkerhet och oro kring hur tillgången till skyddsutrustning och läkemedel såg ut under våren 2020.
- Lokala initiativ till inköp genomfördes för att säkerställa tillgång till den egna verksamheten (enheten/avdelningen).
- Hamstring av skyddsutrustning och inkorrekt uppgifter rapporterades initialt till funktionsgrupp för material från vissa delar av verksamheten.
- Den operativa materialgruppen som bildades har fått en "polisiär uppgift" i att säkerställa att samtliga lager inventerades och att material delades.

2. Det fanns inledningsvis en otydlighet kring ansvar för beställning av kritiska produkter såsom skyddsutrustning, en manuell hantering av processen drog mycket tid

- Det fanns en medvetenhet i delar av organisationen om att material var kritiskt från början där det har funnits bevakning.
- Det var inte tydligt kommunicerat till verksamheterna vem som hade helhetsansvaret för beställning och hur processen gick till. Detta blev bättre vid bildande av funktionsgrupp för materialförsörjning.
- Varje enhet fick sedermera själva beställa från centrallagret kring vad de ansåg behöva kommande veckan. Beställningar från centrallagret hanterades manuellt utan adekvat systemstöd. Det fanns förbättringspotential i uppföljningen av tidigare beställd skyddsutrustning till enheterna från centrallagret.

3. Glapp i ansvar och mandat för materialförsörjning tills bildande av funktionsgrupp

- Det fanns ingen tydlig rutin eller ansvar för att bedöma säkerheten kring skyddsutrustning som köptes in från nya leverantörer.
- Det fanns ett stort behov av snabba och tydliga besked till följd av bristen på skyddsutrustning. Vårdhygien försattes i en svår sits där det fanns krav från verksamheten på att "okulärbesiktiga" material som informellt godkännande för verksamheterna.

4. Nationell och regional aktörsövergripande samordning för materialförsörjning har varit begränsad där Regionen har skött sin egen tillgång

- Regionen har inte i stor utsträckning samarbetat med Länsstyrelsen kring samordningen för skyddsutrustning.
- Länets aktörer (kommuner, Länsstyrelse och Regionen) har i princip inte samverkat avseende inköp och upphandling av skyddsutrustning.
- Regionen har fått viss hjälp av Socialstyrelsen efter hemställan om skyddsmask 90 från Försvarsmakten.

5. Det fanns en viss brist i organisation, kompetens och utvecklat systemstöd för sammanhållen lagerhantering under uppbyggnaden av skyddsutrustningslager för pandemin

- Det förelåg ett stort och växande behov av tillgång till materiel och många verksamheters behov att tillgodose (inklusive Primärvården och folktandvården).
- Det fanns inte någon utbyggd organisation för analys av lager på grund av att Regionen sedan tidigare inte har haft någon lagerhållning.
- Lagerinventering försvårades av motstånd från vissa att dela med sig av material till andra. Vidare har enheterna inventerat sina förråd och lager för hand utan systemstöd. Excel och liknande verktyg har använts för att dokumentera inventeringen och ha koll på status.

7. Stöd till inköp av skyddsutrustning har behövts stärkas i form av rätt kompetenser till upphandlingsenheten/funktionsgrupp material samt tillförlitlig prognostisering av åtgång för Regionen.

- Initialt när materialförsörjningsfunktionen mobiliserades har vissa nyckelkompetenser saknats i grupperingen. Det fanns en viss brist på kompetens/tillgång till medicinsk expertis i som ansågs nödvändig för att kunna ta alla beslut kring skyddsutrustning.
- Det fanns en avsaknad av spetskompetens såsom Vårdhygien och lagerhantering i funktionsgruppen.

8. Den prioritetslista togs fram för fördelning av skyddsutrustning mellan enheter som behövde dem mest har fungerat väl.

- Använde medicinskt kunniga personers kompetens i materialförsörjningen för att prioritera fördelningen av materiel bland enheter.
- Prioriteringsordningen upplevdes fungera väl och var tydlig.

9. Stor osäkerhet och otydlighet rådde vid kvalitetssäkring, krav och säkerhet på inköpt skyddsutrustning.

- Inköp under skyddsutrustningsbristen präglades av inköp från nya leverantörer och tveksamheter kring certifieringar av produkter.
- En period var det även sänkta krav för inköp av skyddsutrustning kring exempelvis CE-märkning.
- Kontroller för inköp behövdes göras för att stoppa inköp för skyddsutrustning som inte var användbara eller sådant som var bristfälliga i kvalitet. Kontroller var inte helt vattentäta då vid ett tillfälle en stor leverans av skyddsutrustning visade sig ha falska certifieringar och hade redan hunnits användas vid vård innan det upptäcktes.

6

Åtgärdsområden

Detta avsnitt presenterar de olika åtgärdsområden som har identifierats under utvärderingen. Dessa åtgärder är grupperade enligt olika teman som går på tvären för de åtta analyserade utvärderingsområden som har presenterats hittills. De huvudsakliga åtgärdsområdena innefattar ett antal detaljerade åtgärder följt av förslag på aktiviteter som med fördel kan genomföras för att uppnå åtgärderna. De identifierade åtgärdsområdena är följande:

- Stärk Regionens krisledningsförmåga
- Anpassa styrmodell under kris
- Etablera anpassningsbara processer för krisledning och hantering
- Tydliggör gränssnitt och ansvar
- Vidareutveckla struktur för intern samverkan och kommunikation
- Förstärk verksamheter under kris och utveckla kontinuitetsplanering
- Tydliggör stödfunktioners uppdrag i kris

6.1 Stärk Regionens krisledningsförmåga

Detta åtgärdsområde avhandlar det behov som har påvisats i analys och slutsatser för en starkare krisledningsförmåga hos Regionen. Det innefattar dels hur roller och ansvar i krisplaner bör anpassas och uppdateras dels hur kompetensen behöver lyftas generellt i Regionen i krisledning och krishantering.

Åtgärder	Förslag till aktiviteter för att uppnå effekt
a) Roller och ansvar	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydliggör roller och ansvar för krisledning, i beredskapsplaner och styrdokument: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förtydliga hur den särskilda krisledningen ska bemannas under exempelvis en pandemi. Säkerställ anpassade roller i staben baserat på den aktuella krisens särart. ▪ Krisledningsstabens sammansättning bör följa planen med anpassning till specifika situationer där exempelvis Smittskydd och Vårdhygien finns med i ett tidigt skede i pandemier. ▪ Uppdatera stabsinstruktioner i krisberedskapsplan med ledarroller och funktionsansvar enligt antagen stabsmetodik – harmonisera RSSL med LSSL. ▪ Se över hur Vårdhygien kan ta plats från start i relevanta ledningsfora för att kortsluta frågor och säkerställa enhetlighet vid denna typ av kriser (till exempel materialförsörjning). En stor del av pandemihanteringsens frågor är av Vårdhygienisk karaktär. ▪ Se över hur LSSL kan representeras i RSSL med exempelvis stabschef per LSSL. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över antagen stabsmetodikmodell (2017) och utvärdera efter lärdomar om den ska uppdateras eller kompletteras med roller eller funktioner, kravställning på roller och ytterligare beskrivningar för att tydliggöra ansvarsfördelning. ▪ Tydliggör i krisplanen hur RSSL och LSSL ska samverka med varandra och hur krisledningar ska förhålla sig till linjen och vice versa. ▪ Uppdatera genom att skriva in i beredskapsplaner att Vårdhygienläkare ska vara adjungerad till RSSL vid pandemier.
b) Krisledningskompetens och kunskapsförsörjning	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiera vilka som bör ha kunskap och kännedom om Regionens beredskapsplaner, på vilken nivå som kunskapen ska hållas och hur denna ska hållas rimligt aktuell. ▪ Säkerställ att samtliga ledare får krisledningskunskap och därmed utöka ledningsförmågan med långsiktighet och proaktivitet. Det finns ett behov av att sprida krisledningskunskap längre ut i organisationen för att lyfta nivån på krisledningsarbetet i de lokala ledningsgrupperna. ▪ Öka kunskap och kännedom i förvaltnings- och linjeledning om vad stabsläge innebär och hur det påverkar linjen, vilka forum som sätts upp, dess syfte och mandat för att undvika dubbelkommando. ▪ Öva ledningen oftare och mer realistiskt med detaljerade simuleringsövningar i krishantering. Utbilda även samtliga individer som ska ingå i en LSSL. ▪ Ytterligare involvera TiB/säkerhets- och beredskapsfunktionen i krisledningen med exempelvis utpekade funktionsansvar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventera Regionens krisledningskunskap samt identifierat kunskapsbehov som uppstått i och med Covid-19 hanteringen, till exempel genom en enkät brett i verksamheten. ▪ Se över nuvarande utbildningsplan hos säkerhets- och krisberedskapsenheten och komplettera efter resultatet i inventeringen: vilka som omfattas, hur utbildning och övning ska ske och hur ofta, med fokus på simulering. ▪ Uppdatera utbildningsmaterial med anpassning för långdragna kriser såsom pandemi och sprida information om tillgängliga kurser till berörda. ▪ Ta fram simuleringsövningar, plan för utbildning och identifiera vilka individer är behov av att öva tillsammans både för RSSL och LSSL. ▪ Säkerställ att TiB/säkerhets- och beredskapsfunktionen har en roll i framtida krishanteringar för att bibehålla kontakt mot centrala samverkansaktörer och för det organisatoriska minnet
--	--

6.2 Anpassa styrmodell under kris

Den sedan tidigare definierade styrmodellen har visat sig behöva anpassas med tiden där det har funnits otydligheter i styrprinciper och kriterier för aktivering av krisledning. Även anpassningar och tydliggörande i krisplaner är uppenbara behov som har uppstått där det har funnits förbättringspotential i olika strukturer och arbetssätt.

Åtgärder	Förslag till aktiviteter för att uppnå effekt
a) Styrmodell och styrprinciper	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ställ alternativa styrmodeller mot varandra och etablera vilken som bör användas vid en krissituation som pågår under en längre tid och som kräver bred involvering och hantering (<i>Se matris i tabell 5</i>). ▪ Det är rekommenderat att i en kris med ett längre förlopp låta beslutsfattande ligga så nära linjen som möjligt. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydliggör kriterier för hur länge en stab ska vara aktiverat för att fylla sitt ändamål och kriterier för att aktivera en stab. ▪ Definitionen av stabs- respektive förstärkningsläge bör utvärderas kontinuerligt ▪ Då frågan ofta hanteras redan innan formell aktivering, skapa struktur för hur läget innan ska hanteras och bemannas. ▪ Se över vilka styrprinciper som bör beskrivas ytterligare i Regionens beredskapsplaner såsom funktioner och processer. Ta till vara 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiera utvecklade styrprinciper. ▪ Samla berörda individer från LSSL och linjechefer för att tillsammans få input och utvärdera kring vilka kriterier bör ligga som grund i när en krisledning bör gå över till linjeledning. ▪ Förankra styrprinciper i verksamheten och i samråd med berörda parter. ▪ Om stab aktiverats under längre tid behöver beslutsfattare sammanfalla eller etablera tät samverkan med beslutsfattare i ordinarie verksamhet.

<p>på goda exempel (till exempel Primärvårdens pandemiplan).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiera kriterier för när LSSL går över till lokal hantering i linjen och enheter. 	
<p>b) Styrmodell Regional – Lokal nivå</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Det är rekommenderat att Regionen tar fram tydliga ramar och principer för krisledningsmodeller som används på regional respektive lokal nivå för att minska risken för otydligheter eller olika inriktningar.</i> ▪ Säkerställ att regional och lokal nivå arbetar med samma modell då både regional och lokal nivå har förhöjd beredskap, för att säkerställa effektivt informationsutbyte, tydliga gränssnitt och samverkansytor. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över och harmonisera planer på regional och lokal nivå.
<p>b) Krisplaner</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uppdatera och harmonisera planer med lärdomar från denna pandemi hantering utifrån krav på flexibilitet i planer med anpassning för en långdragen kris och påverkan på stora delar av samhället såsom (Regional kris- och katastrofmedicinsk beredskapsplan, Övergripande beredskapsplan vid pandemisk influensa, Beredskapsplan för Smittskydd) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Områden som redundans, kontinuitet, hantering av ordinarie verksamhet, frekvens av möten, beaktas. ▪ Planer bör testas systematiskt och regelbundet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Detaljera gap i befintliga planer gentemot önskad styrning. ▪ Initiera uppdatering av krisberedskapsplaner enligt Regionens rutiner för uppdatering och antagande av styrdokument. ▪ Gå igenom krisplaner och identifiera delar som ska uppdateras för att passa pandemier och andra långdragna kriser genom att skriva dit en flexibilitet för att ta in den typen av expertis som krävs. ▪ Planera in tillfällen då den uppdaterade planen kan testas.
<p>c) Strukturer och arbetssätt</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över hur krisledningsstrukturer kan anpassas med att inkludera andra förvaltningar inom Regionen (utan att aktivera krisledningsnämnd). Beroendekartläggningar och kontinuitetsplaner har varit begränsade i relation till andra förvaltningar för att säkerställa kontinuitet i verksamheten. ▪ Beslutsstrukturer behöver tydliggöras, dokumenteras och följas upp för krisledning samt anpassas till respektive ledningsnivå. Vissa beslut som påverkar stora delar av Regionen kan med fördel ha en ännu bredare förankring med fler berörda verksamheter (till exempel provtagning och beslut i förhållande till kapacitet). ▪ LSSL bör undvika arbeta i silos där RSSL behöver ha en tydligare koordinerande roll för helheten och ta fram tydligare riktlinjer för gemensamma hanteringar. ▪ Tydliggör för övriga berörda och verksamheter för den strategiska analysgruppens syfte och mandat för att öka transparensen och förtroendet för RSSL. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över stabsplan för samtliga förvaltningar och verksamheter med särskild fokus på hur övriga verksamheter ska drivas och synkroniseras med hälso- och sjukvårdsförvaltningen under en hälsorelaterad samhällskris. ▪ Identifiera hur beroende mellan förvaltningar ser ut under kriser såsom pandemi. Utveckla beroendekartläggningar utefter identifierade gap. ▪ Definiera vilka typer av beslut som ska tas av RSSL och vilka ska till LSSL med tydlig instruktion till berörda. Kortslut och tydliggör beslutsvägar från LSSL till RSSL med uppsatt rutin som är kommunicerad till berörda. ▪ Sätt upp en tydligare rutin för hur resursäskande ska gå till med utpekad ägare för, tillsammans med uppsatta kriterier för prioriteringar.

- Behov av förstärkning i form av resurser har varit förekommande på många håll. Säkerställ därför rätt mandat för resursäskande och stöd uppifrån.

6.2.1

Möjliga styrmodeller och avvägningar vid långvarigt förlopp

Nedan presenteras tre möjliga alternativ för hur en styrmodell kan appliceras vid långvarigt händelseförlopp såsom pandemi. Det finns även andra typer av hybrider och varianter som vissa regioner tillämpar men inte redogörs för nedan. De olika alternativen har olika fördelar, nackdelar och är förenade med olika risker som bör tas i beaktande vid övervägande av styrmodell.

Tabell 5. Alternativ för styrmodeller vid kris

Hur?	Fördelar	Nackdelar	Risker
1. Aktivera krisledning (enligt RSSL/LSSL) och stabsmetodik			
<ul style="list-style-type: none"> • Enligt krisberedskapsplaner 	<ul style="list-style-type: none"> • Beslutskraft • Effektivitet • Möjlighet att styra resurser • Samlar kompetenser 	<ul style="list-style-type: none"> • Bryter beslutskedjor • Sätter organisationen i ett vakuum • Tar tid från nyckelpersoner • Viss otydlighet om beslutsmandat 	<ul style="list-style-type: none"> • Krisledningen uppfattas som långt ifrån verksamheten och verkligheten. • Risk för "dubbla kommandon" • Enbart fokus på hälso- och sjukvården - riskerar lämna andra förvaltningar utanför • Personer riskerar få beslutsmandat utan chefserfarenhet
2. Aktivera krisledning enligt stabsmetodik men anpassa modellen			
<ul style="list-style-type: none"> • Ge högsta linjechefer beslutsfattarroll i krisledningen • Tydliggöra kriterier för hur länge en stab ska vara aktiverat för att fylla sitt ändamål • Komplettera krisberedskapsplaner avseende vad som styrs och var, hantering av ordinarie verksamhet, frekvens av möten etc. beaktas 	<ul style="list-style-type: none"> • Samma som alternativ 1 • Säkra funktionalitet för ett utdraget förlopp 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinarie verksamhet nedprioriteras och upplevs ledarlöst under längre period 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan bli för stor gruppering på bekostnad av effektivitet • Konfliktytor kan eventuellt uppstå
3. Inte aktivera krisledning enligt stabsmetodik men anpassa ordinarie styrmodell			
<ul style="list-style-type: none"> • Förstärka linjeledning med kompletterande funktioner/stöd, tillfälligt mandat för t.ex. styrning av 	<ul style="list-style-type: none"> • Enklare för verksamheten som behåller normal linjestruktur och chefsled, lokal beslutskraft 	<ul style="list-style-type: none"> • Tillgänglig krisledningskompetens • Ett svagare mandat avseende 	<ul style="list-style-type: none"> • Svagare signalvärde. Kan upplevas som ledarlöst från Regionen som signalerar att det inte är allvarligt läge

<p>resurser om regelverk tillåter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upprätta styrgrupp för central koordinering • Sätta upp forum/funktionsgrupper för hantering av regionala processer (till exempel provtagning) • Se över och säkerställ att krisledningsturktur tar höjd för samtliga förvaltningar inom regionen (utan att aktivera krisledningsnämnd) 		<p>omfördelning av resurser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Stuprörstänk kan förekomma där prioriteringar endast sker till den egna verksamheten, mindre samverkan och synergieffekter
---	--	---------------------------------	--

6.3 Etablera anpassningsbara processer för krisledning och hantering

Under krishantering har ett antal nya lednings-, huvud- och stödprocesser för kris tagits fram och anpassats med många intressenter och beröringspunkter tvärs de flesta av Regionens verksamheter. Det är av stor vikt att ta till vara av det arbetet genom att förvalta och utveckla dessa processer genom att dokumentera ned dem och säkerställa att det finns utpekade processägare. Vidare bör processer definieras som del i kris- och beredskapsplaner i syfte att tydliggöra och minska startsträckan för krishantering i nästa kris.

Åtgärder	Förslag till aktiviteter för att uppnå effekt
<p>a) Processutveckling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definiera ansvar för att sätta upp olika processer beroende på kris. ▪ Definiera vilka lednings-, huvud- och stödprocesserna är i en kris, och som ska omsättas i planer. ▪ Etablera rollfördelning och ansvar i processer: processägare, beställare, utförare. ▪ Detaljera vidare "hur" hanteringen ska gå till i gällande krisplaner. <p><u>Beslutsprocess</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effektivisera beslutsprocessen genom att tydliggöra beredningsgruppens uppdrag, rutiner och anpassa bemanningen till ändamålsenlig storlek. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Besluten behöver tydligare sorteras med framtagna kriterier så att beslut hamnar på rätt nivåer. ▪ Genomförda beslut bör framgent revideras löpande för att säkerställa att de är och förblir ändamålsenliga. ▪ Beslut ska säkerställas att de implementeras enligt delegationsordning och beslutsprocess. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över pandemihanteringsens olika områden och definiera vilka processer som har haft stor påverkan på hanteringen. Säkerställ att detta dokumenteras i planer. ▪ Sammanropa berörda individer som varit del av definierade lednings-, huvud- och stödprocesser och sätt upp en rollmatris för respektive process med utpekade funktioner eller personer på varje del. ▪ Bryt ned huvudaktiviteter i krisplan (eller kompletterande planer) till delaktiviteter med tidsspann för att konkretisera krisplanen med anpassningar för långdragna förlopp. ▪ Dokumentera stegen i beslutsprocessen och identifiera 'pain-points' och definiera över hur dessa kan lösas. Uppdatera process därefter. ▪ Dokumentera stegen i processen i sakfrågor för pandemikrisen och säkerställ ägarskap. ▪ Använd beslutsmall och beslutslogg för att dokumentera beslut. Etablera en struktur för gemensam uppföljning av implementerade beslut för ökad transparens och kontroll. Utse ägare som följer upp.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se till att det finns en tydlig ägare av beslutets uppföljning och en gemensam process för uppföljningen. ▪ Se över hur input till beslut och återkoppling ska ske 'top-down' och när ska det vara 'bottom-up'. <p><u>Process för lägesbildsrapportering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utveckla bredare förståelse för lägesbild och hur det kan användas för att förbättra samverkan med andra aktörer. Säkra ägarskap för lägesbild internt och rapportering externt, tydliggör syfte och se över hur processen kan effektiviseras. <p><u>Materieförsörjningsprocess</u>, till exempel beställning, inköp, prognostisering, uppföljning inventering, transparens i lagerstatus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utbilda och tillsätt beställarorganisation. ▪ Utveckla process för inventering av lokala förråd och lager. <p><u>Provtagningsprocess:</u> Framtagande av provtagningsindikationer med prioriteringar, labbmedicins uppsättning för analys, beställning provtagningsmateriel, utförare av provtagning:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ta fasta på utarbetade samverkansstrukturer och formalisera dessa för framtida kriser (ex. Smittskydd/Vårdhygien och MAS, Socialchef). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydliggör för varför deltagare är med beredningsgruppen och deras roller. Begränsa deltagare till aktuella ämnen. ▪ Definiera en struktur för beredning av ärenden med tydliga roller och mandat där det är definierat vad som ska hanteras, dokumenteras och följas upp. ▪ Ta fram kriterier för prioriteringsordning för ärenden. <p><u>Process för lägesbildsrapportering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utvärdera närmare tillsammans med länsstyrelsen och övriga samverkansaktörer hur lägesbildsrapporteringen har fungerat och identifiera konkreta åtgärder. ▪ Ta fram gemensamma definitioner för lägesbild och etablera rutin för hur rapportering. <p><u>Materieförsörjningsprocess</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utveckla den etablerade processen för beställning till centralt lager genom att bland annat digitalisera med hjälp av systemstöd. Se över systemstöd för beställning och uppföljning. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utse ansvarig beställare i verksamheterna. ▪ Ta fram utbildningsmaterial för beställning av materiel för kriser. ▪ Planera långsiktigt för materieförsörjning, dels en strategi framåt samt etablera plan för en funktionsgrupp med relevanta kompetenser och tydligt mandat för snabbare mobilisering. ▪ Se över hur samordning i materieförsörjning kan stärkas gemensamt i länet och ta hjälp av Socialstyrelsen och Länsstyrelsen. Tydliggör ansvar och roller i förhållande till kommunerna och Länsstyrelsen. ▪ Etablera en process för kvalitetssäkring och uppsatta kriterier för att säkerställa tydliga kravspecifikationer vid inköp av materiel. <p><u>Provtagningsprocess:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utvärdera vilka kanaler och metoder som fungerat bäst för att dela information/utbilda. ▪ Utse ansvarig person som kontinuerligt sammankallar till samverkansforum och skapar en långsiktig plan för hur samverkan ska fortskrida.
<p>b) Prognostisering som stödprocess</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säkerställ att prognoser ständigt uppdateras och förbättras efter mer kunskap har inhämtats under våren 2020. ▪ Arbeta mer proaktivt med prognoser för att underlätta planering av verksamhetens kapacitet. Använda insikter för kartläggning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Närmare utvärdera hur tidigare använda prognoser har fungerat som beslutsunderlag och vilka nyckeltal som har visat sig vara mest adekvata. ▪ Utvärdera behov av eget prognosverktyg för exempelvis materialåtgång för att ge en betryggande överblick och kommunicera till verksamheten att läget är under kontroll.

<p>kring vilken del av organisationen som kommer drabbas först och mest.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Utvärdera hur prognosarbetet kan utvecklas och användas mer proaktivt.
--	--

6.4 Tydliggör gränssnitt och ansvar

Under pandemin har ett antal sakfrågor dykt upp som har haft gränssnitt mellan olika verksamheter och funktioner där ansvarstagande har varit tydligt. Även förväntningar på olika intressentgrupper har inte alltid mött det uttrycka uppdraget eller otillräckliga förutsättningar för att kunna möta dessa.

Åtgärder	Förslag till aktiviteter för att uppnå effekt
<ul style="list-style-type: none"> Förtydliga gränssnitten mellan uppdragen som Smittskydd och Vårdhygien har för att kunna öka förståelsen hos Regionens verksamheter. Klargör gränssnitt i ansvarstagandet för skyddsutrustningsfrågorna. <ul style="list-style-type: none"> Etablera rutin för kvalitetssäkring och testning av material. Sätt upp kriterier för att säkerställa tydliga kravspecifikationer vid inköp av material. Se över hur samordning i länet kan stärkas, i så fall tydliggör roller och ansvar för samordning av skyddsutrustning med Länsstyrelsen och kommuner. Definiera hur samverkan ska ske mellan central och lokal ledning. Tydliggör ansvaret i förhållandet mellan primärvård, specialistvård och SÄBO (till exempel provtagning, behandlingsansvar). Definiera och tydliggör ansvar för särskilda uppdrag till exempel enheter och funktioner under kris och ge rätt förutsättning för att kunna genomföra dessa (exempel regionhälsan och personalprovtagning). <ul style="list-style-type: none"> Tydliggör i planer vilket ytterligare ansvar som bör kan ska åläggas Smittskydd vid en kris likt denna (till exempel provtagning). Definiera i planer vilket ytterligare ansvar som ska åläggas Vårdhygien vid en kris likt denna (till exempel skyddsutrustning). Tydligare struktur för samverkan mellan Vårdhygien och Smittskydd. 	<ul style="list-style-type: none"> Gå igenom respektive organisations uppdrag för att se vart gränssnitten ligger och var tydliggörande behövs. Utred vilket ansvar och vilka resurser som ska ligga organisatoriskt centralt under regionledning för att bäst kunna styra och leda i en kris, inklusive hur rapportering ska ske. Dokumentera tydliggörandet, ta fram förslag på fördelning, fatta beslut om ansvarsfördelningen och kommunicera till berörda i verksamheter. Samla berörda i skyddsutrustningsfrågan med sak-kompetens, säkerställ att rutiner är dokumenterade och att tydliga kravspecifikationer är uppsatta för upphandlingsprocess för framtida situationer. Gå igenom särskilda uppdrag som kan ges vid kriser och definiera tydligt vilka förutsättningar som krävs för att kunna möta förväntningar. Se över var gränssnitten ligger i ledningsstrukturerna för att definiera ansvarsfördelning i sakfrågor. Dokumentera tydliggörandet, ta fram förslag på fördelning, fatta beslut om ansvarsfördelningen och kommunicera till berörda i verksamheter.

6.5 Viderutveckla struktur för intern samverkan och kommunikation

Genomgående har en stor rotorsak till utmaningar och oro varit den interna kommunikationen där olika individer har fått ta del av olika mycket information och kommunikationskanaler inte har varit enhetliga. Den interna samverkan mellan verksamheter har också varit begränsat och uttryckts som personberonde.

Åtgärder	Förslag till aktiviteter för att uppnå effekt
<p>a) Struktur för informationsöverföring och kanaler</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säkerställ enhetlig dokumentation i de olika krisledningsfora som finns enligt plan. ▪ Formalisera interna kommunikationskanaler vid kris. ▪ Minska personberoende i kommunikation genom tydliga instruktioner för hur beslut ska kommuniceras och verkställas. ▪ Se över hur kommunikationsfunktionen kan stötta chefer med internt kommunikationsmaterial och rutiner för hur information och uppdaterade riktlinjer ska förmedlas till medarbetare. ▪ Tydligare struktur för följsamhet av Vårdhygieniska riktlinjer bör säkerställas. ▪ Öka transparens för trovärdighet och förtroende för regionledning. ▪ Säkerställ ökad transparens i skyddsutrustningens lagerstatus, bland annat för att stilla den oro personalen känner vid risk för brist på kritisk materiel. ▪ Effektivisera spridning av riktlinjer och underlätta för att hitta information på intranätet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över om krisledningsforum har saknats i något hänseende. ▪ Ta fram och använd enhetliga dokumentationsmallar för minnesanteckningar, tillsätt ansvarig resurs som uppdaterar. ▪ Se över vilka kommunikationskanaler användes under våren och utvärdera vilka som var effektiva. ▪ Ta fram en instruktion för hur kommunikation ska ske från chef till medarbetare och förmedla detta till berörda ▪ Se över hur minnesanteckningar och beslut från RSSL kan kommuniceras tydligare till linjen. ▪ Se över om systemstöd kan underlätta skyddsutrustningshantering och status som krävs för att kunna möta förväntningar. ▪ Tydliggöra rutiner för hur intern kommunikation ska ske från ledning till chefer till medarbetare för att säkerställa informationen når fram till dem arbetar med patientvård.
b) Planer	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidigt ta fram kommunikationsplan för hur Vårdhygienisk information ska nå ut. ▪ Säkerställ att lärdomar från vårens kommunikationsarbete omhändertags och att arbetsätt uppdateras och anpassas efter typ av kris och hur krisen utvecklar sig. ▪ Fortsätt värna om den externa kommunikationen med allmänhet och media med dedikerade resurser och samverkan med verksamheten. ▪ Överväg hur extern kommunikation kan samordnas med länet övriga aktörer såsom kommunerna och Länsstyrelsen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intressent-, och målgruppslista tas fram innan kommande kris och justeras efter behov baserat på händelseutvecklingen. ▪ Uppdatera kommunikationsplan/riktlinjer med hur RSSL och LSSL ska kommuniceras emellan med tydligare strukturer för upprättande av formella kommunikationskanaler med relevant dokumentation. ▪ Sammankalla övriga aktörer i länet för att ta vidareutveckla den gemensamma kriskommunikationsplanen med fler gemensamma kommunikationsinsatser och uppdelade ansvarsområden.

6.6 Förstärk verksamheter under kris och upprätthåll en god kontinuitetsplanering

Flera av Regionens kritiska verksamheter var drabbade av krisen och fick på kort varsel ställa om i hur de arbetade och fick en ökad mängd i arbetsbelastning. För att säkerställa en uthållighet inför nästa kris bör kontinuitetsplaner utvecklas och anpassas för de kritiska verksamheterna och säkerställa att dessa får de förutsättningar som krävs för att genomföra sina uppdrag i kris.

Åtgärder	Förslag till aktiviteter för att uppnå effekt
a) Avlastning kritiska verksamheter	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablera principer för att avlasta kritiska verksamheter som under kris får en omfattande hantering: till exempel Smittskydd och Vårdhygien. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över hur principer för förflyttning av resurser ska gå (frivillighet och beordran) Förankra med facket, HR, chefer och representanter från linjen.
b) Kontinuitetsplanering	

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se över långsiktig och anpassad plan för att hantera brist och prioritering bland enheter och verksamheter. ▪ Kompetenskartläggning: Upprätthålla aktuell inventarielista över kompetenser och komplettera med principer för frivillighet/beordran till nya avdelningar och funktioner. ▪ Skapa tydliga planer för att bygga in Covid-vård långsiktigt i den normala vården, både när det gäller lokaler och resurser. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Säkerställ att planerna synkas tvärs sjukhusen i regionen för att undvika siloarbete. ▪ Krisledningen bör ta höjd för händelseutvecklingen och resursplanera på lång sikt för att säkerställa resursförsörjning vid krisens samtliga faser. ▪ Se över hur sjukhusen kan minska personberoendet vid omställning av vårdavdelningar till Covid-vård genom bland annat uppsättning av tydliga rutiner och uppdatering av planer. ▪ Säkerställ att anställda kontinuerligt får en allmän orientering om lägesbilden för att förstå och kunna agera i linje med den centrala inriktningen. ▪ Analysera krav på organisatorisk flexibilitet i framtida renoveringar och utbyggnader för framtida kriser. ▪ Säkerställ att resursplanering är en integrerad del av krisledningsarbetet vid en utdragen kris. ▪ Säkerställ kontinuitet och ständig uppdatering av KTC:s utbildningar i Covid-vård för att fortsätta ge personalen en god introduktion och vidareutbildning när exempelvis nya rutiner och råd tillkommer. ▪ Säkerställ att samtliga delar av hälso- och sjukvården har en hållbar kontinuitetsplanering, inklusive sådana verksamheter som inte har varit högst upp på prioriteringslistan tidigare, såsom primärvård och kommuner. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Skapa en plan med kriterier för prioriteringar av nyckelresurser vid olika typer av kriser. ▪ Gå igenom arbetsuppgifter och belastning som hamnar på Smittskydd och Vårdhygien eller övriga verksamheter vid pandemier och ta fram plan för hur detta ska hanteras resursmässigt (ex. administrativ förstärkning). ▪ Utveckla kompetensmässig planering som underlättar för en smidig omställning. Beträffande denna pandemi tillkommer dessutom krav på bra ventilation i lokalerna. I planering bör dessutom aktiviteter vidtas för att säkerställa patientsäkerheten i separata flöden från start. ▪ Se över centrala och lokala kontinuitetsplaner för respektive funktion och sjukhus och säkerställ att de synkas med varandra i aktiviteter och planering. Se till att det finns tydliga beröringspunkter mellan lokala och regionala planer. ▪ Dokumentera en tydligare planering av sjukhusvårdens Covid-enheter ur ett strategiskt och långsiktigt sjukvårdsperspektiv. ▪ Vidareanalysera och avväg konsekvenserna och effekterna av större omställningsbeslut såsom centralisering av vård till ett specifikt sjukhus. Se till att rutiner för konsekvensanalys är tydliga. |
|--|---|

6.7 Tydliggör stödfunktioners uppdrag i kris

Stödfunktioners roll under pandemin har varit centrala i att avlasta och stötta de kritiska verksamheterna. Det har dock varit en upplevd diskrepans i uppdrag och förutsättningar för att möta förväntningarna på dessa. Det har därför funnits behov av att tydliggöra vad uppdragen är och säkerställa att dessa är tydliga nog så rätt prioriteringar görs inför nästa kris. Utvecklade goda rutiner inom stödfunktioner/övrigt stöd såsom exempelvis inom materialförsörjning bör tas tillvara och ligga till grund för utveckling av ytterligare robusthet inför en liknande händelse

Åtgärder

a) HR och personalförsörjning

Förslag till aktiviteter för att uppnå effekt

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydliggör HR:s roll och förväntad leverans gentemot verksamheten vid kris. Verksamhet och HR behöver arbeta närmare varandra för att förstå varandras behov och förutsättningar. ▪ I personalförsörjningsarbetet upprätta strukturer och tydliggöra roller och ansvar i gränssnitten mot HR och övriga intressenter, samt säkerställa att respektive part har rätt förutsättningar att genomföra sina uppdrag. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydliggör kompetensprofil och prioritering vid rekrytering för Covid-vård och definiera riktlinjer för personalförsörjning. ▪ Säkerställ att det finns HR-riktlinjer gällande förmåner och arbetstider som stöd till personal och chefer. ▪ Uppdatera en regiongemensam struktur med rutin för resursplanering och prioritering av tillgängliga resurser så det blir en jämn fördelning vid kris. ▪ Säkerställ att system för medarbetares status och tillgänglighet används och rapportering tillhandahålls. ▪ Planering för administrativ personal från mindre drabbade enheter för att stötta. Ex. Covid-19-enheterna och Vårdhygien/Smittskydd med koordinerande och administrativa arbetsuppgifter. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samla berörda i HR-frågor centralt och lokalt på sjukhusen och tillsammans definiera vilket stöd som förväntas och kan levereras. Undersök eventuellt gap och hur dessa kan åtgärdas. ▪ Se över arbetet med kompetensinventeringen och säkerställ en ansvarig utförare håller den uppdaterad inför nästa kris. ▪ Se över behov av systemstöd för resurshantering. ▪ Se över processer och metoder för att definiera en kvantifierad nivå av resurser som krävs för att utföra vårdtjänster i kris. ▪ Säkerställ att det finns definierade och kommunicerade riktlinjer för personalförsörjning och bemanning för att tillgodose de resursbehov som krävs för att upprätthålla operativ förmåga. ▪ Se över möjlighet att på förhand etablera partnerskap med lokala högskolor och universitet för att få hjälp av studenter. Upprätta potentiella roller för studenter och pensionerad vårdpersonal, i förekommande fall. ▪ Samla representanter från Primärvården och HR gällande hur samarbetet med privata vårdgivare kan utvecklas för att lösa framtida behov. ▪ Etablera regiongemensamma planering av semester för att stötta upp där det behövs mer för en jämnare belastning.
b) Regionhälsan	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tydliggöra Regionhälsans roll i krishantering framgent ▪ Utveckla "Eskaleringsmodell" för psykosocialt stöd, långsiktig planering för återhämtning vid kris. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samla berörda i regionhälsans frågor under krishantering och tillsammans definiera vilket stöd som förväntas och kan levereras. Undersök eventuellt gap och hur det kan åtgärdas med en åtgärdsplan. ▪ Skapa en plan för hur Regionen ska arbeta proaktivt med hantering av utarbetade resurser.
c) Funktionsgrupper och övrigt stöd	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planera långsiktigt för funktionsgrupper med strategi och plan med relevanta kompetenser och tydligt mandat ▪ Se över möjligheten att investering i systemstöd för att effektivisera processer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Regionen har under hösten 2020 beslutat om att bygga upp ett omsättningslager på tre månader för att säkra tillgången till materiel för framtida kriser.</i>

7

Områden för vidare analys

Ett antal områden har identifierats som viktiga att genomföra en djupare analys på samt ett antal områden som denna utvärdering inte har fokuserat på inom ramen för detta projekt.

Ett antal områden (nedan) har i tidiga dialoger identifierats som ytterligare potentiella utvärderingsområden som bör analyseras i eventuella kommande utvärderingar för Regionen. Generellt finns det dels ett behov av att också utvärdera perioden efter augusti 2020 som är omfattningen för denna rapport (Uppdrag 1), men även fokusera vidare på andra faser inom krishantering såsom stabilisering och återgång.

Förvaltningsområden för vidare analys:

- Hälso- och sjukvård: Ytterligare uppföljning för tidsperioden efter augusti samt fördjupning
- Kollektivtrafik: Faserna Beredskap, Hantering och Stabilisering
- Kultur- och fastighetsfrågor: Faserna Beredskap, Hantering och Stabilisering
- Regional utveckling: Faserna Beredskap, Hantering och Stabilisering

Vidare har föremål för analys i denna rapport även identifierats som områden att detaljera i en eventuell ytterligare utvärdering.

Förslag på utvärderingsområden för vidare analys:

- **Samverkan och samordning**
Samverkan med kommunerna och SÄBO
 - Det finns ett behov av att vidare analysera hur ansvar har tagits i gränssnitten mellan kommun och Region. Specifikt i hur frågor kring provtagning, behandlingsansvar och kohortvård och skyddsutrustning har hanterats och vilka lärdomar som kan dras från det arbetet.
- **Omställning av verksamheter**
Vid omställning av verksamheter finns det antal områden som inte har berörts och andra som kan gynnas av en fördjupning:
 - Partnerskap för hjälp med externa resurser;
 - Dimensionering av kompetensbehov utifrån scenarios,
 - Beredskap för personalförsörjning;
 - Åtgärdsbegäran till relevant samhällsorganisation vid brist på resurser som krävs;
 - Samt Krislägesavtal
- **Materialförsörjning**
Vid materialförsörjningshanteringen finns det ett antal områden som inte har berörts som kan behöva utvecklas vidare i det fortsatta arbetet med omsättningslager och försörjningen inför nästa kris:
 - Spårande av kostnader och rapporteringen
 - Konvertering av flexibel kapacitet till drift
 - Revidering av protokoll för hantering av rotation och återköp av lager
 - Uppbyggnad av omsättningslager
- **Effekt av fattade beslut**
Under ledning och styrning finns det ett antal områden som kan fördjupas vidare:
 - Utför närmare studier av effekter av fattade beslut för att bedöma vilken typ av beslut som varit effektiva i till exempel att förhindra smittspridning
- **Massvaccination**
Region Västernorrland har liksom övriga landets regioner fått i uppdrag att under första kalenderhalvåret 2021 säkerställa att samtliga regionens invånare över 18 ska beredas möjlighet att vaccineras mot det nya Coronaviruset. Detta åtagande kommer med mycket stora

insatser och en inte oväsentlig del osäkerhetsfaktorer. Regionen bör omgående analysera bland annat följande:

- Etablering av heltäckande vaccinationsplan, avseende
 - Tillhandahållna vacciner och deras respektive medicinska karakteristika, samt logistik och utrustningskrav
 - Scenariomodellering
 - Prioriteringsstruktur
 - Tidplan med detaljerad utrollningsplan
- Logistik- och leveransramverk
- Vaccinförvaring och transport
- Systemstöd
- Kommunikationsplan – intern och extern

8

Bilagor

8.1

Bilaga 1. Intervjuförteckning

Intervjuform	Organisation	Namn/roll	Datum
Enskild	Regionledning	Anders Sylvan, tf. regiondirektör	2020-10-08
Enskild	Regionledning	Mats Brännström, Hälso- och sjukvårdsdirektör	2020-10-07
Enskild	Regionledning	Lena Carlsson, Sjukhusdirektör	2020-10-07
Enskild	Regionledning	Anna-Lena Lundberg, Primärvårdsdirektör	2020-10-08
Enskild	Regionledning	Eva Strömsten, HR-direktör	2020-10-08
Enskild	Regionledning	Lars-Erik Marklund, Kommunikationsdirektör	2020-10-07
Enskild	Kvalitet- och patientsäkerhet	Mikael Saric, Chefläkare	2020-10-23
Enskild	Smittskyddsenheten	Hans Boman, Smittskyddsläkare	2020-10-08
Enskild	Smittskyddsenheten	Maria Tempé, Biträdande Smittskyddsläkare	2020-10-13
Enskild	Serviceförvaltningen	Anders Jaktlund, Utredare	2020-10-13
Enskild	Vårdhygien	Marie Bast, Hygienläkare	2020-11-04
Enskild	Kvalitet- och patientsäkerhet	Monasofi Wallinder, Verksamhetschef	2020-10-28
Enskild	Kvalitet- och patientsäkerhet	Thomas Bolin, Narkosläkare	2020-11-13
Grupp	Vårdval	Gun-Britt Milioris, Vårdvalschef	2020-10-13
Grupp	Primärvården	Helena Rödén, Verksamhetschef Ådalen	2020-10-13
Grupp	Regionhälsan	Ann-Christin Hansson, Enhetschef	2020-10-13
Grupp	Regionhälsan	Katarina Olofsson, Enhetschef	2020-10-13
Grupp	Fastighets- och service	Kristiina Kulluvaara, Fastighets- och servicedirektör	2020-10-15
Grupp	IT	Karin Sellgren, Projektledare IT	2020-10-15
Grupp	Primärvården	Maria Lindström, Familjeläkare	2020-10-15
Grupp	Sundsvall	Petra Lindstedt, Länsverksamhetschef Hud, Lungmedicin och Infektion	2020-10-13
Grupp	Sundsvall	Anders Zetterkvist, Länsverksamhetschef Operation och Intensivvård	2020-10-13
Grupp	Sollefteå	Anders Lundin, Länsverksamhetschef Akutsjukvård och Ambulans	2020-10-13
Grupp	Sollefteå	Agneta Nordlander, verksamhetsutvecklare länsverksamhet akutsjukvård och ambulans	2020-10-13
Grupp	Sollefteå	Mats Åström, Enhetschef IVA och anestesi	2020-10-14
Grupp	Verksamhetschef	Åsa Mattsson Rumm, Länsverksamhetschef kirurg, urolog och öron, näsa, hals	2020-10-14
Grupp	Verksamhetschef	Maria Strandberg, tillförordnad länsverksamhetschef medicin	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Per Eriksson, IVA och narkosläkare	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Marléne Axemo Gode, Kommunikatör	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Fredrik Andersson, Chefläkare	2020-10-14
Grupp	Örnsköldsvik	Leif Ehlin, Enhetschef kirurgi	2020-10-14
Grupp	Örnsköldsvik	Monica Mörtzell H, Enhetschef medicin	2020-10-14
Grupp	Örnsköldsvik	Karin Söderberg, Enhetschef operation	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Annelie Jernberg, Kommunikatör	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Elin Andersson, Enhetschef medicin	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Ingrid Salomonsson, Samordnare	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Per Viklund, Beredskapssamordnare	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Annika Nilsson, Narkosläkare	2020-10-15
Grupp	Sundsvall	Biomedicinsk analytiker labbmedicin	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Enhetschef IVA	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Enhetschef infektion	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Chefläkare infektion	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Sjuksköterskesamordnare	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Enhetschef medicinkliniken	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Beredskapssamordnare	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Enhetschef IVA	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Sjuksköterska infektion	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Sjuksköterska urologi	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Narkossjuksköterska IVA	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Sjuksköterska vårdutvecklare akutsjukvård och ambulans	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Undersköterska IVA	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Överläkare medicinkliniken	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Sjuksköterska kirurgi	2020-10-14

Grupp	Sundsvall	Narkosläkare IVA	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Sjuksköterska IVA	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Molekylärbiolog labbmedicin	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Sjuksköterska infektion	2020-10-14
Grupp	Sundsvall	Överläkare medicinkliniken	2020-10-14
Grupp	Örnsköldsvik	Biomedicinsk analytiker labbmedicin	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Biomedicinsk analytiker labbmedicin	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Sjuksköterska ortoped	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Fysioterapeut	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Undersköterska kirurgi	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Sjuksköterska IVA	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Narkossjuksköterska Operation	2020-10-15
Grupp	Örnsköldsvik	Enhetschef IVA	2020-10-15
Grupp	Sollefteå	Undersköterska, specialistmottagning	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Sjuksköterska specialistmottagning	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Sjuksköterska specialistmottagning	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	ST-läkare medicin	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	AT-läkare medicin	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Narkossjuksköterska	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Sjuksköterska operation	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Sjuksköterska operation	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Undersjuksköterska IVA	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Sjuksköterska IVA	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Undersköterska akutmottagningen	2020-10-14
Grupp	Sollefteå	Sjuksköterska akutmottagningen	2020-10-14

8.2 Bilaga 2. Källförteckning

Aftonbladet, Sjukvårdspersonalens superlön i sommar – 25 000 i veckan, 2020-05-30, hämtad den 2020-11-10 från [Västernorrlands sjukvårdspersonal får 25 000 i veckan | Aftonbladet](#)

Arbetsmiljöverket, Endast CE-märkt eller personlig skyddsutrustning med tillfälligt tillstånd ska användas, 2020-07-08, hämtad den 2020-11-15 från

<https://www.av.se/nyheter/2020/endast-ce-markt-eller-personlig-skyddsutrustning-med-tillfalligt-tillstand-ska-anvandas/?hl=CE%20Covid>

Arbetsmiljöverket, Ändringsföreskrift om sjukdomen Covid-19, 2020-04-07, hämtad den 2020-11-15 från

<https://www.av.se/nyheter/2020/andningsforeskrift-om-sjukdomen-Covid-19/?hl=CE%20Covid>

Folkhälsomyndigheten, Spridningen av Covid-19 är en pandemi, 2020-03-11, hämtad den 2020-10-30 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-Covid-19-ar-en-pandemi/>

Folkhälsomyndigheten, Skattning av behov av slutenvårdsplatser Covid-19, 2020, hämtad den 2020-11-15 från

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/1887947af0524fd8b2c6fa71e0332a87/skattning-av-varldplatsbehov-folkhalsomyndigheten.pdf>

Kommittédirektiv, Utvärdering av åtgärderna för att hantera utbrottet av det virus som orsakar sjukdomen Covid-19, Dir. 2020:74

Krisinformation, Krishanteringens grunder, 2020-08-06, hämtad den 2020-11-10 från

<https://www.krisinformation.se/detta-gor-samhallet/mer-om-sveriges-krishanteringssystem/krishanteringens-grunder>

Krisinformation, Samhällets ansvar vid smittspridning, 2020-07-24, hämtad den 2020-12-01 från

<https://www.krisinformation.se/detta-kan-handa/manniskor-och-smitta/samhallets-beredskap>

Regeringen, Uppdrag att bistå Socialstyrelsen i arbetet med att samordna tillgången till skyddsutrustning och annat sjukvårdsmaterial till följd av spridningen av Covid-19, 2020-04-03, hämtad den 2020-11-01 från

<https://www.regeringen.se/496702/contentassets/513705b8269d41b9ab1e0ad8e8b4f7c1/uppdrag-att-bista-socialstyrelsen-i-arbetet-med-att-samordna-tillgang-till-skyddsutrustning.pdf>

Regeringen, Arbetsmiljöverket ska bidra till att säkerställa tillgång till skyddsutrustning, 2020-04-07, hämtad den 2020-11-15 från

<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/04/arbetsmiljoverket-ska-bidra-till-att-sakerstalla-tillgang-till-skyddsutrustning/#:~:text=Regeringen%20har%20C3%A4ven%20beslutat%20om,f%C3%B6rst%C3%A5s%20av%20slutanv%C3%A4ndaren%20C%20till%20exempel>

Region Västernorrland, 47 miljoner till digitalisering av Primärvården, 2018-08-06, hämtad den 2020-11-30 från

<https://www.rvn.se/sv/v1/Arkiv/Nyhetsarkiv/47-miljoner-till-digitalisering-av-primarvarden/>

Region Västernorrland, Kvalitet- och patientsäkerhet, 2018-05-21, hämtad den 2020-11-30 från

<https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/regionens-organisation/regionledningsforvaltningen/Halso-och-sjukvard/kvalitet-och-patientsakerhet/>

Region Västernorrland, Minnesanteckningar från möte 2019-nCOV, 2020-02-03, mottaget den 2020-10-14 från Maria Tempé

Region Västernorrland, Minskade kostnader för inhyrd vårdpersonal, 2020-10-02, hämtad den 2020-10-30 från <https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/Aktuellt-i-Region-Vasternorrland/Nyheter/minskade-kostnader-for-inhyrd-varldpersonal/>

Region Västernorrland, Många nya Covidpatienter under helgen, 2020-11-30, hämtad den 2020-11-30 från

<https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/Aktuellt-i-Region-Vasternorrland/Nyheter/aktuell-lagesrapport---manga-nya-Covidpatienter/>

Region Västernorrland, Noterat från regionfullmäktige 23 september 2020, 2020-09-23, hämtad den 2020-10-25 från <https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/Aktuellt-i-Region-Vasternorrland/Nyheter/noterat-fran-regionfullmaktige-23-september-2020/>

Region Västernorrland, Organisationsstruktur- v.28 m LSSL, 2020, mottagen 2020-10-12 från Mikael Saric

Region Västernorrland, Sjukhus i länet, 2017-01-04, hämtad den 2020-12-05 från

<https://www.rvn.se/sv/Vard-o-halsa/Hitta-varld/Sjukhus-i-lanet/>

Region Västernorrland, Specialistvården, 2019-12-20, hämtad den 2020-12-05 från

<https://www.rvn.se/sv/Om-regionen/regionens-organisation/specialistvarden/>

Region Västernorrland, Smittskydd, 2020-10-02, hämtad den 2020-10-30 från

<https://www.rvn.se/sv/For-varldgivare/Smittskydd/>

Region Västernorrland, Utbrottsgrupp vid smittspridning i vård och omsorg, 2018-02-01 [rev. 2019-06-20], nedladdat den 2020-10-10 från

<https://www.rvn.se/contentassets/84cb51b1a8874aca8f05764212a41765/utbrottsgrupp-vid-smittspridning-i-varld-och-omsorg---region-vasternorrland.pdf>

Riksdagen, Smittskyddslagen (2004:168), 2004, hämtad den 2020-11-01 från

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/Smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168

SVT Nyheter, Chockbesked till personalen – operationsavdelning stängs 10 veckor, 2020-05-28, hämtad den 2020-12-01 från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/chockbesked-till-personal-operationsavdelning-stangs-10-veckor>

SVT Nyheter, Enhetschef om Sollefteåstängning: "Urdåligt – en ren skandal", 2020-05-29, hämtad den 2020-12-01 från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/enhetschef-om-sollefteastangning-urdaligt-en-ren-skandal>

SVT Nyheter, Ingen personal flyttas från Sollefteå till Sundsvall – missförstånd hävdar Regionen, 2020-06-17, hämtad den 2020-12-01 från <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/vasternorrland/regionen-backar-ingen-personal-flyttas-fran-solleftea-till-sundsvall>