

Genomlysning och lärande rörande hanteringen av smittspridning covid-19 på Berga vård- och omsorgs- boende våren 2020

– *Ingenting händer av
en enda anledning*

Charlotte Klinga & Håkan Uvhagen, FOU nu
210208

Presentation av författarna

Charlotte Klinga är legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, Med dr. och vetenskaplig ledare på FOU nu. Charlotte har sin yrkesbakgrund som socionom både från socialtjänsten och universitetssjukhus. Hon har därtill två magisterexamina, en i klinisk medicinsk vetenskap och en i Medical management. Sedan 2011 är hon involverad i utbildning i ledarskap och organisationsutveckling för chefer och ledare inom hälso- och sjukvård på Karolinska Institutet. Hon disputerade 2018 med avhandlingen *“The only constant is change – Exploring the evolvment of health and social care integration”* där Charlotte studerade en komplex sektorsövergripande samverkansorganisering mellan vård och social omsorg över tid, i sitt naturliga sammanhang med särskilt fokus på organisatorisk hållbarhet. Förutom sitt nuvarande arbete som vetenskaplig ledare på FOU nu, är hon även fortsatt anknuten till Karolinska Institutet samt postdoktor på Linnéuniversitetet.

Håkan Uvhagen är folkhälsovetare, lärare, Med dr. samt verksamhetschef på FOU nu. Håkan har sedan 2002 arbetat med praktiktäna forskning och utveckling i samverkan mellan och med vård och omsorg, region och kommuner. Han disputerade 2019 med avhandlingen *“Make it happen and make it matter: implementation and impact of primary healthcare-academia partnerships”* där Håkan studerade implementering och effekter av närmare samarbete mellan forskning, utbildning och primärvård.

FOU nu

FOU nu är en forsknings- och utvecklingsverksamhet med fokus på vård och omsorg om äldre och vuxna med funktionsnedsättning, i samverkan mellan Region Stockholm och de sju kommuner Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Upplands-Bro samt Upplands Väsby.

Utifrån FOU nu:s samfinansiering och målgrupper har samverkan mellan region och kommuner samt frågor rörande sammanhållen vård och omsorg särskild betydelse.

FOU nu är en verksamhet inom Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO.
www.founu.se



Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
Introduktion.....	5
Genomlysning som grund för lärande, lokalt förbättringsarbete och ökad framtida beredskap	5
Särskilda boenden och Berga vård- och omsorgsboende	5
Antal boende, indelning och vårdtyngd på Berga	6
Personal, anställningsformer och yrkesgrupper på Berga	6
Genomlysningens tillvägagångssätt.....	7
Resultat	9
Läsinstruktioner	9
Del 1.....	10
Läget innan smittan kom in på Berga – kapacitet och beredskap	10
Basala hygienrutiner	10
Skyddsutrustning.....	11
Bemanning och introduktion till nyanställda.....	11
Tiden strax innan och första veckan med covid-19 på Berga	12
Pro-aktiva förändringar precis innan första konstaterade smittfallet	14
Besöksförbud och kontakt med anhöriga	14
Förändringar i arbetssätt efter att smitta konstaterats.....	15
Övergripande för verksamheten och specifikt för medarbetarna	15
Jakten på skyddsutrustning.....	18
Stort informationsflöde, intensifierad kommunikation och nya utbildningsinsatser	19
Vad har underlättat i hanteringen för att begränsa smittspridningen av covid-19 på Berga?	21
Utbildning och myndigheternas vägledning.....	21
Samarbete internt och samverkan externt med bra stöd från alla nivåer	22
Tillgång till timvikarier och bemanningssjuksköterskor.....	26
Vad har försvårat i hanteringen för att begränsa smittspridningen av covid-19 på Berga?	26
Tidigt utbrott och begränsad kunskap om smittan	26
Bristfällig beredskap av skyddsutrustning och otillräcklig provtagning	27
Personal som blivit sjuka eller satt sig i karantän	29
Många nya medarbetare och timvikarier med ingen eller begränsad erfarenhet	31
Stort informationsflöde som tog mycket tid i anspråk och bidrog till osäkerhet	33



Restriktionen att avstå fysiska besök på äldreboenden.....	35
Hantering av media under en pressad tidsperiod	37
Förståelse kring ansvar och rollfördelning	37
Del 2	39
Hur kom det sig att utbrottet blev så omfattande på just Berga?	39
Covid-19, en okänd smitta och boendet blev tidigt drabbat	39
Smitta utan symtom samt fördröjd provtagning	40
Personalbrist och bristande tillgång till medicinsk kompetens från sjuksköterskor och läkare	40
Faktorer i den fysiska inre- och yttre kontexten.....	41
Vilka lärdomar kan vi ta med oss till framtiden?	43
Vilka är de enskilt viktigaste åtgärderna att vidta för att öka kapaciteten att hantera en eventuell ny smittsam sjukdom på boendet?	46
Diskussion	49
Vad betyder genomlysningens resultat ur ett lärandeperspektiv?.....	53
Reflektioner kring vårt tillvägagångssätt	56
Referenser	58



Sammanfattning

De första misstänkta fallen av covid-19 på Berga vård- och omsorgsboende i Solna stad upptäcktes hos två boende den 19 mars 2020. En omfattande spridning av covid-19 följde under våren bland personal och boende på Berga, med många dödsfall bland de boende och frånvaro hos personalen som följd.

En genomlysning genomfördes under tidsperioden av covid-19 spridning, från första misstänkta covid-19 fallet till dagen då boendet konstaterats fritt från covid-19 (19 mars till 11 maj 2020). Syftet med genomlysningen var att förstå hur spridningen av covid-19 kunde bli så stor med många dödsfall till följd bland de boende på Berga och därigenom utgöra grund för lärande och förbättringar.

Genomlysningen ger en unik inblick i hanteringen av covid-19 spridningen på ett särskilt boende, SÄBO, tidigt i pandemins intågande i landet. Den rymmer bland annat beskrivningar av genomförda förändringar i arbetssätt till följd av de första konstaterade smittfallen, men också de omständigheter som underlättat och försvårat hanteringen av smittspridningen av covid-19 på Berga.

På frågan om hur det kom sig att utbrottet blev så omfattande på just Berga, lyfts situationen med en okänd smitta, att boendet drabbades tidigt, smitta utan symtom samt fördröjd provtagning. Vidare behandlas frågor om personalbrist och bristande tillgång till medicinsk kompetens från sjuksköterskor och läkare samt faktorer i den fysiska inre- och yttre kontexten.

Generella lärdomar belyser vikten av: strukturer för information, kommunikation och stöd; arbetsrutiner, utbildning och fortbildning; skyddsutrustning och möjlighet till provtagning; synliggörande av SÄBO, samverkan och ansvarsfördelning; samt vikten av etablering och upprätthållande av relationer (kontinuitet) internt och externt. Utöver de generella lärdomarna betonas även ett närvarande och tydligt ledarskap, en plan för hantering av hög frånvaro av personal, samt att organisera för en stärkt kedja av alla professioner och kompetenser i vården och omsorgen om de äldre som enskilt viktigaste åtgärder.

På frågan om de enskilt viktigaste åtgärderna att vidta för att öka kapaciteten att hantera en senare våg eller en ny smittsam sjukdom på boendet lyfts situationens komplexitet med många åtgärder som påverkar varandra och som behöver hanteras samtidigt.



Introduktion

Det första dokumenterade fallet av covid-19 i Stockholms län bekräftades i slutet av februari 2020, vilket under våren följdes av en allt större smittspridning inom regionen.

Första misstänkta fallen av covid-19 på Berga vård- och omsorgsboende i Solna stad upptäcktes hos två boende den 19 mars 2020. Veckan innan hade sammantaget sju personer, 70 år och äldre, boende på särskilt boende, bekräftats med covid-19 smitta nationellt [1].

En omfattande spridning av covid-19 följde under våren 2020 bland personal och boende på Berga som resulterade i flera dödsfall bland de boende och frånvaro hos personalen. Under våren minskade antalet boende med konstaterad smitta på Berga. Från maj och fram till hösten konstaterades ingen smittad av covid-19 på boendet.

Genomlysning som grund för lärande, lokalt förbättringsarbete och ökad framtida beredskap

För att kunna dra lärdom av de erfarenheter man fått under våren och möjliggöra förbättringar på kort och lång sikt fick FOU nu i uppdrag att göra en genomlysning av arbetet på Berga för att stå bättre rustad såväl på verksamhetsnivå som på stadsnivå.

FOU nu är en samfinansierad forsknings- och utvecklingsverksamhet mellan Region Stockholm och sju kommuner i nordvästra länet, varav Solna stad är en av parterna. FOU nu är en verksamhet inom Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO. Läs mer på www.founu.se.

Särskilda boenden och Berga vård- och omsorgsboende

Särskilda boenden för äldre (SÄBO) är ett individuellt biståndsbedömt boende för omvårdnad och service som kommunerna, enligt socialtjänstlagen, ska inrätta för äldre personer med behov av särskilt stöd. En speciellt utsatt grupp för influensavirus så som covid-19, är den äldre delen av befolkningen och i synnerhet den sköra gruppen äldre personer som bor på SÄBO.

Ansvaret för hälso- och sjukvården till personer som bor på SÄBO är delat. För vård och behandling som ges av upp till och med sjukskötenivå ansvarar kommunen medan regionerna ansvarar för den vård och behandling som ges av läkare.



Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och ska säkerställa att boendes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i verksamheten tillgodoses. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska det inom den kommunala hälso- och sjukvården finnas en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). MAS ansvarar för att den boende/patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Verksamhetschefen kan inte bestämma över de arbetsuppgifter MAS har enligt lagar och föreskrifter.

De flesta som bor på SÄBO har omfattande vård- och omsorgsbehov [2]. Tiden som en person bor på SÄBO är högst individuellt och kan variera mellan 150–300 dagar till över 1 401 dagar [3]. Mediantiden för boende på SÄBO för riket 2018 var 720 dagar [3] och för Solna 545 dagar [4]. Personer som flyttar till SÄBO på grund av en demenssjukdom har vanligen betydligt längre boendetid på SÄBO än de personer som flyttar in av somatiska skäl [5].

Solna stad har efter upphandling gett den privata entreprenören Ansvar & Omsorg AB i uppdrag att bedriva vård och omsorg på Berga vård- och omsorgsboende. Uppgifterna nedan gäller för perioden då genomlysningen genomfördes.

Antal boende, indelning och vårdtyngd på Berga

På Berga finns det 96 platser för permanent boende uppdelat på 12 våningar med åtta boende per våning. Uppdelningen mellan platserna är 48 för personer med demenssjukdom och 48 för personer med somatisk sjukdom. Åldersspannet bland de boende sträcker sig från 64 år till 103 år och vårdtyngden är medel till hög. Många av de boende behöver hjälp med all omvårdnad.

Personal, anställningsformer och yrkesgrupper på Berga

Antal personal vid tidpunkten för genomlysningens genomförande var 103 ordinarie medarbetare och ungefär 40 medarbetare med timanställning. All personal har en specifik våning som de alltid arbetar på. Nattpersonal är kopplad mellan en våning för boende med demenssjukdom, där personalen fysiskt befinner sig, samt till en våning för personer med omvårdnadsbehov som de går till vid behov, exempelvis svarar på larm eller gör insatser efter ordination.

Två undersköterskor arbetar på morgon, dag och kväll, per våning. På natten arbetar en undersköterska med ansvar för två våningar. Sammantaget är det sex nattpersonal och en sjuksköterska, dvs totalt sju personal på natten. De flesta som arbetar är ordinarie personal förutom några som går på längre vikariat eller är timvikarier som kommer in vid semester och sjukdom. De flesta i personalen har relativt höga tjänstgöringsgrader; 100%, 90%, 85% och 80%. Tre personer har tjänster omfattande 60%–77%.



Personalkategorier är: undersköterska, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, aktivitetscoacher och hälsocoach samt läkare på uppdrag av regionen.

Externa aktörer som kan komma i kontakt med de boende vid behov är tandläkare, fotvårdare och frisör.

Genomlysningens tillvägagångssätt

Syftet med denna genomlysning var att förstå hur spridningen av covid-19 kunde bli så stor med många dödsfall till följd bland de boende på Berga från första misstänkta covid-19 fallet till dagen då boendet konstaterats fritt från covid-19 (19 mars till 11 maj 2020) och därigenom utgöra grund för lärande och förbättringar.

För att få en så mångfacetterad bild av händelseförloppet som möjligt gjordes en bred inkludering av informanter. Informanter från fem kompletterade perspektiv inkluderades. De kom från; Intern ledning, Extern ledning, Läkareorganisation, Medarbetare samt Beställare (se tabell 1).

Perspektiv	Hemvist	Formell roll	Metod
INTERN LEDNING	Berga	Verksamhetschef Enhetsledare x 2	Intervju + enkät
EXTERN LEDNING	A&O Temabo AB	Områdeschef Kvalitetsansvarig Kvalitetsutvecklare Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	Intervju
LÄKARORGANISATION	Familjeläkarna i Saltsjöbaden AB	Medicinskt ansvarig läkare för boendet Verkställande Direktör Verksamhetschef Samordningsansvarig	Intervju
MEDARBETARE	Berga	Undersköterskor x 8	Intervju
BESTÄLLARE	Solna Omvårdnadsförvaltningen	Förvaltningschef Stabschef Kvalitetsutvecklare Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)	Intervju + enkät

Tabell 1. Beskrivning av genomlysningens informanter och datainsamlingsmetod

Genomlysningen bygger på information från både intervjuer och enkäter (se tabell 1). Intervjuerna genomfördes under juni, augusti och september och enkäter besvarades under juni och augusti. Deltagandet var frivilligt.



Deltagarna informerades muntligt om genomlysningens syfte, hur och var intervju- och enkätmaterial kommer hanteras samt vem som kommer ha tillgång till materialet. Informanterna gavs möjlighet att när som helst avbryta intervjun utan att behöva motivera varför. De gavs även möjlighet att återkomma efter intervjun eller enkät med kompletteringar eller för att ändra något som tidigare sagts. Vid förfrågan fick även informanterna tillgång till det inspelade materialet från sin intervju.

För att kunna intervjua undersköterskor på Berga erbjöds intervjutider under sammantaget 10 dagar. De undersköterskor som arbetade under de dagarna, hade erfarenheter från våren och accepterade medverkan intervjuades. Personal från både A och B huset medverkade. Samtliga sjuksköterskor hade avslutat sin anställning vid tiden då intervjuerna med medarbetare på Berga genomfördes varför de inte har intervjuats.

Sammantaget har 20 personer intervjuats. En intervju genomfördes på plats på Berga, 16 via telefon och en fokusgruppsintervju med tre personer genomfördes via video. Tillvägagångssättet valdes utifrån förutsättningar och önskemål från informanterna. Intervjuerna pågick mellan 20–90 minuter. Efter samtycke från informanterna spelades intervjuerna in samtidigt som anteckningar fördes under intervjutillfället. Sammantaget finns ca 12 timmar inspelat material från intervjuerna.

Intervjufrågorna varierade något utifrån de olika perspektiven. Sammantaget kretsade frågorna kring erfarenheter ur de olika perspektiven från tiden då smittan kom in på Berga. För att förstå bakgrund och de händelser som inträffade under tiden då covid-19 spred sig på boendet, ställdes även frågor kring boendets förhistoria avseende hur beredskapen och kapaciteten att hantera situationen såg ut innan utbrottet. Enkätfrågorna möjliggjorde redogörelser för händelseförlopp under våren 2020.

En tematisk analys [6] av den samlade informationen från intervjuerna och enkäterna har gjorts. Detta innebär att informanternas svar (i termer av vad de har tänkt, känt och hur de har agerat) grupperades i teman utifrån centrala områden i genomlysningen. Resultatet bygger uteslutande på beskrivna erfarenheter och upplevelser från informanterna. I resultatavsnittet återges informanternas beskrivningar med deras egna ord.



Resultat

Resultat av genomlysningen är uppdelat i två delar. Den första delen (Del 1) handlar om tiden då smittan kom in på Berga, d.v.s. en tillbakablick kring hur informanterna minns situationen och hur den hanterades. Här presenteras de faktorer som informanterna beskriver kan ha bidragit till att underlätta respektive försvåra hanteringen av spridningen av smittan på boendet.

I den andra delen (Del 2) redovisas informanternas reflektioner och deras möjliga förklaringar till varför utbrottet blev så omfattande på Berga samt vilka lärdomar de tar med sig i sitt framtida yrkesutövande. Del två avslutas med en redovisning av åtgärder som informanterna bedömt som särskilt viktiga för att öka kapaciteten att hantera en eventuell ny smittsam sjukdom på boendet.

Läsinstruktioner

Resultatredovisningen är utformad för att i första hand åskådliggöra bredare kategorier och mönster av återkommande svar men också för att visa på en variation i svar som materialet innehåller. Det medför att nedanstående resultat inte nödvändigtvis delas eller har lyfts av alla intervjuade. Resultaten återges i huvudsak utifrån respektive perspektiv, se tabell 1 för vilka formella roller som ingår i de olika perspektiven.

I resultatdelen finns citat från informanterna. Efter varje citat finns en kod, ex M2. Den anger från vilket perspektiv citatet kommer ifrån. Intern ledning=(IL), Extern ledning=(EL), Läkarorganisation=(LO), Medarbetare=(M) samt Beställare=(B). För medarbetarperspektivet finns även en siffra för att synliggöra bredden inom perspektivet.

Vissa citat har förkortats för att öka läsbarheten. Detta anges med /--/. Några citat har även förtydligats av författarna med förklarande ord inom [].



Del 1

Läget innan smittan kom in på Berga – kapacitet och beredskap

Basala hygienrutiner

I intervjuerna beskrevs att verksamhetsledningen har i sitt åtagande ansvar att se till att rätt kompetens finns inom verksamheten. Enligt informanterna har detta åtagande efterlevts genom att alla medarbetare hade fått utbildning i basala hygienrutiner innan utbrottet av covid-19. Det framkom att alla medarbetare fick gå om utbildningen digitalt när pandemin kom. Det fanns sedan tidigare riktlinjer och rutiner på boendet för vård av personer med smittsamma sjukdomar såsom vinterkräksjuka och MRSA. Covid-19 var nytt varför rutiner specifikt för det inte fanns.

Nyanställd personal eller de som har jobbat här ett tag, alla måste genomgå den här basala hygienrutinen, det ingår i det här. /--/ och där har också sjuksköterskan sin roll som handledare och utbildare. (IL)

Ja, vi brukade göra det [genomgång och repetition av basala hygienrutiner] var 6:e månad. (M7)

Under intervjuerna framkom det att varje våningsplan har ett hygienombud och en hygienansvarig sjuksköterska och rutinerna för basal hygien ska gås igenom årligen med all personal. Därutöver görs enligt informanterna stickkontroller 1-2 gånger per år av sjuksköterska på varje våningsplan. Det framkommer vidare att det finns en vana att arbeta med basala hygienrutiner samtidigt som de poängterade att detta är något som de behöver arbeta med och följa upp dagligen.

Basal hygien det är ju liksom nummer ett. Du måste alltid ha handskar, förkläde och desinfektera, det har vi alltid varit var noggranna med. (M4)

I intervjuerna framkom det att det har förekommit brister i efterlevnad av rutiner för basal hygien innan covid-19. Språksvårigheter utbildningsnivå och kunskapsbrist nämns som några möjliga skäl till att det ibland är svårt att nå ut med information till alla medarbetare. Det finns ett långtgående och aktivt arbete med att öka kunskapsnivån och förbättra kvaliteten och efterlevnaden av basala hygienrutiner enligt informanterna. I och med pandemin gjordes ett genomgripande omtag i arbetet med basala hygienrutiner. Exempel på åtgärder som vidtogs beskrevs vara



övning i på- och avklädning, användning av skyddsutrustning samt framtagandet av en broschyr. Ovanstående aktiviteter skrevs in i en handlingsplan.

Skyddsutrustning

Under intervjuerna framkommer det att skyddsutrustning i form av förkläde samt handskar alltid finns eftersom detta används för dagligt bruk i vården och omsorgen i enlighet med basala hygienrutiner. Det fanns enligt informanterna inte något större lager av skyddsutrustning på boendet i form av munskydd eller visir.

Vi har haft skyddsutrustning hela tiden, det har vi, men ibland har vi bara haft det kanske för två timmar framåt, sedan har vi inte vetat om vi haft någonting kvar. (IL)

Bemanning och introduktion till nyanställda

Vid tidpunkten då den första boende konstaterades med smitta var två enhetsledare på semester vilket föranledde att de fick stanna hemma i karantän och arbeta hemifrån under två veckor efter sin hemkomst. I övrigt var bemanningssituation stadig till en början.

Under intervjuerna framkom det att det vid tidpunkten då smittan kom till Berga fanns en välfungerande introduktionsprocess för ny personal i termer av framtagna rutiner och efterlevnad av dessa. Introduktionen bestod av två dagar då den nyanställda får gå både morgon- och kvällsskift tillsammans med en handledare. Även information från andra professioner bl.a. rehabiliteringspersonal och sjuksköterska samt enhetschef beskrevs ingå i introduktionen. Vidare skildrades det att den skriftliga dokumentationen bestod av ett protokoll där den nyanställda och handledaren skrev under vartefter de olika momenten/rutinerna har gått igenom. Moment som ingår enligt de intervjuade är bl.a. demenssjukdom/omvårdnad /vård/basala hygienrutiner, individuell pärmdelegering och läkemedelshantering. Vid intervjuerna framfördes att all ordinarie personal har egna ansvarsområden bland vilka basala hygienrutiner, kvalitetsarbete, aktiviteter och palliativ vård, är några. Förutom introduktion till nyanställda har även alla medarbetare en individuell pärm där utbildningar som de gått dokumenteras. Därutöver återges att Berga har en nystartad utbildningsportal, dock pausades den när covid-19 smittspridningen tog fart.

All ordinarie personal har ansvar för olika områden, som till exempel hygien och kvalitet /--/ och alla ansvariga introducerar inom sitt område när det kommer nya [medarbetare]. (M3)



Tiden strax innan och första veckan med covid-19 på Berga

I intervjuerna beskrevs det att flera i personalen blev sjuka ungefär 14 dagar innan den första boende bekräftades med covid-19. Informanterna återger att ingen testning möjliggjordes för de som insjuknat i personalgruppen. De första misstänkta fallen av covid-19 upptäcktes hos två boende den 19 mars. En fick åka till sjukhus där hen fick ett positivt testsvaret och den andre testades på boendet och fick dagen efter ett positivt provsvar.

*Men den äldre levde inte så länge, utan gick bort nästa dag. /--/
Sjuksköterskan var uppe varannan timme, sedan kom anhöriga och var på plats för att vara med den äldre fast vi hade förbud. Men anhöriga fick komma eftersom det var den sista tiden. (M1)*

I anslutning till de positiva provsvaren kontaktade verksamhetschefen den medicinskt ansvarige sjuksköterskan (MAS) hos beställaren och fick 50 visir. Under intervjuerna beskrevs att alla medarbetare som arbetade då fick visir och munskydd och helgen efter den 20 mars togs prover på boende på andra våningar än den där smitta först konstaterats. Veckan efter konstaterades smitta på fyra avdelningar. Det blev akut brist på personal och smittan spred sig ytterligare. I intervjuerna berättas det att det i början var flera boende som ramlade men saknade andra symtom eller hade andra atypiska symtom för covid-19, t.ex. minskad matlust och allmänt försämrat allmäntillstånd men inte de typiska förkylningssymtom som vid denna tid beskrevs som symtom på covid-19.

Personalen berättade om de symtom som de boende uppvisat och ledningen förmedlade sedan detta vidare till läkarorganisationen och geriatriken i syfte att bidra till kunskapsuppbyggandet om sjukdomen vad gäller målgruppen äldre personer på SÄBO.

Vår ledning var ju väldigt snabbt med att informera de andra verksamheterna att kolla om någon ramlar /--/ så att man inte bara letade efter de här förkylningssymtomen. (IL)

I intervjuerna framkommer det att från och med att Berga signalerade att smitta konstaterats på boendet arbetade beställaren med att omfördela skyddsutrustning till verksamheten utifrån behov. Informanterna beskriver att inom loppet av några dagar förändrades situationen radikalt. Bemanningssituationen blev ansträngd och antalet insjuknade boende ökade snabbt. Därutöver beskrivs att skyddsutrustningen blev begränsad till följd av det snabbt ökade behovet. Läkarorganisationen fick återkoppling om situationen från flera håll. Situationen blev ansträngd gällande skyddsutrustning och att många i personalen och bland de boende var sjuka.



Det var jättemånga som blev sjuka under en jättkort tid och väldigt tidigt i pandemin vilket också är en viktig faktor att framhålla här. Om man tittar tillbaka och försöker analysera bakåt i tiden hur det troligen såg ut, så var det nog så att smittan nog fanns inne på Berga långt innan egentligen. (LO)

Allt fler förändringar i arbetsrutiner började genomföras. Samtidigt framhålls av läkarorganisationen att det fanns fungerande system och strukturer för samarbetet med boendet och MAS och läkarorganisation som man valde att initialt inte ändra på.

Beställaren uppger att de fick information från extern ledning om den uppkomna situationen med boende som visade positiva provsvar och att tre medarbetare som arbetat på samma avdelning var hemma och sjuka. Extern ledning informerade beställaren den 23 mars om spridning inom verksamheten och att bemanningsplaneringen började bli ansträngd. Dagen efter placerade extern ledning personal från en annan enhet till Berga för att täcka behovet. Berga meddelar beställaren att de har omorganiserat verksamheten så att chefer fanns på plats även på helger för att stötta personal.

I intervjuerna framkommer att de boende rekommenderades att använda munskydd om de hade hosta. De anhöriga till de boende på den avdelning där smittan hade konstaterats, kontaktades angående situationen. Det var främst sjuksköterskorna som talade med anhöriga enligt informanterna. Förutom samtal från sjuksköterskorna på Berga framkommer det att det även gick ut information till anhöriga om den uppkomna situationen från extern ledning.

Det framkommer i intervjuerna att det i läkarorganisationen redan i januari initierades simulering om hur en ansträngd situation skulle hanteras. De beskriver att man hade i februari senast övat på ett scenario vilket gjort dem mer förberedda när smittan kom i mars. På liknande sätt förberedde sig extern ledning för pandemin genom diskussioner kring olika scenarier men man sa samtidigt att det ändå inte gick att riktigt förstå och förbereda sig fullt ut.



Pro-aktiva förändringar precis innan första konstaterade smittfallet

Besöksförbud och kontakt med anhöriga

Besöksförbud infördes enligt informanterna den 12 mars vilket var före första konstaterade smittade, som var den 20 mars. Av intervjuerna framgår det att i stort sett ingen fysisk kontakt mellan boende och deras anhöriga tilläts förrän i juni då man hade införskaffat plexiglasskiva.

Vi har kört fram dem [de boende] till fönstret och de har haft telefonkontakt och vinkat. Det här är ju en demensvåning så det är ju inte så himla lätt här heller då, de blir ju lite förvirrade så klart, det går inte att förklara för dem riktigt, inte för alla i alla fall, hur läget är och så. (M3)

Vidare framkommer en bild av att många anhöriga blev oroliga och mycket av personalens tid gick till samtal med anhöriga. Samtalen karakteriserades enligt informanterna av att lyssna på anhörigas oro, lugna och förklara samtidigt som personalen själva inte visste så mycket.

Eftersom de inte kunde komma hit och träffa sina närstående, då ringer man istället för man vill höra hur de mår och vad vi gör för att de ska må bra. (IL)

Informanterna beskriver att det blev svårt för anhöriga att skapa en aktuell bild av sina boende anhöriga när de inte fick besöka boendet. De beskriver vidare att anhöriga kanske hade en bild av att den boende var kryare än hen var. Då kan det vara svårt att förstå en snabb försämring. Hälsotillståndet hos de boende, kunde enligt informanterna ändras snabbt, särskilt om det fanns bakomliggande sjukdomar.

Det har varit lite svårt för anhöriga att skapa en aktuell bild av sina närstående. De kunde inte komma hit, så de visste inte hur de mår just nu. /--/ Som sagt, på grund av bakomliggande sjukdomar har de haft små marginaler och det räckte med en liten infektion i luftvägarna för att tippa åt andra hållet. (LO)

Läkarorganisationen uppger att de bad sjuksköterskorna inhämta medicinska uppgifter från de boende kring andning, blodtryck, allmäntillstånd och hur situationen skiljde sig från innan, för att kunna informera anhöriga om aktuellt hälsotillstånd. I intervjuerna uppger representanterna från läkarorganisationen att vid försämring av hälsotillstånd hos boende har anhöriga tillfrågats om de önskade att den boende skulle skickas till sjukhus.

Det kom enligt läkarorganisationen olika handlingar i informationsflödet från både myndighet och region som beskrev ett fokus på att vara kvar på boendet för kvarvård



av de äldre personerna på SÄBO. Ibland gick bedömningen isär mellan läkare och anhörig om vad som var bäst, att bli kvar på boendet eller åka till sjukhus. Dock är erfarenheten enligt läkarorganisationen att anhöriga och läkare oftast kom överens. Det poängteras under intervjuerna att anhöriga alltid kunde få samtal med läkare för att diskutera t.ex. om övergång till palliativ vård.

Förändringar i arbetssätt efter att smitta konstaterats

Övergripande för verksamheten och specifikt för medarbetarna

Det fanns en restaurang på Berga som var öppen för både boende och allmänhet men att den stängdes kort efter införandet av besöksförbudet. Först för allmänheten och sedan även för de boende. Alla aktiviteter utöver ren omvårdnad ställdes in, tex fotvård, tandläkare, frisör etc. och stoppades helt under vecka 12 och framåt. Vidare beskrivs att det finns en hemtjänstverksamhet som är lokaliserad till entréplanet på Berga. Denna verksamhet fortsätter enligt intervjuerna.

Provtagning för spårning av covid-19 hos boende som visat något avvikande i sitt beteende påbörjades enligt informanterna efter det första konstaterade smittfallet. Det beskrivs att vanligt förekommande symtom var att de boende ramlade, däremot hade inte alla klassiska förkylningssymtom. Verksamhetsledningen på Berga berättar att de informerade andra verksamheter att vara vaksamma på att fall kan vara ett symtom.

Ja, sedan började de visa symtom, /--/ flera hade ramlat eller visade något avvikande från sitt normala beteende. Så då beställdes prover av provtagningsteamet och på måndagen fick vi konstaterade fall på ytterligare tre olika våningar och efter det gick det [covid-19 smitta] som en löpeld, helt plötsligt var den överallt. (IL)

Under intervjuerna framkom det att när covid-19 spreds var det fullt på boendet varför de inte behövde pausa inflyttning av nya boende. Sammantaget fick Berga endast in tre nya boende under påskhelgen. Dessa kom från sjukhusvård, alla bar på känd smitta med covid-19. Enligt informanterna ansåg intern ledning, personal och anhöriga till boende på Berga att det inte var lämpligt att nya boende som insjuknat i covid-19 skulle erbjudas plats på Berga med risk att smitta befintliga boende. Enligt informanterna fördes samtal mellan beställaren och interna ledningen och det beslutades sedan att inga fler nya boende skulle beredas plats på Berga.



Det berättas i intervjuerna om att särskild personal fördelades för de boende som insjuknat i covid-19 respektive de friska. Personal som arbetade i det ena huset, A-huset, fick inte längre gå över till B-huset och tvärtom. Hade man under ett arbetspass varit i A-huset fick man inte gå till B-huset. Vidare beskrev de att det inte längre var tillåtet att gå mellan olika våningar och avdelningar inom respektive hus samt att det under nattskiten var en personal som ensam arbetade med de sjuka per avdelning.

Vi hade extrapersonal till de boende som hade covid-19, jag menar att det var två personal som tagit hand om "bara" covid, förutom de andra i personal som jobbade med resten av de boende på våningen. (M1)

Informanterna berättar att omklädningsrummen som är gemensamma för flera avdelningar stängdes för att minska umgänge mellan olika arbetslag. Vidare beskrivs att alla blev ombedda att börja byta om på den egna våningen varför förråd gjordes om till provisoriska omklädningsrum. Det framkommer även att personalen från olika avdelningar inte längre fick åka hiss tillsammans och att rutinerna för mathantering ändrades för att undvika att vårdpersonal gick in i köket. Kökspersonal fick köra in maten i hissen som sedan togs emot av personal på respektive våning och avdelning. En annan särskild rutin som infördes handlade enligt informanterna om att varje våningsplan fick titta till sin brevlåda tre gånger dagligen då informationsflödet var så omfattande. Därutöver fick personalen ett mer omfattande veckobrev av verksamhetschefen.

Vi rapporterade till varandra dagligen, snabbt, och vi dokumenterade mycket. /--/ Vi fick mycket information [från ledningen] om allt som hände. Det tyckte jag var jättebra. Daglig information från sjuksköterska var också väldigt bra. (M7)

Rutiner från Smittskydd Stockholm samt regionens vårdhygien adderades enligt läkarorganisationen till befintliga riktlinjer. I den mån det gick uppdaterades vårdplaner. Läkarna uppmanades av läkarorganisationen att gå igenom vårdplaner så att de var uppdaterade. Även extern ledning berättar att riktlinjer som tagits fram av Socialstyrelsen anpassades till redan befintliga rutiner för hantering av smittsamma sjukdomar och basala hygienrutiner för att sedan föras vidare till verksamheten.

Läkarorganisationen berättar att de efter rekommendationen om minskade besök inom SÄBO drog ner på sina fysiska besök hos de boende i syfte att minska kontaktytan och risken för smittspridning. Riskanalyser rörande egen personal genomfördes också enligt läkarorganisationen. Dessa visade på stor belastning på läkarna. Risken för att en person med medicinskt ansvar skulle bli sjuk uppmärksammades enligt informanterna vilket medförde avvägningar i relation till att minimera risk för att föra in smitta på boendet. Det framkommer under



intervjuerna att "besök" genomfördes istället i dialog med sjuksköterska på distans. Vidare beskrivs att det förekommit videokontakt för att visa bilder och göra bedömningar på distans. Ambitionen var dock enligt läkarorganisationen att vara fysiskt närvarande när behov av det fanns.

Om det är så att det inte går att bedöma per telefon så kommer vi och gör ett fysiskt besök. Då har vi använt skyddsutrustning. (LO)

I intervjuerna beskrivs att tidpunkten när läkare kontaktas av SÄBO kan skilja sig åt för hur det ser ut på sjukhus. Enligt informanterna kan läkare på sjukhus kontaktas efter t.ex. triagering när blodtrycket går under en viss nivå, likaså förändringar i andning och syremättnad. Vidare framkommer det att det på SÄBO inte finns någon gräns för när man ska ta kontakt med läkare utan det ska ske när sjuksköterska bedömer att det finns behov av en medicinsk bedömning. Det kan enligt informanterna handla om försämring av tillstånd hos en boende, när nya symtom uppkommer eller när sjuksköterskorna har medicinska frågor. Enligt läkarorganisationen har ansvarig läkare haft tidigare kännedom om de flesta i deras SÄBO, dvs innan de drabbades av covid-19. De har enligt informanterna ofta varit uppskrivna på rondlistan (där boenden som behöver bedömas av läkare skrivs upp) p.g.a. bakomliggande sjukdomar som t.ex. hjärtsvikt, KOL, diabetes, njursvikt, mm.

Enligt informanterna hade flertalet av dem som drabbades av covid-19 palliativa vårdbehov redan innan insjuknande och beslut kring vårdinriktning fanns sedan tidigare. Under perioden med högst antal insjuknade togs några beslut om palliativ vård, baserat på tidigare kännedom om den boende och information från sjuksköterska samt tillsammans med anhöriga. Inga beslut fattades enligt informanterna utan att kontakta anhöriga.

För att minska risken för smittspridning inom Berga beskriver intern ledning att sjuksköterskor ombads att inte gå mellan boende som var smittande med covid-19 och boende utan smitta, så långt det gick utifrån bemanningssituationen. Utifrån att sjuksköterskeresurserna tidvis var begränsade bad intern ledning även sjuksköterskorna att prioritera besök hos de boende som hade större medicinska behov eller var i behov av bedömning.

Under intervjuerna beskrivs att sjuksköterskor inte gått in på avdelningarna varför undersköterskor har gjort vissa omvårdnadsåtgärder på delegation av sjuksköterskorna. Enligt informanterna fick de ringa efter sjuksköterskorna om de behövde sjukvårdsmateriel. Det framkommer att beställar-MAS diskuterat vikten av att sjuksköterskorna var på plats på våningarna och gjorde bedömningar.

Nej, sjuksköterska kom inte in [på avdelningen] och vi tog hand om de boende själva. /--/ sen efter frågade de [sjuksköterskorna] hur vi mår. (M8)



Vi hade kunskap faktiskt, som undersköterska kan du göra det [omvårdnadsåtgärder på delegation], det är många som har delegering. /--/ Om vi behövde medicin eller något omlägningsmaterial, ringde vi dem [sjuksköterskorna] och de lämnade på huset [utanför avdelningen]. (M7)

Jakten på skyddsutrustning

Enligt informanterna fanns det etablerade rutiner och strukturer för samarbete där frågan om skyddsutrustning uppmärksammades snabbt. Kommunerna var dock initialt inte en del i regionens fördelningsnyckel enligt informanterna, vilket resulterade i att de inte fick ta del av den skyddsutrustning som fanns vid tillfället. Under tiden med störst smittspridning pausades allt utvecklingsarbete och rutinmässig uppföljning enligt intern ledningen. Huvuduppgift för verksamhetschefen blev istället att koordinera allt arbete för att få verksamheten att fungera.

Det fanns absolut inte en chans [till uppföljning] när det pågick. Ingenting sådant gick. Det fanns inte ens möjlighet att utföra normala delegeringar från sköterskorna till personal utan det fick ju bli väldigt ofta muntliga delegeringar för det fanns absolut ingen tid. /--/ Det liksom pågick hela tiden, ett jagande efter material när det var som värst. (IL)

En stor del av ledningens arbete under den första tiden handlade enligt informanterna därför om att få fram skyddsutrustning och arbeta förebyggande så att personalen inte vågade gå till arbetet på grund av rädsla.

Vi var jätte försiktiga, /--/ det enda som jag upplevde var att det var mycket ont om utrustning i början så vi var jätterädda, men det kom sedan. (M7)

Vi hade inte munskydd eller visir i början men efter ett tag fanns jättemycket skyddsutrustning på varje våning. Vi hade allt som vi behövde/--/. Men det var lite brist i början men man var i alla fall försiktig med allt. (M6)

Personalen ville ha munskydd för att känna sig trygga, annars skulle de gå hem enligt informanterna, samtidigt var detta ännu inte ett krav från myndigheterna. Enligt verksamhetsledningen vidtogs flera förebyggande åtgärder för att minska risken för smitta och lindra personalens rädsla. Exempelvis besökte beställar-MAS samt hygiensjuksköterska från Vårdhygien verksamheten för att informera om kunskapsläget och gällande riktlinjer.

Vidare framkommer det under intervjuerna att beställaren köpte in och fördelade skyddsutrustning för att täcka upp i de verksamheter som inte fick förväntade leveranser. Enligt beställaren levererade de visir till Berga den 23 mars. En inventering presenterad av Berga dagen efter till beställaren visade att det fanns skyddsutrustning i termer av handsprit och tvål, plastförkläden och handskar till alla



våningar för ca 14 dagar framåt. Det som saknades var ytdesinfektionsmedel samt munskydd och förkläden med längre ärmar. Beställaren berättar att den 25 mars levererades munskydd och fler visir. I intervjuerna berättas det att verksamhetschefen gick med i sjukvårdshjälpen på Facebook och fick hjälp av volontärer som tillverkade visir. Dessa visir byttes sedan ut mot c-märkta visir. Därutöver framkommer det att arbetsterapeuter startade egentillverkning av långärmade förkläden av plastrullar. Det framkommer att en internutredning begärdes av Solna stad samt att arbetsmiljöverket blev inkopplat då fackligt ombud gjorde en s.k. 6:6A (begäran till arbetsgivaren om arbetsmiljöåtgärd). Detta ledde enligt informanterna till en bra diskussion med Kommunal och åtgärder vidtogs för att säkerställa att skyddsutrustning fanns att tillgå och att alla gavs möjlighet att gå utbildning. Enligt informanterna var arbetsmiljöverket nöjda med vidtagna åtgärder.

Läkarorganisationen beskriver att de innan pandemin har använt arbetskläder, engångshandskar och plastförkläde vid behov. I samband med covid-19 blev reglerna mer strikta enligt läkarorganisationen, samtidigt som rutiner och förhållningsregler uppdateras nästan dagligen vilket försvårade möjligheten att hålla sig uppdaterad varje dag.

Stort informationsflöde, intensifierad kommunikation och nya utbildningsinsatser

I intervjuerna beskriver de svarande att det i början kom ny information ofta, många gånger dagligen och ibland flera gånger per dag. Vidare beskrivs det under intervjuerna att det var viktigt för ledningen att bevaka mailen för att hålla sig à jour med den dagliga utvecklingen. Kommunikationen internt och externt var mycket intensiv under en period då det enligt informanterna kom olika bud om vad som gällde. Vissa av informanterna beskrev det stora informationsflödet som förvirrande och att en oro väcktes kring om man gör rätt. Rapportering i nyhetssändningar, de efterföljande diskussionerna i sociala medier och den skiftande informationen om vad som gäller från myndigheterna beskrevs av informanterna som bidragande till funderingar om smittan möjligen kunde vara luftburen och att flera i personalen började ifrågasätta de olika buden.

En period funderade man på informationen om hur covid-19 sprids, är det luftburet till och med? Det var väldigt många som blev sjuka och då började vi ifrågasätta hur det sprids egentligen. (IL)

Läkarorganisationen beskriver att de initialt hade begränsad kunskap om smittan och försökte därför själva söka kunskap för att kunna ge rekommendationer. Samtidigt beskriver de att de följde styrande dokument från exempelvis Region Stockholm och Socialstyrelsen som de tolkade och fick vägledning i praktiken. Läkarorganisationen framhåller dock att de upplevde att det var oklara bud och att de



styrande dokumenten ändrades ofta och dessutom var de inte alltid lätta att förstå. Under perioder tyckte man att det även var svårt att hitta information på vårdguiden.

Utan att vara för kritisk så var det ett antal veckor där de olika myndigheterna inte riktigt var med så mycket. /--/ Det kanske var så att man inte hade så stor kännedom på de här myndigheterna hur vården på SÄBO såg ut egentligen och därför var det inte så lätt att komma med rekommendationer under den här mest kritiska perioden. (LO)

Extern ledning gick över till enbart digitala möten och telefonkontakt enligt informanterna vilket enligt dem bidrog till att kommunikationen via intranätet blev tydligare samtidigt som t.ex. uppföljning av hur nya riktlinjer togs emot, uppfattades och efterlevdes försvårades. Informanterna beskriver att under en period behövde extern ledning vara kontaktbar dygnet runt varför det etablerades en jourverksamhet. Det framkommer att områdeschef inom extern ledning har haft daglig kontakt med ledning Berga och veckovisa möten med läkarorganisationen. Först två gånger i veckan och sedan en gång i veckan. Kvalitetsutvecklaren har befunnit sig i Stockholm varför hen har haft möjlighet att vara på plats ibland. Samverkan mellan läkarorganisationen, MAS i Solna stad och beställaren intensifierades från mars enligt informanterna och återkommande digitala mötesformer kom snabbt igång mellan MAS inom extern ledning och kommunen.

Av intervjuerna framgår att det krävdes att all personal skulle gå utbildning i basala hygienrutiner oavsett hur nära inpå i tid de redan hade genomgått den. Vidare framkom att all personal fick gå Karolinska Institutets utbildning om covid-19, steg 1 och 2 och utbildning i basala hygienrutiner. Därutöver beskrivs att utbildningsfilmer har visats, om på- och avklädning av skyddskläder- och utrustning. En sjuksköterska har demonstrerat på plats för alla medarbetare hur på- och avklädning ska gå till. Vidare berättas det att demonstrationerna gjordes för ett mindre antal medarbetare i taget då det inte var möjligt att samla alla på en gång. Dessa demonstrationer följdes enligt informanterna upp med kontrollfrågor för att säkerställa att alla hade förstått budskapet. Därutöver framkommer det i intervjuerna att statistisk har förts och uppföljning har gjorts på all utbildning. Informanterna beskriver att det dagligen har gått ut information och påminnelser om vad som gäller, att hålla avstånd samt att hålla sig till basala hygienrutiner. Därutöver har enligt informanterna löpande samtal förts mellan enhetschefer och sjuksköterska som har följt upp personalens hantering av rutiner och skyddsutrustning mm. utifrån individuella behov.

Ja, det räcker inte med att informera och att alla nickar och säger att de har förstått. Vi var tvungna att sätta oss ner, sköterska eller chef tillsammans med 1-2 medarbetare och gå igenom allting en gång till för att säkerställa att de verkligen, verkligen, verkligen hade förstått. (IL)



I intervjuerna beskrivs att uppföljning även genomförts av beställaren och att det under april förekom dagliga avstämningar mellan beställaren och extern ledning per mail. Det beskrivs vidare att extern ledning och beställaren genomförde två digitala möten under april för att diskutera situationen och aktuella åtgärder. Därutöver skickades en första skriftlig analys av läget och av händelseutvecklingen från extern ledning till beställaren. Komplettering skickades månaden efter. I juni genomfördes ett digitalt möte för att följa upp arbetet på Berga mellan beställaren, verksamhetsledning samt företagsledningen.

Vad har underlättat i hanteringen för att begränsa smittspridningen av covid-19 på Berga?

Utbildning och myndigheternas vägledning

I intervjuerna beskrivs att extern ledning skickade information till verksamhetschefen om de nya webbutbildningarna som fanns tillgängliga från Karolinska Institutet m.fl. ställen som i sin tur uppmanade alla medarbetare att genomgå utbildningarna. All personal uppmanades att gå utbildning oavsett om man nyligen hade gått en, även nattsjuksköterskan informerades om att nattpersonalen borde gå samma utbildningar. Det beskrivs att alla medarbetare gick utbildningarna i omgångar och att en person utsågs att visa hur utbildningarna skulle genomföras och för att ge stöd om så behövdes. Därtill beskrivs det att dokumentation fördes över antal medarbetare som gick utbildningarna i syfte att säkerställa att alla tagit del av dem.

Webbutbildningen [i basala hygienrutiner] visade hur man skulle vara klädd, handskar och munskydd och utrustning. /--/ och sen hur vi ska var försiktiga och tvätta och sprita händerna. Det var en utbildning vi alla hade från början när vi började jobba inom vården, tvätta händerna och sprita händerna. (M2)

Vara noga med rutiner. Rutiner är det enda som hjälper, rutiner och att alla har kunskap. Vi har kunskap men det är bra att vi repeterar hela tiden. (M7)

Verksamheten lämnade in listor på vilka som genomgått utbildning till extern ledning. Det framkommer under intervjuerna att en diskussion har förts inom extern ledning kring vikten att säkerställa alla medarbetare förstått innebörden i utbildningarna. Det uppgavs att det var möjligt att klicka sig igenom en webbutbildning utan att egentligen ha tagit till sig informationen varför man beslutade att alla medarbetare skulle svara på ett frågeformulär samt visa på plats för sjuksköterska och chef att de hade tillräckliga kunskaper om och praktiska



färdigheter att tillämpa basala hygienrutiner. Det framkommer också att vårdhygien och beställar-MAS har besökt ledningen och hälso- och sjukvårdspersonalen på Berga för att informera på plats och svara på frågor.

Vi fick uppdrag från verksamhetschefen att gå runt och prata med personalen och ställa frågor, för att kolla om personalen har förstått. (IL)

Efter utbildning om basala hygienrutiner på datorn kom en sjuksköterska och avdelningschef och frågade oss muntligt hur vi uppfattade de basala hygienrutinerna och hur ska vi använda dem. Alltså inte som förhör, /--/ utan om det fanns missförstånd och om någonting behövde förtydligas. (M1)

Enligt informanterna genomförde extern ledning uppföljning av Bergas arbete gällande följsamhet till de nya rutinerna och att de arbetade med kohort-vård även senare under maj månad. Frågor som följdes upp var följsamhet till basala hygienrutiner, att personal vet vart de kan vända sig i frågor om skyddsutrustning samt att det fanns personal avsatt för uppgiften att desinficera ytor i syfte att frigöra mer tid för övrig personal att ha aktiviteter med de boende.

Vi som jobbat länge, vi har rutiner för hur vi ska skydda oss. Vi har fått utbildning i basal hygien, så vi vet hur man ska vara med en patient med covid-19 och personalen måste vara ren och desinfektera allt utrymmen och sådant. (M6)

Det beskrivs i intervjuerna med extern ledning att de hade svårt att orientera sig i informationsflödet och att det till viss del upplevts rörigt och svårhanterligt, särskilt i början. Samtidigt säger man att informationen har varit till god hjälp och gett vägledning i arbetet. Särskilt Socialstyrelsens sammanfattande sida över andra myndigheternas regler lyfts fram som behjälpligt. Till följd av det stora informationsflödet beskrivs samarbetet och kontakten mellan MAS:arna och ledningen på Berga intensifieras, därutöver beskrivs att beställar-MAS har varit involverad i Palliativt kunskapscentrums och vårdhygiens arbete med att ta fram filmer om basala hygienrutiner. Det framkommer i intervjuerna att läkarorganisationens och Region Stockholms rekommendationer har varit vägledande i arbetet med att ta fram rutiner att arbeta efter.

Samarbete internt och samverkan externt med bra stöd från alla nivåer

Vid intervjuerna framkom att ledningsgruppen på Berga under åtta veckor arbetade utan lediga dagar och att arbetspassen blev mycket långa under den mest kritiska tiden. Samtidigt ger intervjuerna en bild av att samarbetet i ledningsgruppen som består av verksamhetschefen, tre enhetschefer samt en samordnare varit mycket framgångsrikt. Även samarbetet med beställaren lyfts fram av den interna ledningen



som välfungerande och viktigt, likaså samarbetet med extern ledning. Det framkommer att beställaren bistod bl.a. med att hjälpa till med bemanning via stadens bemanningspool som startade 25 mars. Därutöver sökte extern ledning personal och även andra aktörer kontaktades angående personal till Berga. Beställaren beskriver att de hade daglig kontakt med ledningen på Berga gällande situationen och för att kunna stötta med skyddsutrustning och bemanning via stadens bemanningsjour.

Vi fick stor hjälp. Många [ny personal] fångades upp från Solna /--/. En enhetschef och kvalitetsutvecklare på Berga satt bara och jagade folk. Och sedan tog jag kontakt med Stockholms stad och Arbetsförmedlingen och de hjälpte också till med att försöka slussa hit folk helt enkelt. (IL)

Det beskrivs att den externa ledningen gick samman och att avstämningar ägde rum två gånger per dag då det fanns ett stort behov att prata om det som hände. Därtill beskrivs att samarbetet och avstämningarna blev ännu tätare mellan kvalitetsansvarig och MAS kring praktiska frågor, om hur många som gått utbildning samt tillgången till skyddsutrustning. Upplevelsen av samarbete och stöd inom extern ledning beskrivs som god samtidigt som situationen skildras som mycket ansträngd.

Ja, alltså jag vet ju inte, jag har aldrig upplevt ett krig men lite så kändes det ju. Om du tänker att man sitter lite som på någon stab någonstans och ska dirigera folk åt höger och vänster. Det var ju heller inget arbetssätt som varken jag eller mina kollegor var vana vid. /--/ Det var kaos på olika sätt och vis men man hanterade det. (EL)

Det framkommer att alla på lokal ledningsnivå på Berga funnits tillgängliga och kontakten intensifierades till att bli veckovisa möten med extern ledning. Det beskrivs att samarbetet blev tätare och områdeschefen blev mer involverad digitalt och fick kontinuerligt information från verksamheten. Det framkommer också erfarenheter om kommunala olikheter kring den hjälp som privata aktörer har fått från de olika kommunerna.

Att man kände ibland så här, oj vi famlar, men jag har alltid känt att man har sådant stöd i varandra, man stöttade från kommuner, från regioner, det var liksom inga gränser någonstans och det har ju jag känt att det blev vi stärkta i, att alla hjälptes åt, det var inget snack om saken. När vi kommer till en sådan här sak sluter man upp och hjälps åt oavsett roll eller vart man jobbar någonstans så stöttar man varandra och man kunde fråga, det var ingen prestige. Jag hoppas att vi kan fortsätta arbeta så. (EL)

I intervjuerna beskrivs hur alla hjälptes åt och bidrog extraordinärt under denna period. Intervjuerna ger en bild av att alla professioner på Berga; kurator, arbetsterapeut och hälso- och aktivitetscoach gick in och arbetade med



omsorgsinsatser i verksamheten vilket möjliggjort att verksamheten kunde upprätthållas. Det beskrivs att på extern ledning blev kvalitetsutvecklaren in och stöttade för behov som fanns för stunden, vilka till stor del handlade om rekrytering, att gå igenom ansökningar och intervjua eventuella nya medarbetare. Därutöver beskrivs det att mycket av arbetet handlade om att förtydliga och anpassa rutiner, signeringsdokument, utforma dokument för medarbetare för vägledning i det dagliga arbetet. Till exempel kunde det handla om dokument där medarbetaren kunde bocka av utförda uppgifter. Detta i sin tur möjliggjorde granskning av utfört arbete och gav underlag för återkoppling till enskilda medarbetare enligt informanterna.

Det har ju varit hela tiden så att vi har haft dagliga dialoger, alltså hela tiden. Och under de mest kritiska perioderna så hade vi bemanning 24 timmar om dygnet, sju dagar i veckan, alltså även på ledningsnivå, hela vägen upp. (IL)

Det framkommer att för beställar-MAS:en innebar den stora smittspridningen att allt annat arbete fick läggas åt sidan och kontakten med verksamheterna, däribland Berga intensifierades främst genom digitala möten och täta telefonkontakter samt veckovisa avstämningar med Power Point presentationer med viktig information från t.ex. läkarorganisationen som verksamheterna behöver fokusera på. Läget beskrevs som mycket ansträngt. Arbetet fick en helt annan prioriteringsordning, och delvis även innehåll för beställar-MAS:en som satt med i krisledningsgruppen och arbetade på strategisk nivå samtidigt som hon befann sig i verksamheten för att träffa sjuksköterskorna och bemöta frågor, främst kring vårdhygien. En stor del av arbetet handlade om att få ut information till verksamheten men också om att beställa läkemedel och transportera skyddsutrustning till boenden. Den 13 mars kom enligt beställar-MAS, MAS-riktlinjer ut som sedan uppdaterades under våren med länkar till Vårdhygien Stockholms riktlinjer.

Beställar-MAS och beställaren har vid denna tid, enligt informanterna Skypemöten varje vecka med cheferna på Berga samt utförarnas MAS:ar där ny information förmedlats, genomgång av och aktuella frågor diskuterats. Skriftliga minnesanteckningar med information och länkar skickades ut efter varje möte. Veckovisa digitala avstämningsmöten med chefer och masar skedde varje vecka under våren och den dagliga avstämningen med extern ledning pågick fram till sommaren för att därefter glesas ut enligt informanterna.

Jag har ju deltagit i dels de här veckovisa MAS-mötena, också deltagit i läkarorganisationens möten som var två gånger i veckan i början. /--/ Kontakten med Solnas MAS och kontakten med läkarorganisationen har underlättat min roll. (IL)

Läkarorganisationen beskriver att hanteringen av smittspridningen på Berga underlättades av att de redan innan smittan, hade ett gott samarbete med boendet, MAS, och ledningen hos beställaren. De beskriver vidare att det medförde att



samverkan inte började från noll utan byggde på redan etablerade rutiner och strukturer. Det framkommer också att de följde redan befintliga rutiner som styr samverkan och förstärkte dessa, vilket i sin tur gjorde att de snabbt kunde kommunicera information och uppmärksamma frågor om hjälpmedel. Därutöver beskrivs det att de snabbt kom igång med digitala mötesformer med MAS och beställaren och kommunicerade även med medicinsk ansvariga via digitala plattformar. Internt inom Familjeläkarna beskrivs det att de kom igång med digitala plattformen Teams med alla doktorer 23 mars. Utöver det interna samarbetet och samverkan med Berga och beställaren lyfts även samarbete med ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) och sjukhusen fram som välfungerande. Det beskrivs att läkarorganisationen har fått hjälp t.ex. med syrgas och blodtransfusion till boende på andra boenden. Upplevelsen enligt läkarorganisationen är att samarbetet med Berga har fungerat väl.

På liknande sätt som läkarorganisationen beskrev redan befintligt samarbete som en underlättande faktor för hanteringen av smittspridningen lyfte också beställaren redan befintlig samverkan med verksamheter, däribland Berga som en framgångsfaktor. T.ex. framhålls redan befintliga möten mellan kvalitetsutvecklare och beställar-MAS, verksamhetschefer och ansvariga masar där gemensamma frågeställningar och aktuella ämnen diskuterats. Man påtalar att strukturen för samverkan med verksamheterna redan fanns upparbetade varför dessa arbetsätt enkelt kunde intensifieras i och med pandemin. Det beskrivs att beställaren hade tät kontakt med cheferna, informerade om aktuella riktlinjer och åtgärder för att minska smittspridning, fördelade skyddsmaterial och startade en central utlämningsenhet som hanterade skyddsutrustning och som levererade material till verksamheter utifrån behov.

Medarbetarna lyfter fram genomgående att det har funnits ett fungerande stöd från närmaste chefer och verksamhetschef. Det framkommer att även stöd från kurator, företagshälsovård och psykolog har erbjudits. Den externa ledningen beskriver att det alltid har funnits en tillgänglig chef på Berga både dag och natt, om inte fysiskt så per telefon. Vidare beskrivs att oroliga medarbetare alltid har kunnat vända sig till en chef eller sjuksköterska vid frågor kring omvårdnad. Den externa ledningen framhåller att direktiven som har kommit har efterlevts samtidigt har fokus varit att värna de boende i första hand varför personalens mående inte alltid har fått tillräcklig uppmärksamhet. Efter tiden med stort antal smittade boende i covid-19 säger externa ledningen att det har blivit mer tid att fokusera på medarbetarnas mående.

Någonting som var riktigt bra var att vi fick information från våra chefer och att de stöttade oss så mycket och de frågade oss om vi behövde någonting. (M1)



Vi hjälpte varandra, de avdelningar där vi hade kollegor som var ensamma gick vi och hjälpte och sådär för att de timmisarna vi hade de blev ju också sjuka utöver att ordinarie personal blev sjuk. (M4)

Tillgång till timvikarier och bemanningssjuksköterskor

Det beskrivs i intervjuerna som om att personalsituationen blev ansträngd med hög sjukfrånvaro under ett antal veckor i mars och april. Det framkommer att det för en normal bemanning behövs 48 personal inne på avdelningarna och under en period anmälde sig 39 personer sig sjuka. Vissa kritiska dagar fanns det enligt informanterna på morgonen ingen bemanning på vissa våningar, före vikarieanskaffningen.

Det kom flera timmisar också för att hjälpa till för det var flera avdelningar som var drabbade samtidigt. (M6)

Jag är så tacksam att de [timvikarier] kom så att någon kunde vårda. (M2)

De som jobbade sjukskrev sig en efter en, sedan har de [sjuksköterskor] sagt upp sig. Och så kom det en [sjuksköterska] guldstjärna som hoppade in från bemanningsföretag. (M4)

Vad har försvårat i hanteringen för att begränsa smittspridningen av covid-19 på Berga?

Tidigt utbrott och begränsad kunskap om smittan

Det framkommer att smittan kom in på Berga väldigt tidigt då kunskapen om smittan och smittspridningen fortfarande var begränsad. Ledningen på Berga berättar att sjukhusen fick förberedelsetid för att rigga för avdelningar, personal och utrustning likaså andra boenden. För ledningen på Berga fanns ingen förberedelsetid enligt informanterna. Vidare beskrivs en situation där allt gick väldigt snabbt. En morgon mådde två boende inte bra, varav en av dem skickades till sjukhus och en blev kvar på boendet. Båda hade enligt informanterna positiva testresultat och den boende som blev kvar avled kort därpå.

Ja, jag var förvånad, rädd, panik och allt möjligt, man hade ingen aning om denna pandemi, man såg bara på sociala medier och man trodde att man kanske själv skulle få och att jag kanske kommer att dö sådana saker. (M2)



Det som försvårade arbetet var att vi kände att vi stod inför en sjukdom som är helt ny och inte känner till. Vad är det för konsekvenser eller förloppet som kommer att fortsätta? /--/ vi har en okänd sjukdom som vi inte har haft tidigare och inte har någon erfarenhet av hur vi ska behandla, sedan också hur pass smittsam den är och hur kan man skydda sig själv och omgivningen. (LO)

Kort därefter blev flera av de boende sjuka. Informanterna uppgav att de boende fick olika symtom, många började ramla. Enligt läkarorganisationen var det luftvägssymtom, hosta och andningsbesvär som man skulle vara uppmärksam på vilket också flera av dem som insjuknade i covid-19 hade. Samtidigt säger läkarorganisationen att det på Berga fanns boende som även hade andra för tiden icke typiska covid-symtom såsom illamående, diarré, kräkningar, aptitlöshet och som initialt inte blev uppmärksammade som covid-19. Därutöver säger man från läkarorganisationen att precis i början kunde andningsbesvär och hosta också tolkas som en försämring av KOL eller hjärtsvikt eller som en vanlig förkylning.

Ja, men alltså, hela den här situationen försvårar ju. Det blev ju som en ny situation vi ställdes inför och ibland kunde man ju känna när man kom hem att har jag hittat på det här själv eller vart kommer det ifrån. /--/ Varje dag lärde vi ju oss något nytt av det, så var det. (IL)

Man visste egentligen inte hur det smittade. Det var ju så i början så det var ingen som riktigt kunde säga. (IL)

Bristfällig beredskap av skyddsutrustning och otillräcklig provtagning

Skyddsutrustning

Det framkommer att det uppstod en rädsla, främst under de två första veckorna, att lagren av skyddsutrustning inte skulle hinna fyllas på utifrån de ökade behoven. Samtidigt beskrivs det att Berga aldrig har varit utan skyddsutrustning även om tillgången stundtals varit kritiskt.

Jag var mycket orolig i början, vi hade ont om utrustning, /--/ jag tänkte på mina barn och om jag kommer hit kanske jag också blir smittad, men vi var jättenoga med basal hygien det var det som räddade oss att vi följde de rutiner som vi har. (M7)

Ja i början var vi lite skrämda, det fanns inte tillräckligt skyddsmaterial, visir och munskydd, i början var det brist på det. (M5)

Närstående ville komma när deras anhöriga var i livets slutskede. Då behövde det finnas skyddsutrustning för dem vilket stundtals var utmanande då det knappt räckte till medarbetarna. Diskussioner fördes i frågan och bedömningen gjordes att



anhöriga måste ges skyddsutrustning så att de kan komma och ta farväl. Det framkommer att uppfattningen hos beställaren var att skyddsutrustning prioriterades till sjukhusen varför mycket arbete och tid gick till att söka utrustning och få in material. Detta upplevdes enligt informanterna som olyckligt då det blev fel fokus i arbetet. Det framkommer att beställar-MAS tex i början av pandemin fick ägna en stor del av sin tid åt att skaffa fram, fördela och även köra ut utrustning till boenden, däribland Berga. Vidare framkommer det att Berga kom igång med egentillverkning av skyddsutrustning. Beställaren beskriver att de sedan i början av mars försökt beställa material via ordinarie leverantörer för att täcka upp eventuella kommande behov och fick då besked att Regionens verksamheter var prioriterade. Något större lager med skyddsutrustning fanns inte tillgängligt i kommunen.

Provtagning

Det framkommer att personal stannade hemma p.g.a. rädsla för att smitta de boende men också för att själva bli smittade. En fråga som lyftes under intervjuerna var om en ökad provtagning hade gjort det lättare att identifiera de i personalen som inte uppvisade några symtom men som ändå var smittade. På motsvarande sätt funderade man om provtagning hade kunnat möjliggöra att fler kunnat komma tillbaka tidigare till arbete. Det framkommer under intervjuerna att det inte var möjligt att testa brett, d.v.s. både boende och personal vilket bl.a. försvårade kohortvård. Därtill framkommer det från ledningsperspektiv att det upplevdes som otillräckligt att följa och styra på endast symtom.

Och när de började ta prov på oss /--/, visade några negativt och några positivt och de sa att trots att jag inte hade symtom visade provet positivt och de sa åt mig att gå hem på en gång. (M2)

I intervjuerna beskrivs att personalen och de boende blev sjuka samtidigt, väldigt tidigt, då kunskapen om smittan och smittspridningen ännu var begränsad. Läkarorganisationen framhåller att det kan ha varit så att det fanns en smittspridning inne på boendet redan innan någon kände till det. Därför upplever man att det var olyckligt att smittspårning slutade och att regionsgemensam testning inte möjliggjordes tidigare. Situationen försvårades enligt läkarorganisationen ytterligare av att det fanns begränsningar i skyddsutrustning inom verksamheten och att verksamheten inte kunde ta del av de hjälpmedel som fanns vid tillfället inom regionen.

Under våren var beställar-MAS i kontakt med ledningen på Familjeläkarna gällande situationen med provtagning och det pågick ett aktivt arbete för att personalen på Berga skulle få möjlighet till antikroppstest vilket påbörjas strax efter påsk. Enligt utsagor från intervjuerna informerade beställaren 3 april om möjligheten till antikroppstest av personal på Berga vilket påbörjades i samverkan med Familjeläkarna under påsken 2020.



Det har vi gjort [provtagning], och så fort vi har haft någon som vi har varit misstänksamma mot så har de tagit prov. (M3)

I normala tider har verksamheten mest bortfall av personal p.g.a. sjukdom i mars vilket var fallet även detta år enligt interna ledningen på Berga. Det beskriver att personal som insjuknade tidigt inte fick testa sig varken på sjukhus eller inom primärvården.

Den initiala testningen på Berga kom enligt läkarorganisationen att visa att ca 25% av personalen var smittade vilket enligt dem bekräftar bilden av att många hade varit och var sjuka, både patienter, medarbetare och ledning. Verksamhetschefen skickade hem medarbetare som var positiva utan att uppvisa symtom samtidigt som den interna ledningen framhåller att av de som hade varit sjuka hade flertalet också haft vanlig influensa och förkylning.

Så vi kunde sedan börja testa folk och där vi även skickade hem folk som hade inga symtom men ändå uppvisade att de bar på smitta. (IL)

Personal som blivit sjuka eller satt sig i karantän

Den allmänna rekommendationen från myndigheterna var att stanna hemma vid minsta förkylningssymtom resulterade i att många i ordinarie personalstyrka var borta. Det beskrivs vidare att många i personalen insjuknade före de boende och att personalbristen och underbemanningen blev ett stort bekymmer för hela verksamheten. Bl.a. medförde det enligt informanterna att en del personal fick jobba ensamma med de friska för att kunna avsätta personal till de sjuka.

Tufft, de hade det jätte tufft och det tråkigaste av allt var att det var så många som vart sjuka så det fanns ju inte personal, så vi fick ju jobba ensamma. (M4)

Att det var en ny smittsam sjukdom väckte oro och rädsla och det framkommer i intervjuerna att vissa agerade instinktivt genom att sätta sig själv i karantän. Hur många som stannade hemma p.g.a. symtom respektive rädsla, är svårt att svara på säger informanterna. Vissa medarbetare var själva i riskgrupp och andra hade familjemedlemmar och nära anhöriga i riskgrupp vilket kan ha påverkat beslut om att stanna hemma, enligt informanterna. Det framkommer att det fanns en rädsla att vara sjuk utan symtom och därmed smitta de boende. Vidare framkommer det att det också fanns en rädsla att bli sjuk på jobbet och smitta anhöriga hemma.

När man kände minsta symtom tänkte man "åh gud tänk om man har det och smittar någon". Man skulle vara hemma om man kände minsta symtom. (M3)

Enligt den interna ledningen på Berga har det vidtagits flera åtgärder för att hantera den rädsla som har funnit bland många i personalen om covid-19. Åtgärderna har syftat till att informera, utbilda, stödja och lugna. Vidare säger de att mycket av



arbetet har handlat om att prata om vikten att skydda sig och att alla behövs för att verksamheten ska fungera. Så långt det var möjligt möjliggjordes tid för medarbetarna att träffats och prata, även kuratorsamtal bokades in enligt intern ledning. Vidare säger de att det var lätt att som ledare glömma bort de egna tankarna och behoven, fokus låg på att stötta medarbetarna och tid saknades att prata om det. Därutöver framkommer det att ledarna själva känner att personalen hade behövt mer uppmärksamhet. Enligt interna ledningen har de kommit till deras kännedom att medarbetarna önskat se ännu mer av dem i verksamheten. Enligt verksamhetsledningen upptog även rapportering mycket av var och ens tid varför tid för egen reflektion inte kunde möjliggöras.

Det blir ju oftast att man ska lugna ner alla andra, ens egna tankar och känslor glömmar man liksom bort. (IL)

Stort bortfall i sjuksköterskegruppen

Det beskrivs att det var frånvaro från samtliga yrkesgrupper. I sjuksköterskegruppen, vars ordinarie styrka var sex personer, var fyra tidigt frånvarande vilket gjorde att det endast fanns två ordinarie sjuksköterskor kvar, som sedermera blev till en. Flera sjuksköterskor sa upp sig inom loppet av några månader och andra var sjukskrivna under hela perioden enligt informanterna. Sjuksköterskebemanningen löstes enligt informanterna genom bemanningsföretag samt genom flytt av sjuksköterska från annan enhet.

Vikten av att ha sjuksköterskor på plats i verksamheten, på avdelningarna lyfts fram som ytterst viktigt av beställaren. Det framkommer att beställar-MAS har informerat om vikten av att sjuksköterskorna måste vara ute på avdelningarna och göra bedömningar som ligger till grund för läkarnas bedömningar. Vidare har information om sjuksköterskornas roll att handleda och stötta undersköterskor påtalats.

Sjuksköterskorna är extremt viktiga här, de måste ut och stötta personalen. De måste göra bedömningar. (B)

Läkarorganisationen uppger att de fått berättat för sig av sjuksköterskorna att de blev stressade och rädda. Enligt läkarorganisationen erbjöds sjuksköterskorna samtal med ansvarig läkare på boendet även om det inte handlade om medicinska frågor utan mer i avlastande syfte, om behov av att prata fanns. Därutöver berättar läkarorganisationen att de inte bara väntat på att Berga ska höra av sig utan regelbundet ringt till boendet och frågat om de har frågor.

Från medarbetarperspektivet framhålls att sjuksköterskorna endast kom in på avdelningen om läget var akut. Det fanns en önskan om att sjuksköterskorna hade kommit in på avdelningarna, gett stöd och vägledning. Sammantaget beskrevs bristen på ledning från sjuksköterskorna som problematisk varför flera medarbetare upplevde att de fick agera på egen hand.



Sjuksköterskorna var inte där [på avdelningarna], de var rädda och det förstår jag. Alla var rädda men vi har ju valt detta yrke att jobba med människor. (M4)

Vi ville ha mera kontakt med sjuksköterska, att de skulle komma in oftare på avdelningen. /--/ Det var lite brist på att det /--/, för de var lite rädda att sprida corona till andra våningar. (M3)

Det har varit en tuff tid, sjuksköterskor som kan mycket mer kom inte till våningen [in på avdelningen]. (M8)

Arbetet med att få fram personal tog mycket tid och kraft varför det bestämdes inom extern ledning att sätta ihop ett team som skulle vara beredda att åka till Stockholm och Berga från Norrköping. Detta team användes dock aldrig enligt extern ledning.

Många nya medarbetare och timvikarier med ingen eller begränsad erfarenhet

Det beskrivs av den interna ledningen att när ny personal kom till Berga var det några "som vände i dörren". De vikarier som var inbokade informerades om att Berga hade fått in covid-19 vilket gjorde att många avbokade sina arbetspass enligt interna ledningen. Därutöver berättar de att de förlorade befintliga timvikarier som inte kom tillbaka då de var rädda. Samtidigt framkommer det att verksamheten lyckades rekrytera många nya timvikarier av vilka flera har stannat kvar. Det framkommer att deras erfarenheter skiljde sig vad gäller utbildning i basala hygienrutiner. Enligt informanterna hade vissa fått utbildning innan de kom och andra inte. Enligt den interna ledningen varierade även erfarenheterna hos de nya medarbetarna vad gäller att arbeta i enlighet med rutiner för andra smittsamma sjukdomar. De beskrivs att den befintliga personalen som hade en vana att arbeta med smittsamma sjukdomar såsom MRSA blev rädda, för det här var något annat. Extern ledning beskriver att det nu finns en större samsyn kring hur de ska agera men från början fanns olika bud kring munskydd, visir, långärmat etc.

När alla blev sjuka på en gång blev det jättebrist på personal. På vissa avdelningar var det en chef som fick hjälpa till. /--/ De anställde personal där vissa hade utbildning men vissa hade inte, det var jättejobbigt den tiden. (M6)

Det enda jag kan säga är att de behöver mer kunskap, när det kommer timmisar. De behöver vara bättre utbildade, det är jätteviktigt att man har kunskap. (M7)

Därtill framkommer det att p.g.a. situationen inte fanns möjlighet att introducera och utbilda enligt gällande rutiner varför introduktion av nyanställda inte blev korrekt genomförd. Enligt informanterna genomfördes den muntligt, ibland av ny personal som fick introducera ännu nyare kollegor då det inte fanns rutinerad personal som



kunde skola in. Därutöver framkommer det att det fanns utmaningar med språkförbristning, egen oro och de ofta förändrade direktiven. Det berättas att situationen var svår för befintlig och erfaren personal och än svårare för ny personal med ingen eller begränsad erfarenhet av omsorgsarbete. Det framkommer att ny personal utan utbildning fick arbetsuppgifter som att värma mat, städa och tvätta i syfte att frigöra tid för mer erfaren personal att utföra mer avancerat omsorgsarbete. Enligt interna ledningen på Berga har alla nya timvikarier i efterhand fått en riktig introduktion.

När det kommer nya ser vi på en gång [vad de har för kunskap]. En av oss går med dem och visar hur de ska göra, vi följde rutinerna och vi hade koll på dem [timvikarierna] hela tiden. (M7)

Extern ledning beskriver att annonsering efter personal gav goda möjligheter till att anställa men samtidigt bekräftar de bilden av att det blev svårt att hinna ge en ordentlig introduktion till alla nya. Detta blev enligt extern ledning tydligt när det visade sig att alla nya medarbetare inte visste hur man tar på och av sig skyddsutrustning. Åtgärder vidtogs enligt extern ledning genom att alla medarbetare, nya som gamla fick gå en webbutbildning med kompletterande praktisk övning som leddes av sjuksköterska.

Alltså när man går en utbildning eller får instruktioner eller det kommer nya rutiner eller arbetssätt, det räcker inte med att det står på ett papper eller att man muntligt berättar utan som chef eller ledare behöver man på olika sätt säkerställa att informationen verkligen har gått in och att man praktiskt kan tillämpa det man har lärt sig. (EL)

Från läkarorganisationen lyfts kontakten med olika sjuksköterskor från bemanningsföretagen fram som både en utmaning och en patientrisk. Utmaningar som framhålls är att sjuksköterskan som kommer in för en eller några dagar utan kännedom om verksamheten inte kan de lokala rutinerna. Det finns ingen upparbetad arbetsrelation till ansvarig läkare och inte heller känner sjuksköterskan de boende. En risk som lyfts fram är att det lättare kan bli missförstånd i kommunikationen om de boende.

När det kommer en ny sjuksköterska, även om det är en duktig sjuksköterska, kanske hon inte känner till eller är informerad om rutinerna här, inte har kännedom om patienten sedan tidigare och då är risken att det inte blir bra kontinuitet, även bland sjuksköterskorna sinsemellan. Och sedan t ex om något prov skulle ordinerats eller vissa saker som ska följas upp och stämmas av om några dagar, då kanske det inte är samma sjuksköterska. Då är det en annan sköterska som kanske inte har fått tillräcklig rapport om det här fallet. Sådana risker har funnits faktiskt när det blir brist på sjuksköterskor och det har kommit nya vikarierande sjuksköterskor. /--/ Känner man sjuksköterskan från



början, sedan tidigare, då är det lättare att förstå varandra och det minskar missförstånden även vid samtal per telefon. (LO)

Stort informationsflöde som tog mycket tid i anspråk och bidrog till osäkerhet

Alla perspektiven beskriver informationsflödet och de ofta förändrade beskederna som både arbetsamt och tidsödande att hantera. Till exempel beskriver beställaren, intern och extern ledning att det var tidskrävande att navigera och sondera bland allt, samtidigt som det var snabba svängningar. Regelverk ändrades i snabb takt och många gånger skedde detta osynkroniserat mellan olika myndigheter varför riktlinjerna inte alltid var överensstämmande enligt både beställaren och läkarorganisationen.

Alltså det var ju så mycket information som kom så att man var ju rädd att missa saker. Det var ju nästan så att datorn brann. (EL)

I samband med de första fallen av covid-19 i Stockholms län i februari beskriver extern ledning att det var mycket information som skulle omsättas till rutiner och riktlinjer för verksamheterna. De berättar att de jobbar mot olika kommuner och alla skrev olika kring vad som gällde vilket gjorde att de behövde tolka och söka efter en gemensam kärna. En annan utmaning som framkommer var att från extern ledning nå ut till verksamheterna med rätt format på informationen, gärna att det skulle författas kort och koncist. Den interna ledningen beskriver liknande upplevelser från den första tiden. De beskriver en situation där det kom olika besked från olika aktörer, därutöver pågick en livlig diskussion i sociala medier om vad som gäller. Den interna ledningen beskriver vidare att de olika beskederna om t.ex. hur sjukdomen smittar skapade oro och det uppfattades som oerhört svårt att navigera i det stora nyhetsflödet. Nya riktlinjer, direktiv och bud om vad som gäller kom och ändrades i snabb takt. Detta föranledde att de under en period, när det var som värst, fick kommunicera flera gånger per dag. Enligt den interna och externa ledningen var det svårt att veta vad verksamheten skulle följa.

Ja, självklart, alla gjorde det [kände sig osäker eller orolig]. Ingen visste ju riktigt och det kom nya riktlinjer dagligen om hur man skulle göra och vad som ska användas och inte användas. (IL)

Då fick vi en uppsjö med rutiner och riktlinjer som vi tolkade och reviderade. /--/ Finns det någon gemensam nämnare? Vad är det som händer här? Vad kan vi gå ut med för riktlinjer? De har ju varit verkligen till stöd för oss men i början märkte vi att alla skrev och tolkade på sina sätt så det var svårt i början. (EL)



Informanterna berättar att de förändrade riktlinjerna till viss del väckte misstänksamhet. Den interna ledningen beskriver att de fick arbeta med att få personalen att känna tillit till myndigheternas beslut. Interna ledningen berättar att personalen såg på nyheterna hur vårdpersonal klädde sig på intensivvårdsavdelningar och själva hade de betydligt mindre skyddsutrustning. Detta ledde till många etiska diskussioner enligt interna ledningen bland medarbetarna och med cheferna. De olika buden kring skyddsutrustningsfrågan uppmärksammades även på beställarnivån. T.ex. beskrivs det att det fanns olikheter i vad som instruerades kring skyddsutrustning från vårdhygien kontra Karolinska Institutet och Socialstyrelsen. De olika budskapen ledde till att många kände oro och rädsla enligt beställaren. Vidare beskriver beställaren att frågan fick mycket uppmärksamhet i media som lyfte fram att det fanns regionala och kommunala olikheter i hur regler kring skyddsutrustning har tolkats vilket bidrog till att många blev skeptiska. Personalen uttryckte till slut misstro till myndigheternas riktlinjer som ibland motsa sig varandra enligt beställaren. De berättare vidare att efter att riktlinjerna ändrats, ibland flera gånger under ett arbetspass, var det många i personalen som inte längre litade på Vårdhygien och de riktlinjer som kom ut utan krävde annan skyddsutrustning. Mycket av beställar-MAS:ens arbete fick fokuseras kring att sprida den kunskap som fanns för tillfället om covid-19, förbyggande insatser, riktlinjer kring handläggning av misstänkta och konstaterade fall och hantering av skyddsutrustning.

När vi säger att medarbetarna ska ha ett plastförkläde och handskar på sig och god handhygien och sedan kommer begravningsbyrån och ska hämta en avliden och kommer fullt utklädd i rymddräkt så det är klart att medarbetarna undrar varför ska vi gå så här och de kommer klädda så där. Eller så tittar man på nyheterna och ser hur personalen på IVA klär sig. (EL)

Det framkommer i intervjuerna en önskan om en mer samlad och tydlig informationsförmedling från myndigheterna som gav vägledning i en turbulent och orolig tid.

Vad ska man följa? Ja, det hade varit bra ifall det bara hade kommit från en kanal men så fungerar det väl inte med någonting. (IL)

En utmaning som medarbetarperspektivet framhåller och som blir särskilt tydligt när informationsflödet ökar enligt dem, är språkets betydelse. Medarbetare beskriver att det inom verksamheten finns flera som inte har svenska som sitt första språk vilket, i en tid när informationsflödet är stort och rutiner ändras, kan bli utmanande.

Det är det viktigaste kan jag säga, absolut det viktigaste, om du inte kan göra dig förstådd. /--/Om jag ska stå och förklara någonting här så spelar det ingen roll vad folk säger, de talar om utbildningar men det har ingen betydelse om du inte kan språket. (M3)



Vi har ju en del [medarbetare] som kanske inte har svenska som modersmål och jag vet inte, ibland kanske man säger ”ja” fast man kanske inte riktigt förstår eller man tycker att det är svårt att ställa frågor i större grupper. Kanske vågade man ställa de här frågorna när man bara var 1-2 av sina kollegor [i mindre grupper] och det tror jag ändå bidrog att det gick bra. (EL)

Restriktionen att avstå fysiska besök på äldreboenden

Restriktionerna diskuteras främst utifrån besöksstoppet för anhöriga, att ansvarig läkare arbetade på distans och att externa ledningen inte fysiskt fanns på plats.

Besöksstopp för anhöriga

Enligt informanterna infördes restriktionen att undvika besök på SÄBO i syfte att minska risken att föra in smitta när anhöriga hälsade på sina närstående. Samtidigt beskrivs det att det har funnits boende som har varit tillräckligt starka för att på egen hand gå ut på promenader och har då träffat anhöriga ute samt besökt affärer på torget. Informanterna beskriver att när besöksstoppet för anhöriga infördes fick det bl.a. till följd att den redan ansträngda situationen blev än mer ansträngd för medarbetarna. Exempelvis beskrivs det när en boende avled fick medarbetare tömma lägenheten utan anhörigas hjälp. Interna ledningen framhåller att det genom hela perioden för besöksförbud ändå alltid varit möjligt att som anhörig komma och vaka även om det naturligtvis inte varit som vanligt och flera anhöriga har, enligt ledningen upplevt att de inte fick möjligheten till ett ”riktigt farväl”. Att hantera närståendes oro har tagit mycket tid och kurator på Berga har fått kliva in och ge avlastning i svåra samtal enligt externa ledningen. Läkarorganisationen beskriver att kontakten med anhöriga varit tät.

Läkare på distans

Läkarorganisationen genomförde en riskanalys över läkarnas arbetssituation som exempelvis innebär att röra sig mellan olika boenden med frågeställningen, vad händer om ett stort antal läkare blir sjuka samtidigt eller blir sjuka utan symtom? Samtidigt reflekterar läkarorganisationen kring de utmaningar arbete på distans innebär.

Man kan känna av att den rapport man får angående en patient per telefon av en sjuksköterska, den kan skilja sig mot om man själv är på plats och tittar och ser det. (LO)

En försvårande omständighet som lyfts fram från flera av perspektiven är att tolkningen av direktiven föranledde att ansvarig läkare under en period inte var fysiskt på plats på Berga. Interna ledningen beskriver att sjuksköterskorna fick, till följd av att läkaren inte var på plats, göra många svåra bedömningar. Utöver svåra medicinska bedömningar säger interna ledningen att sjuksköterskorna även fick de ta



hand om många oroliga anhöriga. Sjuksköterskeresurs har enligt externa ledningen hela tiden funnits på Berga, om än periodvis i begränsad utsträckning. Vidare beskrivs att samarbetet mellan sjuksköterska och ansvarig läkare har varit tätt. Läkargruppen beskriver att det skedde en ökad dialog med sjuksköterskor på distans för att minska kontaktytan och risk för smittspridning samtidigt som det framkommer att avsaknaden av läkarnas fysiska ronder har upplevts som problematiskt av övriga medarbetare. Beställaren beskriver att de fick information från Berga om att det inte alltid gick att nå läkare per telefon och att läkaren inte fanns fysiskt på plats.

Läkarna har ju inte syns till på samma sätt som de gör normalt och det har ju också väckt irritation hos personalen. Jag förstår att de tänker "Varför ska jag gå och jobba i det här om inte ens doktorn törs komma hit och gå rond?". (EL)

Leda på distans i en turbulent tid

Från externa ledningen framhåller man att restriktionerna att undvika besök på SÄBO har efterlevts. Kvalitetsansvarig och kvalitetsutvecklare har inte besökt boendet utan haft en kontinuerlig dialog med Berga på andra sätt. Det beskrivs av externa ledningen att det har upplevts utmanande att inte få kliva in i verksamheten och se hur det går, hur rutiner har förstås och hur de efterlevs. Men med anledning av att flera funktioner i den externa ledningen har flera boenden skulle de i värsta fall bidra till smittspridning, om de själva blev sjuka utan symtom.

Intern ledning beskriver vidare att det har erbjudits stöd till verksamheten och verksamhetschefen från extern ledning samtidigt som verksamhetschefen kan tänkas ha behövt mer stöd. Möjlighet har genomgående funnits att kontakta beställar-MAS vid frågor men det är oklart om mer stöd kan ha behövts både från extern ledning och beställaren. Den interna ledningen säger att de i efterhand kan se att de borde ha efterfrågat mer stöd från både MAS och kvalitetsutvecklare då tid inte fanns att vara ute i verksamheten i den utsträckning som behov fanns hos medarbetarna, särskilt hos sjuksköterskorna men också hos undersköterskorna. Med anledning av att det fanns få sjuksköterskor i verksamheten och ingen läkare fysiskt på plats, beskrevs situationen bli utmanande för verksamhetschefen.

Det kändes ibland att man blev lite ensam och att alla tittade på utifrån runt omkring medan vi försökte kämpa här. (IL)

Till följd av restriktionerna att undvika fysiska besök, beskriver extern ledning att det var svårare att följa upp hur instruktioner fungerat på plats och om information som getts har varit begripligt. Det gick t.ex. ut information i de veckovisa breven om att alla ska genomföra utbildning i basala hygienrutiner. Hur dessa utbildningar har uppfattats, har enligt extern ledning varit svårare att följa upp utan dialog på plats. Däremot framhåller extern ledning att skriftlig dokumentation finns över att alla genomfört utbildningar.



Hantering av media under en pressad tidsperiod

Rapporteringen av Berga har stundtals varit omfattande enligt alla perspektiven. Informanterna framhåller att granskning i grunden är positivt och något man välkomnar men på det sätt det har gjorts bidrog beskrivs ha försvårat arbetssituationen för alla. Det lyfts exempelvis att det fanns drönare utanför Berga, att journalister filmade genom köksfönstret och knackade på fönstren till kontoren på nedre botten. Begrepp som användes under intervjuerna rörande medias tillvägagångssätt kretsade kring att bli förbannad och känna frustration.

Jag tycker att media har rätt att skaffa information, det är självklart, men det ska gå genom rätt kanaler och vägar. (LO)

Samtidigt framhåller många informanter det centrala i att det har funnits en erfaren chef på boendet som klarade av att hantera situationen på ett bra sätt. Det beskrivs att uppgiften har varit svår och att verksamhetschefen möjligen kunde ha behövt mer stöd. Att behöva hantera media beskrivs som tidsödande, i stället för att fokusera på verksamheten i en redan svår situation.

Jag kan väl tycka att det har tagit för mycket fokus från det vi egentligen behöver jobba med. /--/ Om jag kunnat ägna tiden till att få ordning på rutiner, kunna stötta ledning och de därute istället. (IL)

Förståelse kring ansvar och rollfördelning

Ytterligare en försvårande omständighet i hanteringen av smittspridningen av covid-19 på Berga som betonas av informanterna rör aspekter av förståelse kring ansvar och rollfördelning. Mer specifikt handlar det om upplevelser av oklara roller i krissituationen samt upplevelser av otydlighet i ansvar. Samtidigt framkommer beskrivningar med motsatta upplevelser där informanter lyfter fram den trygghet och vägledningen som en klar förståelse kring ansvar och rollfördelning gett.

Ett exempel som lyfts handlar om basala hygienrutiner där ansvaret beskrivs falla på flera stolar. Verksamhetschefen beskrivs ansvara för att personalen har kompetens vad gäller basal hygien samtidigt som det lyfts att det är enhetscheferna som oftast är på plats och driver det dagliga arbetet. Kvalitetsutvecklaren med anställning hos utföraren och med övergripande ansvar som sammanhållande i frågor som rör kvalitet beskrivs dela ansvaret med utförarens MAS. MAS på extern ledning beskrivs även ansvara för skyddsutrustning. Det framkommer därutöver att ytterligare roller som rör hygienfrågor är verksamhetens hygienansvarige samt hygienansvarig sjuksköterska. Utöver utförarens MAS finns även en MAS kopplad till huvudmannen Solna stad på förvaltningsnivå. Det beskrivs att ansvarsfördelning mellan de två masarna finns reglerad i avtal och samverkansöverenskommelse. Samtidigt framkommer det att en tydligare diskussion i syfte att förtydliga och säkerställa förståelse kring roller och ansvar hade behövt föras, utifrån den uppkomna



krissituationen. Förutom verksamhetschef, enhetschefer, kvalitetschef och MAS:ar beskrivs även för SÄBO-läkaren inneha en viktig roll rörande basala hygienrutiner. Rollen beskrivs dock inte som ansvarig för följsamhet till basala hygienrutiner på plats utan som bredare, tillsammans med MAS och kommunen.

Utöver vikten av att tydliggöra ansvar och roller i relation till hygien, poängteras även vikten av att föra en kontinuerlig dialog kring hur dessa förtydliganden och överenskommelser förstås av alla berörda parter. Detta beskrivs som särskilt viktigt under en krissituation.

Det var just det att det ändrade sig väldigt mycket hela tiden. Jag gjorde en riktlinje och sedan höll den någon vecka eller två, sen var jag tvungen att justera den för då stämde det ju inte längre. Alla dessa snabba svängningar som är svåra att navigera i, den ska ända ner till verksamheten, till personalnivå, det är en utmaning. (B)

Ett annat exempel som lyfts kring ansvar och rollfördelning rör uppföljning av krishantering. Det framhålls att under pandemin har beställarens roll bland annat varit att skriftligt och muntligt förmedla inkommande information från myndigheter och Region Stockholm, beslut tagna i krisledningen inom Solna stad samt förändringar i rutiner kopplat till covid-19 och den utveckling av kunskapsläget som skett under våren. Beställarens roll beskrivs även ha varit att utifrån inrapporterade behov från verksamheterna under perioden stötta med skyddsutrustning och bemanning.

Det lyfts att Berga återkom med regelbundna rapporter till beställaren kring hur utvecklingen hanterades och hur man arbetade enligt rutiner gällande basal hygien. Det lyfts att en handlingsplan togs fram och sändes till beställaren i början av mars som beskrev vilka insatser som skulle genomföras och när i syfte att minska smittspridning. Det handlade bl.a. om utbildning i basala hygienrutiner, hantering av skyddsutrustning och kohortvård.



Del 2

Hur kom det sig att utbrottet blev så omfattande på just Berga?

Covid-19, en okänd smitta och boendet blev tidigt drabbat

Den under våren initialt kraftigt begränsade kunskapen om covid-19 samt att Berga drabbades tidigt i pandemin, både ur ett Solna-, regionalt- och nationellt perspektiv, är två omständigheter som lyfts fram som betydande för det omfattande utbrottet. Känslan av att bli överrumplade beskrivs.

Nej, jag tror att vi blev ju ganska tagna på sängen allihopa över situationen som var och hur snabbt situationen förändrades på Berga. (IL)

I och med den begränsade kunskapen om covid-19 och att smittan tidigt fick fäste på Berga beskrivs att förberedelse tiden blev begränsad och kortare än för många andra verksamheter. Situationen beskrivs ha bidragit till att verksamheten inte visste hur personer som hade covid-19 skulle behandlas, konsekvenser, förlopp och strategier för att hantera smittspridning. Man fick istället pröva sig fram och kontinuerligt lära sig.

Den tidiga smittspridningen och kunskapsläget påverkade även utmaningar med att få ut ny information till medarbetare, anhöriga och boende samt att skapa nya rutiner till personal och vikarier. Vidare att följa upp hur de nya rutinerna och följsamheten till dessa fungerade i praktiken.

Smittans ospecifika symtom och svårigheterna att tolka dem initialt lyfts också som betydande. Under intervjuerna och i enkäterna framkommer det att hade man vetat det man visste en tid in i pandemin gällande ospecifika symtom både hos äldre och personal hade smittan möjligen inte fått samma spridning. Man hade då kunnat vidta åtgärder i ett tidigare skede än vad som skedde. Utöver detta lyfts även att okunskapen och det tidiga utbrottet väckte oro och frågetecken kring hur man kan skydda sig själv och de boende.

Det finns ju någon typ av slump i det här också, vi ser ju på vissa håll så kanske smittan verkar komma från en enskild person som kanske har arbetat utan symtom och som har smittat då både arbetskamrater eller patienter./--/ Det trodde man ju inte från början, då gällde att när du är sjuk då ska du stanna hemma. (LO)



Eftersom man inte riktigt vet hur mycket du smittar och man undrar ju varför vissa får det och vissa inte? (M3)

Smitta utan symtom samt fördröjd provtagning

Två andra omständigheter som lyfts fram handlar om situationen med att vara smittad utan att uppvisa symtom samt fördröjd provtagning.

Informanterna lyfter problematiken med att flera i personalen kan ha varit smittade av covid-19 utan att symtom på smitta var synlig. De kan därför ha adderat till smittspridning på boendet utan att veta om det. Situationen med att personal kan ha varit sjuka i covid-19 och bidragit till smittspridning utan att uppvisat några sjukdomssymtom beskrevs försvåras av en fördröjd provtagning. I och med detta beskrevs att det inte var möjligt att testa brett för smitta hos personal och de boende.

Smittan kom ju, det startade väldigt tidigt, och jag tror att det är en viktig faktor när inte tester fanns på plats. Man visste inte om det var samhällssmitta. Många fall kunde vara under radarn, det kunde pågått under längre tid vilket gjorde att många individer drabbades. (LO)

Intervjuerna ger också en bild av att provtagningen – i linje med rådande kunskapsläge – inriktades på boende med symtom som feber och hosta. Situationen upplevdes bidra till oro hos medarbetarna då efterfrågan på att veta om man var smittade var hög för att kunna avgöra fortsatt arbete eller sjukfrånvaro. Då det visade sig att det inte räckte med att följa symtom på smitta beskrevs fördröjd provtagning också försvåra kohortvård. Flera av informanterna återkommer till att efter det att testning blev tillgänglig under våren visade provsvaren en stor andel personer med asymtomatiska symtom, vilket beskrivs tyda på att många nog var smittade i början där det inte märktes.

Personalbrist och bristande tillgång till medicinsk kompetens från sjuksköterskor och läkare

Brist på personal lyfts fram som en bidragande faktor till varför utbrottet på Berga blev så omfattande. Under intervjuerna framkommer det att Berga hade en stabil personalsituation men att många i personalgruppen insjuknade samtidigt och inte kom till arbetet. Detta resulterade i en betydande personalbrist på kort tid.

Riktig kris. Vi hade en situation där vi normalt skulle ha 48 personer inne, då hade 39 ringt sig sjuka /--/. Vi hade inget folk. Våningar var alltså tomma på folk. /--/ Ibland hade vi absolut ingen personal att tillgå så det blev en personal på en våning och då hade vi inte så att vi kunde bedriva kohortvård utan vi måste bara se till att de fick mediciner och mat, för det fanns inget folk helt enkelt. (IL)



Mycket av fokus hamnade på bemanningsfrågor. Det bedömdes avgörande att kunna ta in vikarier för att upprätthålla verksamheten men i vissa fall med bristande kompetens och ingen erfarenhet från att jobba på Berga. Det lyfts även att i några fall saknades även erfarenhet från äldreomsorgen i största allmänhet.

Intern ledningen beskriver att den akuta personalbristen resulterade i att det stundtals endast fanns en medarbetare per våningsplan samt att kohortvård inte kunde bedrivas på ett önskvärt sätt. Det framkom även att nattpersonalen behövt frångå nya rutinen om att inte gå mellan avdelningar som en följd av den akuta situationen.

Även bristande tillgång till medicinsk kompetens, både från sjuksköterskor och från läkare, beskrivs ha adderat till varför utbrottet på Berga blev så omfattande. Beskrivningar ges av att huvuddelen av sjuksköterskorna sjukskrev sig på kort tid och att det fanns en utbredd oro kring smittan, både för att själv smitta andra och för att själv bli smittad.

Sjuksköterskornas frånvaro beskrevs medföra att handledning och stöd till andra medarbetare blev begränsat och kan även ha påverkat hur personalen hanterade bedömningar, åtgärder och uppföljningar gällande hälso- och sjukvårdsinsatser. Att många ordinarie sjuksköterskor var frånvarande och att nya kom in i verksamheten beskrevs också påverka kontinuiteten i verksamheten och i relationen till andra professioner. Intern ledning lyfter att samtliga sjuksköterskor avslutade sin anställning på Berga inom loppet av några månader.

Det lyfts att det naturliga stödet det innebär att ha läkare på plats regelbundet minskade då läkarkontakt huvudsakligen skedde på distans. Att läkare under viss del av perioden inte fysiskt fanns på plats i verksamheten i samma utsträckning som i ett normalläge för att göra bedömningar och finnas som stöd till sjuksköterskor lyfts som en försvårande omständighet.

Faktorer i den fysiska inre- och yttre kontexten

Under intervjuerna och i enkätsvaren framkommer att personal har jobbat över avdelningsgränser fram till första konstaterade fallet av covid-19 hos de boende. Därefter delades personalen upp så att man hade "sin" avdelning. Men, i och med den ansträngda personalsituationen beskrevs svårigheter med att upprätthålla uppdelning av personal och i vissa fall gick personalen mellan avdelningarna.

Berga beskrivs som en verksamhet som har en välkomnande miljö som inbjuder till närvaro och samvaro. Denna öppna atmosfär lyfts fram som i grunden positivt men ur smittspridningssynpunkt beskrivs den som problematiskt. Även utmaningen med nära kontakt med andra personer i gemensamma ytor lyfts fram.



Vi har ett kök, vi får mat från restaurangen som kommer upp med en vagn, det är omöjligt att inte träffas. Jag tänker bara i omklädningsrummet där vi har bytt kläder, jag har kollegor från alla avdelningar runt om kring mig där.
(M4)

På Berga finns en restaurang, dagverksamhet och hemtjänst som utgår från entréplanet i huset vilket bidrog till stor rörelse av människor. Därutöver pågick även en renovering av fönster vid tidpunkten då smittan kom in på Berga med flera hantverkare som rörde sig mellan våningarna, vilket beskrivs kan ha påverkat smittspridningen initialt. Även besök av anhöriga beskrivs ha adderat till att många personer var i rörelse på boendet, vilket också lyfts som en möjlig bidragande orsak till smittspridningen.

.. sen kanske de borde förbjudit anhöriga att komma in, det kanske de skulle ha gjort tidigare. (M6)

Ytterligare en aspekt som lyfts fram handlar om att Berga också är ett boende för personer med demenssjukdom. Beskrivningar ges av en situation där de boende som har en demenssjukdom inte kan eller får "stoppas", utan de går ofta fram och tillbaka och rör sig bland andra boenden. När smittan kom gjordes försök att de separera boende med smittade och de som var friska. Men, det beskrevs som svårt på en demensavdelning.

Vi har demensboende, man kan inte stoppa dem, under dagen går de fram och tillbaka. (M2)

De som var dåliga, de gick inte att ha kvar dem i sina rum eftersom de blev jätteoroliga och aggressiva. (M6)



Vilka lärdomar kan vi ta med oss till framtiden?

De sammantagna resultaten av intervjuer och enkäter pekar på en rad lärdomar att ta med till framtiden, sammanfattade i figur 1.

Vikten av strukturer för information, kommunikation och stöd	Vikten av arbetsrutiner, utbildning och fortbildning	Vikten av skyddsutrustning och möjlighet till provtagning	Vikten av synliggörande av SÄBO, samverkan och ansvarsfördelning
<ul style="list-style-type: none"> • Plan för informationshantering och kommunikation • Fortlöpande revidering av former för och av informationsinnehåll • Fortlöpande dialog • Kontinuerlig anpassning av stöd till alla nivåer 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuell krisberedskapsplan som regelbundet tränas • Att basala hygienrutiner finns, är lättillgängliga och samlade, förstås och efterlevs • Kontinuerlig repetition och övning av basala hygienrutiner • Kunskap om smittan 	<ul style="list-style-type: none"> • Snabb tillgång till adekvat skyddsutrustning • Möjlighet till tidig provtagning av boende och personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Mer kunskapsbaserad diskussion hos bl.a. myndigheter och media om SÄBO som organisation och vilka som bor där • Strukturer för och fungerande samverkan • Tät dialog och uppföljning mellan beställare och utförare
Vikten av etablering och upprätthållande av relationer (kontinuitet) internt och externt			

Figur 1. Lärdomar att ta med till framtiden

En lärdom som beskrivs rör vikten av strukturer för information, kommunikation och stöd. Informationsflödet beskrivs som omfattande samtidigt som informationsinnehållet var föränderligt, vilket medförde behov av kontinuerliga anpassningar och strukturer för att dokumentera.

Detta väckte frågor om alla haft möjlighet att ta del av all informationen. Med denna situation som bakgrund lyftes lärdomar kring en plan för informationshantering och kommunikation samt behovet av en ständig revidering av former för och av informationsinnehållet. En fortlöpande dialog med täta avstämningar mellan alla involverade parter beskrevs som viktigt för att uppnå detta. Dialog beskrivs även omfatta att ha tid för reflektion, följa upp, ha möjlighet att lära av varandra samt att prata om exempelvis rädslor.

Man ska inte vara rädd att säga vad man ser och berätta att det inte är bra, man ska våga säga./--/ ..man måste visa sitt yrke, visa sin kunskap, man ska vara i närheten och lyssna vad de [boende] vill ha och vi ser även på dem vad de behöver. (M5)

Relaterat till dialog lyfts även strukturer för en kontinuerlig anpassning av stöd till alla nivåer utifrån en föränderlig situation. Såväl mellan ledning och chef, chef och medarbetare som mellan personer med medicinskt ansvar och medarbetare med annat ansvar.



En annan lärdom som lyfts poängterar vikten av arbetsrutiner, utbildning och fortbildning. Rutiner kring beredskap genom exempelvis en aktuell krisberedskapsplan som regelbundet tränats mellan involverade aktörer lyfts fram som exempel. Även att basala hygienrutiner finns inom verksamheten, är lättillgängliga och samlade för alla involverade samt att de förstås och efterlevs beskrivs som centrala lärdomar. En förutsättning för att basala hygienrutiner ska omsättas i praktiken beskrivs vara kontinuerlig repetition och övning av rutinerna. Även vikten av att hygienrutiner och praktisk övning av dem är anpassade efter den verksamhet och situation där de ska användas lyfts fram.

Basal hygien, de måste vi tänka på hela tiden. Oavsett om det är pandemi eller inte måste vi städa, göra rent och fint varje dag, man kan inte fuska med det. Vi vet inte vilken sjukdom som kan komma härnäst. (M8)

Jag tror att det är väldigt viktigt att de basala hygienrutinerna följs, att personalen får uppfräschning av det också och att vi följer upp det. (IL)

Vikten av att ha kunskap förutsätter att kunskap finns tillgänglig vilket inte var fallet i början av pandemin. Den initialt bristande kunskapen beskrevs bidra till att det fanns osäkerhet kring hanteringen gällande bland annat skyddsutrustning från myndigheter och regionen vilket upplevdes addera till att det blev oroligt och uppfattades osäkert för personalen.

Man måste hela tiden titta tillbaka, hade vi vetat det vi vet nu hade vi agerat annorlunda då, då hade man på ett tidigare skede sett vad som är viktigt, vilka personer måste vi fokusera mer på, kan det här också vara covid, då hade man kunnat isolera på ett annat sätt. Nu jobbade man med kohort och isolering av de personer som man visste hade smittan, men det vi vet nu är att vissa hade lite symtom och vissa hade knappt några symtom men ändå var smittsamma. (B)

Utifrån den stora spridningen initialt på boendet och att många på kort tid blev sjuka i personalen beskrivs vikten av snabb tillgång till adekvat skyddsutrustning och möjlighet till provtagning som lärdomar att ta med till framtiden. Det framkom att det sannolikt var en stor andel personer med asymtomatisk smitta som kunde smittspridningen inom verksamheten i och med att provtagning inte var möjlig initialt.

Det är ju så klart omöjligt att veta hur det såg ut men det tyder ju ändå på att har du många som har testas positivt så har du säkert hel del asymtomatiska bärare också. Det försvårar ju så klart kohortvården när du inte vet. Det räcker inte med att titta på de här symtomen utan du har även bland de som asymtomatiska flera som har virus. (LO)



Även vikten av synliggörande av SÄBO, samverkan och ansvarsfördelning lyfts av informanterna. Behovet av en mer kunskapsbaserad diskussion hos bl.a. myndigheter och media om SÄBO som organisation och vilka som bor där lyfts fram som lärdom. En förtydligad bild av SÄBO beskrivs kunna ha avhjälpt anekdoterna som figurerade och även vara ett stöd till anhöriga om hur arbetet ser ut och går till på SÄBO.

Men alla har kanske inte den insikten eller förståelsen och många tror också att vi är ett litet sjukhus fast vi är ju inga sjukhus på äldreboendena. Det ändrades ju någon gång på 90-talet. (EL)

Informanterna lyfter även lärdomar kring vikten av att det finns strukturer för samverkan att utgå ifrån, framför allt i en krissituation då tiden att etablera strukturer är begränsad, samt att samverkan är väl fungerande. De rutiner och strukturer för samverkan som fanns etablerade innan situationen våren 2020 beskrevs bidra till att samverkan fungerade och snabbt kunde stärkas. Det möjliggjorde stärkt kommunikation mellan de olika aktörerna som gjorde att många frågor kunde adresseras och lösas snabbt.

Det som vi pratar om nu mycket här var ju den här intensifierade samverkan med MAS i Solna, med MAS i Ansvar och Omsorg, verksamhetschef på Berga, våra doktorer, Regionen, krisledningen och andra aktörer som Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten, där har vi haft väldigt mycket digitala möten i princip hela tiden och det måste jag säga har varit otroligt bra och fungerat väldigt väl. (LO)

Lärdomar lyfts även rörande vikten av fortsatt tät dialog och uppföljning mellan beställare och utförare för att tillsammans hantera situationen utifrån olika roller och ansvar. Utifrån detta framhålls vikten av dialog kring hur innehållet i fastställd ansvarsfördelningen mellan parterna förstås och omsätts. Beställaren beskriver att de med facit i hand kanske behövt vara mer på plats för att själva se, genomfört tillsyn och pratat med fler medarbetare om hur de upplevde att verksamheten fungerade.

Ytterligare en lärdom som synliggörs och som relaterar till de övriga lärdomarna handlar om vikten av etablering och upprätthållande av relationer internt och externt över tid. Upparbetade relationer mellan involverade personer beskrivs som en framgångsfaktor som möjliggör och stärker kontinuitet i arbetet. På motsvarande sätt lyfts det som en svaghet och bidrag till bristande kontinuitet när relationer inte är närvarande. Denna lärdom lyfts av alla fem perspektiven, fast på olika sätt, både mellan beställare och utförare, ansvarig läkare och sjuksköterskor, sjuksköterskor och undersköterskor, verksamhetschef och personal, samt ledning och verksamhetschef.



Vilka är de enskilt viktigaste åtgärderna att vidta för att öka kapaciteten att hantera en eventuell ny smittsam sjukdom på boendet?

Många åtgärder som påverkar varandra

På frågan om de enskilt viktigaste åtgärderna att vidta för att öka kapaciteten att hantera en eventuell ny smittsam sjukdom på boendet uppmärksammas situationens komplexitet, att det nog inte finns en enskild viktigaste åtgärd, utan snarare att många åtgärder påverkar varandra och behöver hanteras samtidigt. Risken med att framföra allt för enkla lösningar och ge enskilda åtgärder för stor uppmärksamhet lyfts, när det egentligen beskrivs handlar om att se helheten och förändrade förutsättningar och insatser över tid.

Jag tror inte det finns någon enskild åtgärd faktiskt, det en komplex verksamhet, det är komplexa processer som påverkar varandra som gör att det blir bra eller inte. (LO)

Samtidigt ger informanterna exempel på konkreta åtgärder som tillsammans beskrivs öka kapaciteten att hantera en eventuell ny smittsam sjukdom på boendet.

Kunskap om, strukturer för och följsamhet till basala hygienrutiner

En grund för att hantera smittsam sjukdom på boendet beskrivs vara kunskap i basala hygienrutiner samt följsamhet till rutiner, följt av täta uppföljningar och kontinuerlig träning.

Det är ju medvetenheten att aldrig luta sig tillbaka utan vara på tårna, ha kunskap kring smittvägarna, att tänka på avstånd och basala hygienrutinerna, de måste finnas i ryggmärgen hela tiden. (EL)

Men det behöver läggas mer fokus på det här med basala hygienrutiner. Man måste börja jobba mer med det stenhårt. /--/ Ja, de är ju mer rutinerade med det på sjukhus än vad man är på ett äldreboende egentligen och det måste vi också bli. Det är ännu viktigare nu. (IL)

.. men basal hygien, det är ju liksom nummer ett. Du måste alltid ha handskar, förkläde och desinfektera, det har vi var noggranna med i all evighet. (M4)

Men mycket handlar om att man måste prova hands-on ute i verksamheterna. (B)



Tillgång till adekvat skyddsutrustning samt provtagning

En del av situationen beskrivs som en jakt på skyddsutrustning och brist på provtagning för att identifiera smitta hos personal och boende. Att ha tillgång till adekvat skyddsutrustning samt möjlighet till provtagning lyfts som viktiga åtgärder för att kunna hantera smitta på boendet.

Man hade skyddsutrustning som egentligen räckte några timmar framåt och det är klart att det är väldigt svårt att upprätthålla alla hygienkrav om man inte har skyddsutrustning. (LO)

Ett lager med skyddsutrustning centralt i kommunen och i verksamheterna hade underlättat situationen och förvaltningen och verksamheternas resurser i början av pandemin hade inte behövt fokusera lika mycket på att säkerställa tillräcklig mängd skyddsutrustning (B)

Det [provtagning] är ju liksom en av de här jätteviktiga faktorerna kan man säga kring hur vi ska jobba med att minimera risken för smittspridning och att smitta kommer in på boende och såklart inom personalgrupper och så där. (LO)

Struktur för informationsdelning och uppföljning av information

Informationsflödet under våren 2020 beskrevs som omfattande, föränderlig och inte alltid samstämmig. Att det finns en struktur i verksamheten för hur information går ut till medarbetargruppen och anhöriga/närstående samt hur informationen följs och följs upp lyfts som viktig åtgärd för att kunna hantera smitta på boendet.

Vad är det som är kärnan i det här [informationen]?. Och just det här att kunna nå ut till verksamheten. Att inte de heller blir belamrade med för mycket utan det måste vara kort och koncist och information med så få ord som möjligt men ändå ha betydelse. (EL)

Vidmakthålla närvarande och tydligt ledarskap

Under våren med smittsam sjukdom på Berga beskrivs en oro och osäkerhet hos medarbetarna samt perioder av stor andel icke-ordinarie personal. Vikten av att vidmakthålla närvarande och tydligt ledarskap lyfts som viktig åtgärd för att kunna hantera smitta på boendet.

Jag är nöjd med det stöd som vi fick från ledningen på Berga. /--/ De frågade om vi behövde något annat. Är någonting så är det bara att prata med dem, ringa, de kom ofta. (M1)

Utöver åtgärderna ovan som specifikt lyfts av informanterna framkommer även andra åtgärder under intervjuerna och enkäterna att vidta för att öka kapaciteten att hantera en eventuell ny smittsam sjukdom på boendet.



Plan för hantering av hög frånvaro av personal

Tidigt i förloppet under våren beskrevs stora förändringar i närvaro av personal på boendet, vilket skedde inom loppet av några dagar. Vikten av att ha en plan för hantering av hög frånvaro av personal lyfts som viktig åtgärd för att bland annat kunna behålla befintliga funktioner och roller samt för att hantera smitta på boendet.

*Det fanns ju inte tillräckligt med ordinarie personal, så inskolning kunde inte göras på det sätt som man annars gör. Så det blev mycket efterarbete med det. Så det har vi ju fått göra om när det började lugna ned sig. Det blev som att starta upp från början och gå igenom och ha en riktig introduktion med alla.
(IL)*

Organisera för en stärkt kedja av alla professioner och kompetenser i vården och omsorgen om de äldre

För att kunna hantera smittsam sjukdom på boendet och ge fortsatt god vård och omsorg om de äldre personerna lyfts vikten av samtliga aktörers samlade insatser. Kvalitén beskrivs bli bristande om inte alla delar är på plats och helheten tillgodoses. Att organisera för en stärkt kedja av alla professioner och kompetenser i vården och omsorgen om de äldre lyfts som viktig åtgärd för att kunna hantera smitta på boendet.

I äldreomsorgen är kontinuitet otroligt viktigt, och faller kontinuiteten och väldigt många sjukskriver sig och inte kommer till arbetet, då har du en utmaning och får in mycket timmisar som har fått en introduktion men inte kan introduceras av personal som kan verksamheten på sina fem fingrar. (B)



Diskussion

Trots det betydande behovet av mer kunskap och förståelse framstår kunskapsläget kring hanteringen av smittan på SÄBO som mycket begränsat. Det finns en brist på fallstudier vilket försvårar möjligheten att lära av erfarenheter som är gjorda. Genomlysningen av Berga vård- och omsorgboende ger en unik inblick i hanteringen av covid-19 spridningen på ett särskilt boende, tidigt i pandemins intågande i landet. Informanterna med erfarenheter från det konkreta arbetet med utbrottet av covid-19 på Berga har generöst delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser vilket ger oss ny kunskap om hur spridningen av covid-19 kunde bli så stor, ökad förståelse och många lärdomar för framtiden.

Informanterna lyfter fram olika omständigheter och beskriver en kombination av faktorer som kan ha bidragit till smittspridning av covid-19 inom boendet. Att flera samverkande faktorer bidragit till smittspridningen är i sig ett mönster som återfinns i både nationella utredningar om smittspridning av covid-19 inom SÄBO [7-9] och i internationella studier [10].

Två omständigheter som beskrivs ha försvårat hanteringen av smittspridningen av covid-19 på Berga är bristfällig beredskap av skyddsutrustning och otillräcklig provtagning för att upptäcka smitta. Även dessa omständigheter ges betydande utrymme i andra arbeten [7-10], både vad gäller risker när de inte finns tillgängliga samt möjligheterna med dem vid gynnsam tillgång. I linje med informanternas utsagor i genomlysningen betonar Sveriges kommuner och regioner (SKR) [8] och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) [9] vikten av tillgång till skyddsutrustning samt att medarbetare har kompetens och förutsättningar att använda skyddsutrustning på ett säkert sätt.

I genomlysningen av Berga ges bilden av en sen respons från myndigheterna och en bristande förståelse av hur vård och omsorg på SÄBO ser ut. I relation till frågan om skyddsutrustning lyfter Coronakommissionen på motsvarande sätt otillräckliga beslut och åtgärder av myndigheter rörande skyddsutrustning samt problematiserar myndigheternas fördröjda kartläggning av äldreomsorgens behov vad gäller skyddsutrustning [7]. Motsvarande sena respons beskrivs även i internationella studier som understryker att äldreboendena inte verkade vara i berörda myndigheters fokus under början av pandemin [10].

I en sammanställning av internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden framhålls bland annat att snabbt kunna identifiera smittade personer genom upprepad och systematisk provtagning [10]. I linje med dessa internationella erfarenheter beskrivs provtagningen vid Berga vård- och omsorgsboende som särskilt angeläget då flera smittade uppvisade inga eller lindriga symtom eller hade svårt att kommunicera sina symtom. Otillräcklig provtagning har tidigare beskrivits som en försvårande omständighet [7, 8] och resultaten från Berga tyder på att det, under en



period, dagligen upptäcktes både symtomatiska och asymtomatiska fall bland personal och boende. En utökad provtagning hade kunnat vara ett centralt verktyg för att minska smittspridningen och möjliggöra snabbare återgång till arbetet för frånvarande personal.

Bland de internationella erfarenheterna av covid-19 i äldreboenden framhålls också kunskap om, strukturer för och följsamhet till basala hygienrutiner som centrala inslag för att minska smittspridningen [10]. På motsvarande sätt poängterar Coronakommissionen [7], IVO [9] samt SKR [8] att förekomst av rutiner för hygien inom verksamheten är nödvändigt men i sig inte tillräckligt. De behöver även vara uppdaterade, tillgängliga och begripliga, d.v.s. medarbetarna behöver förstå dem (vilket samtidigt adresserar språkkompetens [7]). Därutöver behöver hygienrutinerna kontinuerligt och systematiskt tränas i syfte att öka användningen och följsamheten i det dagliga arbetet. Att ge fortbildning i exempelvis basala hygienrutiner i sig utan att samtidigt beakta vad som händer både före och efter fortbildningen beskrivs ge begränsade konkreta avtryck i praktiken [11].

En annan försvårande omständighet som lyfts fram i genomlysningen är det tidiga utbrottet av covid-19 i relation till begränsad tillgänglig kunskap om smittan i början. Berga var regionalt och nationellt bland de första att drabbas, vilket bidrog till en försvårande situation. Det medförde att det knappt fanns någon förberedelsetid samtidigt som ingen visste vad och vilka symtom man skulle leta efter. Detta beskrevs som en omständighet som kan ha bidragit till ökad risk för smittspridning initialt. Motsvarande situation med ny och okänd sjukdom samt begränsad förberedelsetid och planering lyfts av Coronakommissionen [7] och IVO [9]. I intervjuer med verksamhetschefer på särskilda boenden framkommer, likt situationen på Berga, att smittan kom mycket snabbt, utan möjlighet till förberedelser [9].

Ökad oro och rädsla hos personalen beskrevs vara ytterligare en följd av den begränsade kunskapen om covid-19 under våren, parallellt med risken för smittspridning. Rädslan och oron handlade dels om att smitta kollegor och boende samt att själv bli smittad vilket också framkommit i andra arbeten som uppmärksammar behovet av stöd till medarbetare. Exempelvis genom en närvarande chef samt samtalsstöd till personal [9]. Motsvarande problematik med oro och rädsla beskrivs exempelvis även från Danmark och Norge där myndigheterna under våren 2020 publicerade riktlinjer om vikten av att värna personalens trygghet och psykiska välbefinnande, genom till exempel psykosocialt stöd för personal [10].

Smittspridning bland medarbetare, rädsla för att bli smittad eller smitta andra samt riktlinjerna från Folkhälsomyndigheten att vara hemma vid minsta symtom, beskrevs i genomlysningen sammantaget bidra till personalfrånvaro. Att flera i personalen blev frånvarande på kort tid och hur detta medförde bemannings- och kompetensproblematik understryker behovet av strukturer för hantering av hög personalfrånvaro, i synnerhet under en krissituation. Bemanningsproblematik lyfts i



flera andra arbeten [7, 8, 10] och motsvarande resonemang förs av IVO [9] som utifrån sin tillsyn under våren 2020 betonar vikten av att aktivt arbeta med personalplanering samt planera bemanningen på ett uthålligt sätt.

Ytterligare en omständighet som relaterar till oro och rädsla hos personalen samt kompetens- och bemanningsproblematiken som lyfts fram i genomlysningen handlar om bristande tillgång till medicinsk kompetens från sjuksköterskor och läkare. Likt informanterna från Berga betonar IVO [9] att utöver den medicinska kompetensen som sjuksköterskorna besitter, är deras betydelse också stor vad gäller handledning, utbildning och för att instruera övrig personal. Tillsammans med hög omsättning av personal adderade detta till en svårhanterlig situation. Internationella studier som undersökt sambandet mellan personaltäthet samt utbrott i äldreboenden visar på ett tydligt samband mellan andelen sjuksköterskor i verksamheten och omfattning av utbrottet [10].

Pandemin medförde ett snabbt ökat tryck på läkarorganisationen i SÄBO och i linje med resultaten från Berga lyfter och problematiserar också andra arbeten frågor rörande tillgång till medicinsk kompetens från läkare vid SÄBO under covid-19 [7, 10]. Sammantaget stärker resultaten från tidigare studier och utredningar det resultatmönster som framträder vid Berga och slutsatsen om vikten av tillgång till olika kompetenser och att alla behöver vara på plats för en stärkt kedja i vården och omsorgen om de äldre.

Utifrån situationen med hastig och stor frånvaro av ordinarie personal beskrevs tillgången till timvikarier som en omständighet som underlättade eller till och med möjliggjorde hanteringen av smittspridningen på boendet. Timvikarier inom SÄBO, i relation till covid-19, har tidigare uppmärksammats [7, 12] med resonemang om samvariation mellan förekomst av timvikarier och smittspridning av covid-19. Resultaten från Berga visar på stor andel timanställda under våren 2020 i samband med covid-19 men snarare som en följd av och inte orsak till smittspridning.

Resultaten från Berga uppmärksammar vikten av ett närvarande ledarskap i hanteringen av smittspridning. Detta beskrivs på olika sätt, exempelvis genom att vara en förebild och ge stöd och vägledning i arbetet, bistå i eller ansvara för att prioritera, sortera och hantera informationsflöden, samt föra dialog med media. Ledarskapets betydelse återfinns också i andra arbeten. Bland annat lyfter IVO [9] fram vikten av nära och tydligt ledarskap och exemplifierar med dagliga avstämningar, kontinuerlig kommunikation, hög tillgänglighet samt ett öppet klimat för ständigt lärande inom arbetsgruppen samt för att hantera medarbetarnas oro.

En rad delar i resultaten kopplar på olika sätt till frågor om ansvar och roller. En tydlighet vad gäller ansvar och roller beskrivs som centralt i ett normaltillstånd, men lyfts fram som särskilt angeläget i en krissituation. Inom SÄBO är det många aktörer involverade med olika och ibland gemensamt ansvar, för samma och för skilda



områden, varför fördelning av ansvar och roller blir än mer viktigt att förtydliga [7]. Resultaten visar att det är viktigt att det finns en formaliserad ansvars- och rollfördelning men att det i sig inte är tillräckligt. Därutöver behöver den även följas av en kontinuerlig dialog om hur fördelningen av ansvar och roller förstås av alla involverade parter. Detta är i linje med tidigare forskning som lyfter fram att hur något förstås påverkar hur vi agerar och tar en roll i praktiken [13].

Omständigheter rörande ansvar och roller relaterar till vikten av samarbete och samverkan i hantering av smittspridning. I resultaten framhålls vikten av ett fungerande samarbete med stöd och hjälp från alla nivåer, internt och externt, samt hur etablerade samverkansformer underlättade hanteringen. I litteratur om samverkan betonas att etablerade strukturer lättare kan utvecklas då relationer och former redan är etablerade, framför att behöva skapa nya under en krissituation [14], vilket bekräftas av de aktuella resultaten. Flera parter med ansvar ställer stora krav på samverkan. Motsvarande resonemang förs av Coronakommissionen [7] som lyfter vikten av att en operationell och kontinuerlig samordning mellan region och kommuner säkerställs rörande SÄBO. Stärkt samverkan lokalt och regionalt med organiserat samarbete mellan aktörerna lyfts också av SKR [8] som en framgångsfaktor i hantering av smittspridning inom SÄBO. På motsvarande sätt poängterar även IVO [9] vikten av samarbete och ständig dialog, både inom och mellan enheter och verksamheter.

Det stora informationsflödet under våren beskrevs i genomlysningen både som något positivt i termer av kunskap men samtidigt som något som medförde en tidskrävande hantering och något som i och med sin föränderlighet och i vissa fall oklarhet bidrog till en känsla av osäkerhet. Motsvarande bild ges av IVO [9] som beskriver att arbetet med information handlar om att ta emot, sortera och tillgängliggöra information för alla medarbetare. Tillsammans med resultaten i andra arbeten [8, 9] stärker genomlysningens resultat argumenten för att ha en plan för hantering av informationsflödet, i syfte att säkerställa att personal har tillgång till aktuell och verksamhetsanpassad information [9].

Ytterligare faktorer som beskrevs bidra till smittspridningen på Berga återfinns i den fysiska inre- och yttre kontexten. I internationella studier har möjligheten att isolera smittade personer inom boendet eller genom att de flyttar till en annan enhet eller till sjukhus rapporteras ha minskat dödligheten inom äldreboenden. Frågan om isolering lyfts även i genomlysningen där hanteringen beskrevs ha försvårats av att det inte var möjligt att exempelvis hindra personer med demenssjukdom från att röra sig fritt inom avdelningen på boendet. Denna problematik beskrivs även av SKR [8] samt betonas i Coronakommissionen [7] i termer av att de regelverk som styr äldreomsorgens möjligheter till nödvändiga smittskyddsåtgärder är otillräckliga eller otydliga.



En annan del av kontext handlar om Bergas välkomnande miljö samt en stor rörlighet av personer i boendets entréplan. Risken blev stor för att många personer var i rörelse samtidigt på samma ställe. Motsvarande resultat återfinns i internationella studier som belyser ett samband mellan stora boenden och ökad risk för smittspridning. Större verksamheter beskrivs ofta innebära högre rörlighet av boende, besökare och personal i byggnaderna vilket ökar risken för att smitta kommer in och sprids [10].

Vad betyder genomlysningens resultat ur ett lärandeperspektiv?

I den nyligen publicerad rapporten om aktuellt kunskapsläge [10] framkommer det att en rad olika och komplexa samband ligger bakom skillnader i smittspridning och dödsfall mellan enskilda äldreboenden, regioner och länder. Samma mönster framträder i resultaten från Berga där ett flertal möjliga faktorer lyfts fram som tillsammans kan ha bidragit till att smittspridningen blev så omfattande. Vidare betonas i Coronakommissionens rapport [7] att storlek på smittspridning i samhället visar ett tydligt samband med omfattningen av utbrott på SÄBO. Samtidigt framför man i rapporten att ingen samstämmig bild finns i forskningen kring effekter av enskilda faktorer såsom bemanning, driftsform, äldreboendets standard och olika kvalitetsmått som skulle kunna ge oss en förklaring till skillnader i smittspridning. Även denna rapport framhåller förekomsten av komplexa samband som den troligaste förklaringen till skillnader i smittspridning mellan äldreboenden.

En av de mest centrala lärdomarna handlar om ökad beredskap för framtiden. På frågan om de enskilt viktigaste åtgärderna att vidta för att öka kapaciteten att hantera en senare våg eller en ny smittsam sjukdom på boendet framkommer en komplex situation som förutsätter att flera åtgärder vidtas till följd av och tillsammans med varandra. Därav går det inte att säga att det finns en eller några viktiga åtgärder som enskilt kan öka kapaciteten att hantera en eventuell ny liknande situation. I grunden handlar det alltså om flera åtgärder som påverkar varandra och därför behöver hanteras samtidigt. Risken med att framföra alltför enkla förklaringar samt ge enskilda åtgärder för stor uppmärksamhet kan bli missvisande. Resultaten visar på att vi behöver se och förstå de olika faktorerna som delar i sitt lokala sammanhang, omgivet av en regional och nationell kontext med förändrade förutsättningar och direktiv över tid.

Oaktat den komplexa situationen som beskrivs ovan, är det möjligt dra några praktiskt tillämpbara lärdomar från resultaten? Vårt svar är ja. Resultaten ger oss flera lärdomar som går att applicera både inom och bortom det specifika SÄBO som har genomlysts i denna rapport. Nedan diskuterar vi tre av dessa lärdomar. Den första handlar om att försöka förstå bättre hur smittspridningen kunde bli så



omfattande. Den andra och tredje handlar om informations- och kommunikationshantering samt skyddsutrustning och basala hygienrutiner.

En första lärdom handlar alltså om att blicka tillbaka på möjliga förklaringar till den stora smittspridningen på boendet. I resultaten framkommer tydligt en bild av att ingen enskild faktor kan förklara den uppkomna situationen lika lite som att en enskild faktor i framtiden kan öka kapaciteten att hantera en eventuell ny smittsam sjukdom. För att förstå den uppkomna situationen behöver uppmärksamhet ägnas åt en mängd sammankopplade och ömsesidigt beroende faktorer. Som framgår av resultaten har en rad försvårande omständigheter påverkat den uppkomna situationen. Boendet blev exempelvis tidigt drabbat av en smitta som då var okänd och inte alltid medförde synliga symtom. Därtill framhålls olika faktorer i den fysiska inre- och yttre kontexten som försvårande samt fördröjd provtagning tillsammans med personalbrist och minskad fysisk närvaro av läkare tillsammans med bristande tillgång till medicinsk kompetens från sjuksköterskor. Upprätthållandet av kontinuitet i relationen och i den medicinska kedjan av kliniskt grundad information mellan sjuksköterska på plats och läkare på distans försvårades därmed avsevärt.

Det som hände var inte möjligt att förutse, lika lite som det gick att kontrollera. Samtidigt belyser den uppkomna situationen sårbarheten i ett system och vad som kan inträffa när viktiga delar försvinner, i det här fallet en stor andel undersköterskor med bl.a. erfarenhet i boendets rutiner och sjuksköterskor med erfarenhet av de boendes medicinska situation. Att förbereda för ett så stort och relativt plötsligt bortfall av sjuksköterskor kan betraktas som svårt att i förväg planera för. Däremot kan vi lära av situationen och därigenom öka kapaciteten att hantera en liknande situation i framtiden. Förekomsten av en plan för hantering av hög personalfrånvaro i allmänhet och för specifika yrkesgrupper i synnerhet, kan bli ett viktigt verktyg i detta arbete. Att organisera för en stärkt kedja av alla professioner och kompetenser i vården och omsorgen om de äldre handlar bl.a. om att ha en grundbemanning som tryggar boendemiljön för de äldre och medarbetarnas arbetsmiljö. Det i sin tur förutsätter att det finns tillräckligt med personal men det förutsätter också att det finns tillräckligt antal från de olika yrkesgrupperna så att alla kan bibehålla sina roller och funktioner även i en krissituation. Till exempel kan det handla om att andra professioner inte ska behöva kliva in och utföra omvårdnadsinsatser. Även att undersköterskor inte ska behöva utföra arbetsuppgifter som vanligtvis utförs av sjuksköterskor men också att chefer inte ska behöva arbeta kliniskt utan kan ägna sin tid åt att skapa bästa möjliga förutsättningar för verksamheten att fungera optimalt. Samtidigt som det kan ses som en styrka och en grundläggande förutsättning att andra professioner och chefer kunde kliva in i det kliniska omvårdnadsarbetet, är det också problematiskt. En risk med rollöverträdelser är att det kan skapa otydlighet, missförstånd och i värsta fall kan fel begås. Det är viktigt att verksamheter ser över sin plan för hantering av hög personalfrånvaro i syfte att öka förutsättningarna så att var och en ska kunna arbeta med sina professions- och funktionsspecifika uppgifter i tider av ovisshet och kris. Särskilt viktigt är det avseende ledningsfunktionerna i en



verksamhet som har till uppgift hantera en komplex situation med allt vad det innebär i termer av att behöva hantera många samtidigt utmaningar och åtgärder.

En andra lärdom handlar om att blicka framåt. På motsvarande sätt som vid tillbakablicken behöver uppmärksamhet ägnas åt en mängd faktorer som påverkar varandra och kommer därav att behöva hanteras samtidigt. En komplex situation kräver komplexa åtgärder, vilket tydligt illustreras av informanternas beskrivning av informationshantering och kommunikation som en faktor som både underlättat och försvårat hanteringen av den uppkomna situationen. Det stora informationsflödet bidrog till att ge vägledning samtidigt som det var tidsödande och tidvis skapade osäkerhet hos aktörer med ansvar för omvärldsbevakning, tolkning och framskrivning av praktiskt tillämpbara rutiner till medarbetare. Att skapa strukturer för information, kommunikation och stöd är viktigt i alla tider men blir särskilt kritiskt i tider av ovisshet. Följsamhet och anpassning till förändrade nationella och regionala rekommendationer föranleder en intensiv omvärldsbevakning och ständiga revideringar av innehåll i rutiner. Att ha strukturer för dialog, att lyssna in berörda aktörer på alla nivåer och justera information både vad gäller innehåll och form blir särskilt viktigt i situationer med hög grad av osäkerhet och oförutsägbarhet. Dialogen kan även fylla en annan viktig funktion bl.a. i arbetet med att förtydliga roller och ansvar. Förtydligande av roller och ansvar är angeläget i syfte att minska risken för att ingen tar ansvar för en fråga i tron att någon annan har det ansvaret men också för att minska risken att flera, oberoende av varandra arbetar med samma frågor, d.v.s. dubbelarbetar. Förväntningar på roller måste matcha de enskilda professionernas förståelse av det egna ansvaret likväl som förståelse för hur det egna arbetet är en del av ett större sammanhang, d.v.s. hur ens rolltagande påverkar och påverkas av andras rolltagande. Detta gäller alla nivåer. I en skarp situation där roll- och ansvarsförtydligande krävs, underlättas det av redan etablerade relationer som har upprätthållits och utvecklats över tid. Likväl underlättar fungerande samarbete internt och samverkan externt när svåra situationer behöver hanteras där beslut ofta behöver fattas med kort varsel. Här blir en plan för information och kommunikation internt och externt ett verktyg att luta sig mot för att klara av att snabbt ställa om rutinerna för en mer intensifierad kontakt med täta strukturerade avstämningar mellan olika aktörer inom och utanför verksamheten. För att planen ska fungera i praktiken underlättas det om den är framtagen gemensamt av de aktörer som inbegrips i den och görs legitim av alla.

En tredje lärdom handlar om två, för covid-19 spridningen, centrala aspekter. Det första är skyddsutrustning och det andra är basala hygienrutiner. Det är två enskilda faktorer med nära koppling till varandra varför hanteringen av var och en har stor påverkan för det sammantagna utfallet. Att personal på boenden har snabb tillgång till adekvat skyddsutrustning är en fråga som berör flera aktörer, lokalt, regionalt och nationellt. Tillgång på skyddsutrustning behöver säkras nationellt i en världsomspännande pandemi samtidigt som fördelningen av den behöver struktureras regionalt och lokalt i syfte att säkerställa att den standard och mängd



som behövs för god och säker vård och omsorg. Detta kräver både samverkan och samordning av resurser på olika nivåer. På motsvarande sätt är frågan om basala hygienrutiner något som angår flera. På övergripande nivå handlar det om att ta till sig befintlig forskning, omsätta dem i nationella och regionala riktlinjer som sedan omsätts i lokala rutiner. Basala hygienrutiner för andra smittsamma sjukdomar fanns på boendet vid tiden covid-19 utbrottet. Däremot fanns av naturliga skäl inga specifika rutiner som avsåg covid-19. Med samlade krafter internationellt och nationellt från forskning, myndigheter och medicinsk personal med empirisk kunskap om hur sjukdomen tedde sig, ökade kunskapen om smittan vilket fick till följd att riktlinjer och rutiner fick ändras över tid. Kunskap om, strukturer för och följsamhet till basala hygienrutiner är av stor vikt för att minska risken för spridning av alla smittsamma sjukdomar. Återkommande repetition och övning kan öka förståelsen för och efterlevnaden av rutinerna. Frågan om basala hygienrutiner likväl som frågan om skyddsutrustning behöver vidare uppmärksammas i syfte att tydliggöra hantering och ansvar framgent.

Reflektioner kring vårt tillvägagångssätt

Utifrån genomlysningens syfte att tillsammans med involverade aktörer bättre förstå hur spridningen av covid-19 kunde bli så stor på Berga valdes intervjuer samt enkäter som informationskälla. De öppna intervjufrågorna gav informanterna en möjlighet att resonera kring sina upplevelser och erfarenheter, vilket bidrog till rika beskrivningar av tiden då covid-19 spreds på boendet. Händelseförlopp som beskrevs i enkätsvaren gav en kompletterande bild till intervju svaren. Den sammantagna informationen gav en fördjupad förståelse för hur situationen såg ut under våren 2020 på Berga. Även inkludering av flera perspektiv i genomlysningen bidrog till ett fördjupat material.

Analysen av insamlat material genomfördes först enskilt av författarna. Sedan tillsammans där författarna värderat samstämmigheten av resultaten och diskuterat olikheter. Vidare har författarna valt att i analysen av intervjuerna vara nära informanternas egna beskrivningar utan större tolkningar. Detta stärker de presenterade resultatens återspeglning av den information som informanterna har delat med sig. Genomlysningens resultat har även presenterats för flertalet informanter som samstämt i den framskrivna bilden av innehållet, vilket ökar resultatets tillförlitlighet.

På Berga arbetar flera undersköterskor och intervjuer genomfördes med åtta av dessa utifrån kriterierna att de arbetade på Berga under våren 2020, att de arbetade någon av de föreslagna dagarna för intervjuernas genomförande samt att de ville medverka i genomlysningen. Alla intervjuer med informanterna har genomförts under deras ordinarie arbetstid. Det är möjligt att intervjuer med fler undersköterskor hade gett



en rikare bild och fler nyanser av hanteringen av smittspridningen under våren 2020. På samma sätt hade inkluderingen av sjuksköterskor i genomlysningen bidragit med ytterligare information från ett medarbetarperspektiv. Då inga av de sjuksköterskor som arbetade under våren 2020 arbetade kvar på Berga vid tiden för intervjuernas genomförande, har dessa inte intervjuats.

Intervjuerna följde forskningsetiska principer, såsom exempelvis frivillighet att delta. För informanterna i medarbetarperspektivet garanterades att det inte skulle gå att utläsa i resultaten vem som har sagt vad. Vidare fick alla informanter tydlig information om vilka som kommer att ha tillgång till intervjuerna. De erbjöds möjlighet att återkomma efter intervjun med justeringar (vilket har skett under genomförandet av genomlysningen) samt att i efterhand, ångra sin medverkan (vilket inte har skett). Sammantaget bedöms detta ha stärkt förutsättningarna för att vilja vara med och bidra med sina erfarenheter.

En annan reflektion handlar om tiden för intervjuerna. Några av dem genomfördes i nära anslutning till den mest turbulenta tiden med många smittade. Att bli intervjuad om en händelse i nära anslutning till den i jämförelse med att tid förflutit mellan händelsen och intervjun, kan ha en påverkan kring hur informanter beskriver sina upplevelser. Om alla intervjuerna hade genomförts i nära anslutning till den turbulenta tiden på Berga alternativt att alla intervjuer hade genomförts vid ett senare tillfälle, är det möjligt att svaren delvis varit annorlunda. Samtidigt kan det ses som en styrka att intervjuer har genomförts både nära i tid och lite längre ifrån. Informanterna som intervjuades nära inpå hade färskt i minne det som varit, de hade nära till sina upplevelser, tankar och erfarenheter. På motsvarande sätt hade de som intervjuades längre fram fått möjlighet att få lite distans till den mest turbulenta tiden. Vissa hade hunnit till viss del bearbeta och reflektera kring det inträffade och kunde återberätta om sina erfarenheter utifrån det.

En sista reflektion rör relationen mellan genomlysningens uppdragsgivare och utförare. Solna stad gav uppdraget att genomföra genomlysningen till FOU nu. FOU nu är en samfinansierad forsknings- och utvecklingsverksamhet mellan Region Stockholm och sju kommuner i nordvästra länet, var av Solna är en part. En bärande del i FoU-uppdraget är ett kritiskt förhållningssätt och fokus på lärande. Under arbetet med genomlysningen har dialog med avstämning ägt rum mellan Solna stad och FOU nu. Resonemang har förts kring behov av eventuella klargöranden av otydligheter i resultatet. Utifrån syftet att utgöra grund för lärande samt för lokalt förbättringsarbete och ökad framtida beredskap, möjliggör det befintliga samarbetet mellan FOU nu och Solna stad att goda förutsättningar finns för fortsatt arbete tillsammans med involverade parter, efter avslutad genomlysning.



Referenser

1. Registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen samt SmiNet, Folkhälsomyndigheten
2. Calderón-Larrañaga, A., Vetrano, D. L., Onder, G., et al. (2017). Assessing and measuring chronic multimorbidity in the older population: a proposal for its operationalization. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 72(10), 1417-1423.
3. Socialstyrelsen (2020), Vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2020.
4. Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada).
5. SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Stockholm, Socialdepartementet
6. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
7. SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Stockholm, Socialdepartementet
8. Sveriges Kommuner och Regioner (2020), Fakta om äldreomsorgen- i ljuset av coronapandemin.
9. Inspektionen för vård och omsorg (2020), Tillsyn för minskad smittspridning av covid-19 – särskilda boenden för äldre.
10. Marta Szebehely, underlagsrapport 2020, Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden.
11. Salas, E., Tannenbaum, S. I., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K. A. (2012). The science of training and development in organizations: What matters in practice. *Psychological science in the public interest*, 13(2), 74–101.
12. Fackförbundet Kommunal (2020), Pandemi på äldreboenden. En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin.
- 13 Nielsen, K., & Randall, R. (2013). Opening the black box: presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 601-617.
14. Mattessich, P. W., & Monsey, B. R. (1992). Collaboration: what makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration. Amherst H. Wilder Foundation, 919 Lafond, St. Paul, MN 55104.

