

Lärdomar från covid-19-pandemin: Vårdpersonalens erfarenheter i Region Stockholm

Sammanfattning:

- I verksamheten bör det finnas planeringsåtgärder för att stödja personalen vid en kris redan från start, så att långsiktig hållbarhet säkerställs.
- För att minska etisk stress vid svåra prioriteringar behöver prioriteringsriktlinjer finnas på plats från start, och svåra beslut bör tas så långt det är möjligt med kollega eller i team.
- I början av en kris kan engagemang och motivation driva personalen, men på sikt krävs fungerande system och strukturer för att upprätthålla verksamheten.
- För att medarbetare ska orka arbeta intensivt under en längre tid, måste målet vara tydligt och beslut ligga i linje med det övergripande syftet.
- Strukturerade system för kommunikation som ger personalen en tydlig lägesbild och insyn i beslut måste finnas på plats innan en kris.
- Nya initiativ och gjorda lärdomar måste regelbundet kunna tas omhand och spridas mellan avdelningar, kliniker och sjukhus på ett strukturerat sätt.
- Vid all planering, t.ex. för fördelning av resurser och personal över klinikgränser, måste hela sjukhuset tas med i beräkningen.

Denna rapport sammanfattar resultatet från en analys av fokusgruppintervjuer som hållits med sjuksköterskor och läkare som arbetat patientnära under covid-19-pandemin. Förhoppningen är att deras erfarenheter och lärdomar kan vara användbara vid en ny hälsokris. Intervjuerna genomfördes i maj–september 2024. Resultaten presenteras enligt kapacitetsökningskonceptet P.L.U.S: Personal, Lokal, Utrustning och Styrning/System som används av Socialstyrelsen. Efter en sammanfattning av erfarenheter och lärdomar har rapportförfattarna lagt till förslag på åtgärder baserat på deltagarnas idéer. Mer ingående resultat från studien kommer att publiceras i en vetenskaplig tidskrift.

Personal

Personalens förmåga och vilja att vara flexibel var avgörande vid en kapacitetsökning, något som lyftes av samtliga deltagare. Förändringar i arbetssätt, flytt av utrustning, byte av lokaler och omplacering av personal var nödvändiga för att hantera situationen, men ställde krav på personalens flexibilitet. Deltagarna delade både positiva och negativa erfarenheter av att arbeta i nya roller, på nya arbetsplatser och med nya arbetsvillkor, som

exempelvis krislägesavtalet. Många lyfte fram att yrkeskompetens användes på nya sätt under pandemin, men att kunskapsöverföringen fungerade dåligt, särskilt i början. För att avlasta vårdpersonalen togs andra yrkesgrupper in för att sköta uppgifter som schemaläggning, läkemedelsförberedelse och dygnet runt-städning av patientrum. Samtidigt pekade alla deltagare på en ojämn personalfördelning särskilt under första vågen – vissa arbetsplatser var överbelastade medan andra hade en mer hanterbar arbetsbörda.

Sammanfattande punkter:

- Personalens flexibilitet var avgörande.
- Det var nödvändigt att omfördela personal inom sjukhuset efter behov.
- Att ta in annan yrkeskompetens frigjorde tid för vårdpersonalen.
- Att arbeta i fasta grupper under en längre tid gjorde arbetet lättare.
- Krislägesavtalet fungerade bra för vissa men sämre för andra.

Förslag på åtgärder:

- Förbered och förankra hos medarbetarna i förväg att vid en hälsokris kan förflyttningar, nya arbetsuppgifter och nya arbetsvillkor bli aktuella.
- Kompetensinventering av sjukvårdspersonal bör finnas på plats för att underlätta utnyttjande av kompetens på bästa sätt vid en hälsokris.
- Stöd till personal och chefer under pågående hälsokris i form av lättillgänglig samtalskontakt, regelbunden avstämning och tid för kollegor att träffas behöver planeras in.

Lokaler

Sjukhusen kunde snabbt och effektivt anpassa vårdplatserna, men fördelningen av patienter och platser var ojämn. Många deltagare önskade att även geriatrika och internmedicinska avdelningar kunde ha utökats lika flexibelt som intensivvårdsplatserna. Samtidigt matchade vårdplatserna inte alltid behoven, till exempel kunde övervakning och extravak helt saknas på vanliga vårdavdelningar trots att behovet fanns. Anpassningar av patientflöden, lokaler och personal skedde i samförstånd, men det fanns en brist på en tydlig omställningsplan som följde patientinflödet.

Sammanfattande punkter:

- Skyndsam kapacitetsökning av vårdplatser på intensivvårdsavdelningar (IVA) genomfördes effektivt.
- Anpassning av lokaler genomfördes för förbättrat patientflöde och minskad smittspridning.
- Brist rådde på vanliga vårdplatser med möjlighet till övervakning och extravak.

Förslag på åtgärder:

- Planera och tillsätt resurser för hela patientförloppet; vid expansion av IVA behöver även vårdplatser innan och efter på lägre vårdnivå utökas.
- Helhetssyn på sjukhuset är nödvändig och behöver kommuniceras tydligt internt.
- Prioriteringar som är nödvändiga för att frigöra vårdplatser bör vara välförankrade bland personalen.

Utrustning

De flesta deltagare rapporterade en brist på skyddsutrustning i början av pandemin. Riktlinjer kring utrustningen som ofta förändrades utan tydlig förklaring ledde till ryktesspridning. Det rådde enighet om att beredskapslager med materiel och viktiga mediciner är nödvändiga inför framtida kriser. Brist på resurser och skiftande riktlinjer skapade en förtroendekris bland personalen. Det ansågs viktigt att säkra tillgången på materiel och läkemedel genom nationell tillverkning samt att ha ett system för inventering och rättvis fördelning.

Summerande punkter:

- Beredskapslager på olika nivåer saknades.
- Riktlinjer kring skyddsutrustning skiftade och kom ibland till på otydlig grund.
- Fördelning av utrustning uppfattades inte göras efter behov, eller rättvist, och koordineringen upplevdes saknas.

Förslag på åtgärder:

- Tydlighet och transparens kring fördelning (nationell, regional och lokal) och lagerhållning av skyddsutrustning, medicinsk utrustning samt essentiella läkemedel.
- En lista på essentiella läkemedel som behövs i alla typer av kriser ska finnas och en plan för försörjning och fördelning av dessa.

Styrning/system

Många deltagare önskade en bättre tvåvägskommunikation mellan personal och ledning, eftersom viktig kunskap från verksamheten ofta inte nådde fram till ledningen. Det fanns brister i kommunikationen både inom och mellan sjukhus och regioner. Samtidigt lyfttes positiva exempel på informationsdelning, såsom telefonkonferenser, mejltrådar, Facebookgrupper och veckovisa seminarier med uppdaterad medicinsk information. Det nämndes också som viktigt att information nådde personer utan svenska som modersmål, både inom sjukvården och i samhället. För att minska oron i samhället ansågs det värdefullt att involvera media och ge en tydligare bild av situationens allvar inifrån vården.

Uppföljningen av patientarbetet och arbetsplatsens hantering under och efter pandemin upplevdes som bristfällig. Deltagarna efterfrågade bättre stöd från ledningen vid svåra beslut och tydligare riktlinjer kring t.ex. när striktare prioriteringar behövde införas.

Dessutom ville många att sjukvårdspersonalen skulle involveras ytterligare i utvecklingen av medicinska PM och riktlinjer.

Summerande punkter:

- De som arbetade i eller nära verksamheten satt inne med viktig kunskap om det aktuella läget, men kände ofta att deras erfarenheter inte togs till vara.
- Ledarskapet var inte alltid lyhört eller synligt i verksamheten.
- Kliniskt förankrade prioriteringsriktlinjer och uppbackning från ledningen skulle ha underlättat för personalen.
- Katastrofläge upplevdes ha behövts utlysas när resurserna på golvet de facto inte räckte till.
- Behandlingsbegränsningsbeslut som togs gemensamt upplevdes bättre, men gjordes inte alltid.
- Ibland hindrade prestige att ändra på beslut som visat sig vara mindre lyckade.
- Media användes för lite för att kommunicera till samhället vad som hände inom sjukvården, utan att öka på oro.

Förslag på åtgärder:

- Tydlighet kring vad som krävs för att olika beredskapslägen införs.
- Etablera kommunikationsvägar åt båda håll, för att ledningen också ska få information från golvet.
- Sjukvårdspersonalens synpunkter om verksamhetens utformning och kunskap om det medicinska omhändertagandet behöver tas i beaktande vid utformning av PM och riktlinjer. Annars riskeras att personal tappat förtroende för verksamheten och utsätts för etisk stress när de upplever att de måste sänka nivån på den vård som kunde erbjudas, vilket minskar personalens uthållighet.
- Fördel om IVA- och andra prioriteringar görs i team, för att få bättre beslut och minskad etisk stress.
- Inför en struktur för kunskapsdelning mellan kliniker, regioner och nationellt.
- Inför en nationell IVA-koordinator för att fördela platser och personal.

Rapporten är författad av följande personer från Centrum för hälsokriser:

- Hedvig Glans, infektionsläkare, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge, med dr, Karolinska Institutet
- Martina Gustavsson, ssk, med dr, post doc Karolinska Institutet
- Märith Halmin, anestesiläkare, Södersjukhuset, med dr, Karolinska Institutet
- Helena Nordenstedt, internmedicinläkare, Danderyds sjukhus, med dr, docent Karolinska Institutet

samt

- Sophie Kebede Löfström, ST-läkare allmänmedicin, Vårdcentral Hemse