



REGION MIDTJYLLANDS SUNDHEDSFAGLIGE ORGA- NISERING UNDER FØRSTE BØLGE AF COVID-19 MED FOKUS PÅ AKUTOMRÅDET – HVAD KAN VI LÆRE?

MAJ 2022

AARHUS UNIVERSITY: **DESIGN-EM**
RESEARCH NETWORK FOR ORGANIZATION DESIGN AND EMERGENCY
MEDICINE



TABLE OF CONTENT

Forord	3
Resume	5
Introduktion	9
Faser i en Pandemi.....	10
WHO's pandemifaser	10
Danmarks pandemifaser	11
Sundhedsstyrelsens pandemiStadier	12
Organisatorisk Udgangspunkt: Beredskabsplaner	13
Den nationale pandemiberedskabsplan.....	14
Region Midtjyllands sundhedsberedskabsplan	15
Hospitalet i Region Midtjyllands indsatsplaner for CBRN-hændelser	16
Udfordring	17
Stadie 1: Overvågningsstadiet	17
Stadie 2: Inddæmningsstadiet	18
Opgaver	19
Ledelse.....	19
Organisering	20
Bemanding/udstyr.....	20
Opsamling.....	20
Stadie 3: Nedlukningsstadiet	21
Opgaver	22
Ledelse.....	23
Organisering	29
Bemanding/udstyr.....	33
Stadie 4: Post-første bølge	34
Opgaver	35
Ledelse.....	37
Organisering	40
Bemanding/udstyr.....	43
Opsamling.....	44
Hvad kan vi lære?	47
Modstandskraft	47



Medarbejderusikkerhed	48
Organiseringstilpasning og omstillingsparathed	50
Fremtidigt beredskab	50
Perspektivering	51
Fremtidig ordinær drift og udvikling	51
En ny pandemi	52
En ny Sort Svane-situation	53
Konklusion.....	54
Appendiks: Metode og teori	54
Metode	54
Teori.....	59
OrganisationsDesign.....	59
Definition af en sort svane	59
Organisatorisk modstandsdygtighed	59
Referencer.....	63



FORORD

Denne rapport er den første afrapportering fra projektet **COVID-19-pandemiens konsekvenser for den fremtidige organisering af akutbehandling**, der udføres af [DESIGN-EM](#).

DESIGN-EM er et tværfagligt forskningssamarbejde på Aarhus Universitet mellem [Center for Akutforskning](#) og Interdisciplinary Center for Organizational Architecture – [ICOA](#).

Det overordnede formål med projektet er at beskrive og analysere de organisatoriske ændringer, både nationalt (lukning af grænser, forbud mod forsamling, m.m.) og på det enkelte hospital, som COVID-19-pandemien har medført samt analysere indflydelsen på patientflow og behandlingskvalitet (indlæggelsestid, patientsikkerhed, dødelighed m.m.). Med andre ord: hvad har hospitalerne gjort, hvad virkede og hvordan?

Forskning har vist, at behandlingskvaliteten af patienter (overlevelse indlæggelsestid og genindlæggelse) er signifikant påvirket af organiseringsmåde, kommunikation og bemanning.

Formålet med denne rapport er at analysere og forstå de organisatoriske ændringer, der er foretaget på de enkelte hospitaler med hovedfokus på akutmodtagelserne, som er indgangen til hospitalerne. Desuden opstilles læringselementer med retning mod en fremtidig potentiel pandemi eller lignende sundhedsmæssig katastrofe. De udarbejdede beredskabsplaner og beredskabsorganisering viste sig ikke at kunne bruges. Hospitalerne og de enkelte afdelinger foretog derfor forskellige organisatoriske tiltag og gennemførte dem også på forskellig måde.

Data er indsamlet gennem semistrukturerede interviews med regionsdirektøren, hospitalsledelserne og afdelingsledelserne i akutafdelingerne, samt den lægefaglige direktør i præhospitalet. Interviewene fokuserede på de effektuerede ændringer, men også på rationalet bag og de efterfølgende erfaringer med ændringerne. De foretagne interviews er suppleret med tilgængelige instrukser og retningslinjer samt nyhedsbreve fra ledelsen.

Forfattere til rapporten er Karoline Nielsson Kvist, Tenna Axelsen, Lone Kavin, Hans Kirkegaard og Børge Obel.

Data er indsamlet af Lise Skjødt Birkeland, Lone Kavin, Emilie Sierant Sørensen, Hans Kirkegaard og Børge Obel.

Udarbejdelse af interviewguide: Lise Skjødt Birkeland, Lone Kavin, Iben Duvald og Gitte Boier, Hans Kirkegaard og Børge Obel.

Kritisk gennemlæsning af rapporten: Iben Duvald, Gitte Boier og Vibeke Vrang.

DESIGN-EM-netværket har givet input til såvel projektet som denne rapport.



Tak til alle, som har stillet op til interview

- Regionshospitalet Randers: Hospitalsdirektør Jonas Dahl, sygeplejefaglig direktør Marianne Jensen, lægefaglig direktør Lone Winther Jensen, ledende overlæge for akutafdelingen Christian Skjærbæk, og oversygeplejerske for akutafdelingen Marianne Renberg
- Hospitalsenhed Midt: Hospitalsdirektør Thomas Balle Kristensen, sygeplejefaglig direktør Mette Fjord Nielsen, lægefaglig Direktør Claus Brøckner, ledende overlæge for akutafdelingen Jacob Stouby Mortensen og oversygeplejerske for akutafdelingen Trine Agerskov
- Regionshospitalet Horsens: Hospitalsdirektør Lisbeth Holsteen Jessen, lægefaglig direktør Nils Falk Bjerregaard, sygeplejefaglig direktør Hanne Svestrup Demant og ledende overlæge for akutafdelingen Ulf Grue Hørlyk
- AUH: Hospitalsdirektør Poul Blaabjerg, lægefaglig direktør Jørgen Schøler Kristensen og ledende overlæge for akutafdelingen Ole Mølgaard
- Hospitalsenhed Vest: Hospitalsdirektør Poul Michaelsen, sygeplejefaglig direktør Ida Götke og ledende overlæge for akutafdelingen Tommy Andersson
- Præhospitalet: Lægefaglig direktør Per Sabroe
- Region Midtjylland: Sundhedsdirektør Ole Thomsen

Projektet er finansieret af Region Midtjylland, Institut for Virksomhedsledelse, Aarhus Universitet og Center for Akutforskning, AUH.



RESUME

I foråret 2020 ramte COVID-19 Danmark og markerede en hidtil ukendt og længerevarende trussel mod sundhedsvæsenet. Denne rapport undersøger, hvordan hospitalerne i Region Midtjylland organiserede sig for at håndtere udfordringerne forbundet med første bølge af COVID-19. Rapporten forsøger ikke at udtale sig om specifik organisering på de enkelte hospitaler, men søger at give et helhedsbillede af organiseringen under første bølge af COVID-19 på tværs af hospitaler og regionen.

Dette er undersøgt med data i form af semistrukturerede interviews med henholdsvis hospitalsledelserne og de ledende overlæger og oversygeplejersker fra akutafdelingerne på de fem akuthospitaler i Region Midtjylland, Præhospitalets lægefaglige direktør, samt Region Midtjyllands sundhedsdirektør. Dertil er der indsamlet skriftligt materiale som nyhedsbreve, referater mv. Interviewdata er analyseret ud fra multikontingensteorien for organisatorisk design (Burton et al. 2020) samt teorier vedrørende håndtering af Black Swan (sort svane)-hændelser (Grandori, 2020).

Rapporten tager afsæt i Sundhedsstyrelsens stadier, som repræsenterer første bølge af COVID-19. Disse stadier har udgangspunkt i Danmarks pandemiplans faseinddeling, som er afledt af WHO's faseforståelser af en pandemi. Rapportens analyse er derfor inddelt i: Stadie 1: Overvågningsstadiet fra d. 31. december 2019 til d. 26. februar 2020, Stadie 2: Inddæmningsstadiet fra d. 27. februar 2020 til d. 10. marts 2020, Stadie 3: Nedlukningsstadiet fra d. 11. marts til midten af april 2020 og Stadie 4: Post-første bølge fra midten af april til sommeren 2020.

Rapporten gennemgår hospitalernes organisatoriske udgangspunkt fra Danmarks pandemiplan, Region Midtjyllands sundhedsberedskabsplan og de fem hospitalers indsatsplaner for CBRN-hændelser, som omfatter biologiske hændelser (B) som en smitsom virus, hvilket COVID-19 er. Udfordringen ved det organisatoriske udgangspunkt var, at Danmarks pandemiplan var forholdsvist udførlig, men krævede at Regionernes sundhedsberedskabsplaner var opdateret og justeret, hvilket ikke var tilfældet. Samtidig var indsatsplanerne på hospitalerne i Region Midtjylland svært begrænset vedrørende en pandemi, hvorfor hospitalerne i regionen ikke var forberedt og rustet til at håndtere første bølge af COVID-19, hvor man hverken kendte til intensitet, omfang eller varighed.

Rapportens analyse er struktureret således, at interviewdata er analyseret med afsæt i de fire stadier, hvor hvert stadie fokuserer på fire overordnede kategorier: Opgaver, ledelse, organisering og bemanding/udstyr, som er kategorier fra pandemiplanen.

Stadie 1, overvågningsstadiet, er karakteriseret ved usikkerhed om COVID-19-situationens alvor, hvorfor man ikke så nogen forandring i hospitalernes organisering.

Stadie 2, inddæmningsstadiet, beskriver Danmarks første smittetilfælde d. 27 februar. Trods det, at første tilfælde af COVID-19 blev konstateret i Danmark, så man ikke en reorganisering af hospitalerne i Region Midtjylland. Kun få hospitaler udtaler sig om en grad af forberedelse i planlægningen,



men ikke noget, som implementeres. De få COVID-19-patienter, som hospitalerne modtog, blev behandlet på infektionsmedicinsk afdeling, som pandemiplanen og beredskabsplanerne også foreskriver, men ellers ligner inddæmningsstadiet i høj grad overvågningsstadiet.

I Stadie 3, nedlukningsstadiet, meldte WHO ud, at COVID-19 nu blev betegnet som en pandemi, og regeringen lukkede Danmark ned. Dette medførte en eksplosion af retningslinjer fra nationalt til regionalt og ned på lokalt niveau på de enkelte hospitaler. Beredskabsplaner blev sat i værk under nedlukningen, men man blev hurtigt klar over, at de ikke var kompatible med COVID-19-situationen. Omorganisering blev dermed nødvendig, da en meget større mængde af opgaver skulle varetages. De økonomiske begrænsninger blev fjernet, og hospitalerne tog innovative tiltag i brug for at imødekomme COVID-19-udfordringer bedst muligt.

Den store mængde af nye opgaver krævede også større samarbejde på tværs, hvorfor koordinering og kommunikation også udvikledes. Ledelsen på hospitalerne oplevede et skift, da konkrete retningslinjer fra nationalt niveau skulle følges samtidig med, at de mange nye opgaver betød en uddelegering af ansvar og beslutningskompetence til afdelingsledere. Dette gjorde hospitalerne via individuelle organiseringsmodeller. Nedlukning af elektive behandlinger betød, at personale kunne flyttes til akutafdelingen, hvor COVID-19-patienter skulle modtages. Flere organisatoriske tiltag blev udfordret, specielt i opdelingen af COVID-19-patienter og OBS-COVID-19-patienter. Dette havde også betydning for medarbejdertrygheden, trods en generel stor forandringsparathed hos personalet. Mange af de organisatoriske tiltag var afhængige af de fysiske rammer, da smitterisikoen var en afgørende faktor. På såvel regions-, hospitals- og afdelingsniveau blev der foretaget radikale reorganiseringer i løbet af den første måned af COVID-19-pandemien. Nogle hospitaler oprettede individuelle COVID-19-afdelinger, andre oprettede en eller flere COVID-19-afsnit til eksisterende afdelinger. Mødestrukturer blev ændret, samarbejdet mellem hospitalets afdelinger, læger og sygeplejersker blev ændret, ligesom hospitalets og afdelingernes organisation blev ændret. Nogle hospitaler gennemførte prøvehandlinger, andre gjorde ikke. Bemanding og teamstruktur blev re-designet, personale uddannet og instrueret forskelligt. Endelig blev beslutningsprocesserne løbende tilpasset de konkrete forhold i takt med, at man modtog de nyeste retningslinjer og instrukser. Stadiet er generelt præget af at skulle forholde sig til en ny smitsom virus, nye retningslinjer, nye organiseringsmodeller samt meget andet i bekæmpelsen af COVID-19.

Stadie 4, post-første bølge, er karakteriseret ved, at smittetrykket er faldet og Danmark lukkes mere og mere op, hvilket havde betydning for hospitalernes organisering. Stadiet beskriver refleksioner om nedlukningen, og der ledes efter en balance mellem forsøget på at vende tilbage til normal organisering samtidig med, at de stadig skal forholde sig til COVID-19.

Som ovenfor nævnt havde hverken regionen eller hospitalerne beredskab eller planlægning i forhold til en pandemi. Der var ikke lavet et beredskab for en pandemi, og Sundhedsstyrelsens vurdering af at COVID-19 ikke ville ramme Danmark gjorde, at man først meget sent opdagede, at man stod over



for opgaver, som der ingen planer var for. Man iværksatte i stedet en organisering, der var beregnet til en stor ulykke.

Første bølge viser, hvorledes det lykkedes et forholdsvis uforberedt dansk sundhedsvæsen at komme igennem en pandemi som COVID-19. Medens der fra et overordnet perspektiv var en plan for en pandemi, var det ikke tilfældet for regionen og hospitalerne. Situationen, som hospitalerne stod overfor, kan derfor betegnes som en sort svane. Sorte svaner er usædvanligt uforudsigelige begivenheder med enorme konsekvenser for det menneskelige samfund. Modstandskraft over for en sort svane kræver, at man har beredskab og planlægning, et agilt organisationsdesign, materielle og finansielle ressourcer og informationsstyring med et tydeligt informationsflow, der kan sikre en hurtig og effektiv respons. Desuden kræves sikkerhedssystemer og redundans til sikring af, at organisationen har flere forskellige alternative manøvreringsmuligheder. Lige så vigtigt er medarbejdere, der er motiverede og engagerede. Sammenhængskraften i indsatsen kræver styringsprocesser med balanceret decentralisering/centralisering og koordineret samarbejde samt en ledelsespraksis, der kan skabe en klar og delt vision. Modstandskraften fordrer en organisationskultur med ressourcer til at eksperimentere samt sociale netværk og samarbejde, der skaber øget mobilisering og overførsel af viden samt Udbredelse af innovation.

Overordnet kan det konkluderes, at regionen og hospitaler over en periode på ca. 8 uger skabte et organisatorisk setup, som kunne håndtere pandemien. Nedlukningen og det danske samfundssind betød, at der ikke kom så mange COVID-19-patienter, som de røde prognosekurver indikerede. Situationen ville have været markant anderledes, hvis antallet af patienter havde fulgt de røde kurver.

Analysen har medført tre læringspunkter: 1. Fremtidig ordinær drift og udvikling, 2. En ny pandemi og 3. En ny sort svane-situation.

For fremtidig drift og udvikling konkluderes, at en balanceret centralisering/decentralisering kan udnytte en betydelig ledelseskapacitet hos afdelingsledelserne. Det udviklede samarbejde og koordineringen både mellem hospitalerne samt internt på de enkelte hospitaler skal søges bibeholdt også i en situation, hvor der ikke er en akut krise.

For en ny pandemi skal beredskabs- og indsatsplaner opdateres, så de tilpasses den nationale pandemiplan, for at være mere forberedt på lignende scenarier. Her med fokus på mængden af smittede patienter samt varighed og håndtering af smittede patienter.

For at håndtere en ny sort svane-situation forudsættes det, at man holder organisationerne agile. Man skal ikke kun fokusere på, hvad man skal gøre i en krisesituation men måske mere på, hvordan man hurtigt kan reagere, og man skal sikre en form for redundans, så organisationen har flere forskellige alternative manøvreringsmuligheder.

Analysen viste, at elementer som tillid og informationsflow spiller en stor rolle i Danmarks håndtering af første bølge af COVID-19.



Trods de mange udfordringer, som første bølge af COVID-19 medførte, viser denne rapport, hvilket exceptionelt godt arbejde Danmark, Region Midtjylland og de fem hospitaler udførte, og hvordan man trods en ukendt pandemi formåede at komme omkring COVID-19 som trussel mod det danske sundhedsvæsen. Med COVID-19 fik regionen og hospitalerne lidt tid til at tilpasse sig. Det er ikke sikkert, at vi med en ny sort svane får den samme tid.

Hvis vi lærer af de erfaringer, vi har gjort os under COVID-19 de seneste to år til at opdatere planer og beredskab samtidig med, at der arbejdes målrettet med tillid og omstillingsparthed i organisationerne, vil man fremme Danmarks sundhedsvæsens modstandskraft over for en uvis fremtid.



INTRODUKTION

I foråret 2020 stod Danmark overfor COVID-19-pandemien. Pandemien markerede en hidtil uset og længerevarende trussel mod sundhedssystemet. Europæiske naboer, såsom Italien, stod over for et “rædselsscenario”, der både skræmte og motiverede Danmarks håndtering af krisen. På kort tid blev mange sundhedsmæssige tiltag på nationalt samt regionalt plan derfor indført. I kraft af disse tiltag ændrede hospitalsvæsenets organisering sig markant. Grundet pandemiens dengang ukendte natur måtte hospitalerne erkende, at deres eksisterende beredskabsplaner ikke var optimale i den aktuelle situation: *“det var en langvarig driftssituation, og derfor blev man nødt til faktisk at opfinde en ny organisering, fordi beredskabsorganiseringen passer fint, hvis det er noget der skal foregå i nogle timer eller nogle dage, måske nogle uger, men det duer sårme ikke driftsmæssigt et helt år. Det kan man ikke”*. Krisen var netop ikke overstået på timer eller dage, men viste sig at være et længerevarende problem. Beslutningsprocesser og ressourcefordelingen måtte derfor reorganiseres, og de enkelte hospitaler greb reorganiseringen an på forskellige måder.

Denne rapport undersøger, hvordan hospitalerne i Region Midtjylland organiserede sig for at håndtere udfordringerne forbundet med COVID-19.

For at være bedst muligt forberedt på lignende fremtidige scenarier er det afgørende at evaluere den anvendte indsats og store læring, der ligger indlejret i den tidlige erfaring fra pandemien. Evalueringer og forebyggende initiativer rettet mod en lignende akut krise i samfundet og sundhedsvæsenet er nødvendige for, at hospitalerne fortsat kan fastholde en høj grad af behandlingskvalitet og effektivitet samt patientsikkerhed. Rapporten præsenterer konkrete læringspunkter, der kan bruges i den fremtidige akutbehandling, forberede håndteringen af en eventuel fremtidig pandemi og endelig gøre regionen beredt til en ny helt ubekendt trussel mod sundhedssystemet.

Rapportens data bygger på semistrukturerede interviews med hospitalsledelserne samt de ledende overlæger og oversygeplejersker på akutafdelingerne på de fem akuthospitaler i Region Midtjylland, Præhospitalets lægefaglige direktør samt Region Midtjyllands sundhedsdirektør. Desuden er der benyttet skriftligt materiale som beredskabsplaner, rapporter samt mødereferater. Rapporten tager derved et ledelsesperspektiv, idet interessen har omhandlet organisering og beslutningstagen i stadierne. På denne vis stiller rapporten ikke skarpt på organisatoriske klimaer, stress, konflikter, frygt m.m. blandt personale. I interviewprocessen er dette dog blevet fremhævet af informanterne, men stadigvæk set fra et ledelsesperspektiv.

Data er analyseret ud fra multikontingensteorien for organisatorisk design (Burton et al. 2020) samt teorier vedrørende håndtering af Black Swan (sort svane)-hændelser (Grandori, 2020). I appendiks er teorien omkring en sort svane beskrevet.



Opbygningen af rapporten er struktureret således, at Region Midtjyllands udfordringer med pandemien kortlægges og analyseres ud fra fire overordnede kategorier: Opgaver, ledelse, organisering og bemanning/udstyr. Analysen inddeles i fire stadier – overvågningsstadiet, inddæmningsstadiet, nedlukningsstadiet og post-første bølge – fra slutningen af december 2019 til sommer 2020, som ikke skal forveksles med WHO's og Danmarks "pandemifaser". Analysen ser ikke på de enkelte hospitalers specifikke aktiviteter og organisering, men søger at give et helhedsbillede på tværs af hospitaler og regionen.

For at kvalificere stadietinddelingen beskriver næste afsnit forskellige kategoriseringer af pandemifaser fra WHO, Danmark og Sundhedsstyrelsens stadier. Dernæst introduceres nationale, regionale og de fem hospitalers eksisterende beredskabsplaner for at danne en forståelse for regionens parathed og udgangspunkt til at gribe udfordringen an. Dette giver den kontekst som var baggrund for de ledelsesbeslutninger, der blev taget.

FASER I EN PANDEMI

Efter svineinflenzapandemien (A(H1N1)v) i 2009 viste undersøgelser, at de lande, som var velforberejdede og som yderligere havde udarbejdet nationale pandemiplaner, klarede sig bedst gennem influenzapandemien (Danmarks nationale pandemiplan, Del 1: 5). WHO opfordrede efterfølgende alle medlemslande til at udvikle nationale pandemiplaner (ibid.).

I februar 2012, efter svineinflenzapandemien, definerede WHO (World Health Organization) en pandemi således: "*The worldwide spread of a new disease. An influenza pandemic occurs when a new influenza virus emerges and spreads around the world, and most people do not have immunity*" (ibid.: 6).

WHO'S PANDEMIFASER

WHO har inddelt pandemisk influenza i seks faser samt to post-pandemiske faser, som karakteriserer en pandemis forløb som vist i figur 1. I første fase er der ikke rapporteret smitte af virus fra dyr til mennesker, men der kan cirkulere influenzavirus mellem dyr i naturen, hvilket kan udvikle sig til en pandemi (Nationale pandemiplan, Del 2: 4). I anden fase cirkulerer der influenzavirus blandt dyr, som har forårsaget smitteinfektion hos mennesker, hvorfor pågældende influenzavirus betragtes som en potentiel pandemitrusel (ibid.: 5). I fase tre har influenzavirus forårsaget infektion hos mennesker i sporadiske og/eller floktilfælde, dog ikke i tilstrækkelig grad til at definere et pandemiudbrud, men nok til at have nået et niveau, som udgør en pandemisk trussel (ibid.). I fase fire ses der bekræftede tilfælde af person-til-person smitte af pågældende influenzavirus, som kan forårsage lokale udbrud, hvilket markerer en øget risiko for pandemi (ibid.). I fase fem er der person-til-person smitte mellem mennesker i mindst to lande i en WHO-region, hvilket betyder, at en pandemi er nært forestående



(ibid.). I fase seks er der udbredt smitte mellem mennesker og der er konstateret udbrud i mindst ét andet land i en anden WHO-region, hvilket indikerer, at der er en pandemi (ibid.). I de to post-pandemiske faser vil sygdomsniveauet for influenzavirus være faldet til under det højeste niveau i fase seks, og sygdomsaktiviteten vil være vendt tilbage til niveauet for sæsoninfluenza (ibid.).

Fase et til tre er beredskabsklargøring i form af kapacitetsopbygning og planlægning af hjælpende aktiviteter (Nationale pandemiplan, Del 1: 15). Fase fire til seks signalerer derimod et behov for respons og sygdomskontrollerende indsatser (ibid.). De postpandemiske faser kræver fastholdelse af overvågning samt en opdatering af pandemiske beredskabs- og indsatsplaner i overensstemmelse med foregående influenzapandemi (ibid.).

DANMARKS PANDEMIFASER

Danmark har på baggrund af WHO's opfordring om udvikling af pandemiplaner post-svineinfluenzapandemien i 2009 opdateret til en ny version af pandemiplanen med afsæt i tidligere plan fra 2006, erfaringer fra pandemien i 2009 samt den seneste videnskabelige evidens (Nationale pandemiplan, Del 1: 6). Her defineres Danmarks tre pandemiske faser samt post-pandemiske faser, som fremstår afledt fra WHO's pandemiske faser af praktiske grunde (ibid. 15) (Figur 1).

Den inter-pandemiske periode i Danmarks pandemiplan, beskriver WHO's fase et og to (Nationale pandemiplan, Del 1: 17). Den defineres som at ingen potentiel pandemisk virus cirkulerer blandt mennesker, men at en ny influenzavirus cirkulerer blandt dyr (ibid.). Hovedprioriteringen i denne periode er at planlægge og opruste beredskabet til en eventuelt kommende pandemi (ibid.). Den præpandemiske alarmperiode beskriver WHO's fase tre og defineres ved, at der er konstateret influenzavirus hos mennesker, men ikke spredning af person-til-person smitte, hvilket indikerer, at den pågældende influenzavirus har pandemisk potentiale (ibid.: 18). Afhængigt af den pågældende influenzavirus' alvorlighed er prioriteringen i denne fase at detektere og begrænse spredning i Danmark, så man bedre kan ruste beredskabet (ibid.). Den præpandemiske periode beskriver også WHO's fase fire og fem, hvor den pågældende influenzavirus er konstateret hos mennesker, og der er bekræftet tilfælde af person-til-person smitte (ibid.). Indsatsen mod den potentielle pandemi kan være ressourcerkrævende og skal justeres efter en epidemiologisk vurdering (Nationale pandemiplan, Del 1: 18). Den pandemiske fase beskriver WHO's fase seks og defineres som forøget og vedvarende overførsel af influenzavirus i den generelle befolkning, og dette indikerer en pandemisk virus (ibid.). Her er hovedprioriteringen at minimere pandemiens effekter i forhold til sygelighed og dødelighed, særligt i risikogrupper som kan være sårbare over for den pågældende influenzavirus (ibid.). Dette løses gennem forebyggende tiltag og medicinsk behandling af sygdommen og dens komplikationer (ibid.). Det forventes, at denne fase indebærer udbredt smitte i samfundet, som ikke kan begrænses via isolation, og bekæmpelsen af pågældende influenzavirus sker derfor gennem overvågningen i udvikling af resistens og influenzapandemiens drift (ibid.). De post-pandemiske faser indikerer en minimering af pandemiens effekter, men overvågningen fastholdes og de pandemiske beredskabs- og indsatsplaner opdateres (ibid.).



SUNDHEDSSTYRELSENS PANDEMISTADIER

Karakteristisk for pandemier i forhold til sæsoninfluenza er, at de kan optræde i flere bølger, som kan komme med forskellig styrke (Nationale pandemiplan, Del 1: 14). Denne rapport er baseret på bølge et, som ramte Danmark i foråret 2020. Danmarks præpandemiske fase og pandemiske fase, som beskriver WHO's fase tre, fire, fem og seks, indikerer første bølge af COVID-19 i Danmark, som strækker sig fra d. 31. december 2019 til midten af april 2020, hvorefter første bølge aftager.

Sundhedsstyrelsen udkom d. 10. marts 2020 med en rapport om COVID-19, der behandlede risiko, strategi og tiltag ved en epidemi i Danmark (SST: 6). Her beskrives den aktuelle truende epidemi med COVID-19 også i stadier over epidemiudvikling samt strategier og mulige tiltag (ibid.).

I første stadie kaldet *overvågningsstadiet* føres en strategi med fortsat overvågning af COVID-19, hvor det primære formål er at forsinke pandemiens introduktion til Danmark med systematisk overvågning (SST: 7) (Christensen et al.: 26). Dette skulle gøres ved hurtigt at diagnosticere og isolere de smittede samt karantænesætte deres nære kontakter (SST: 7), men der er på dette tidspunkt endnu ingen konstaterede smittetilfælde i Danmark. Dette stadie går fra 31. december 2019 til 26. februar 2020 ifølge Christensens rapport (Christensen et al.: 26).

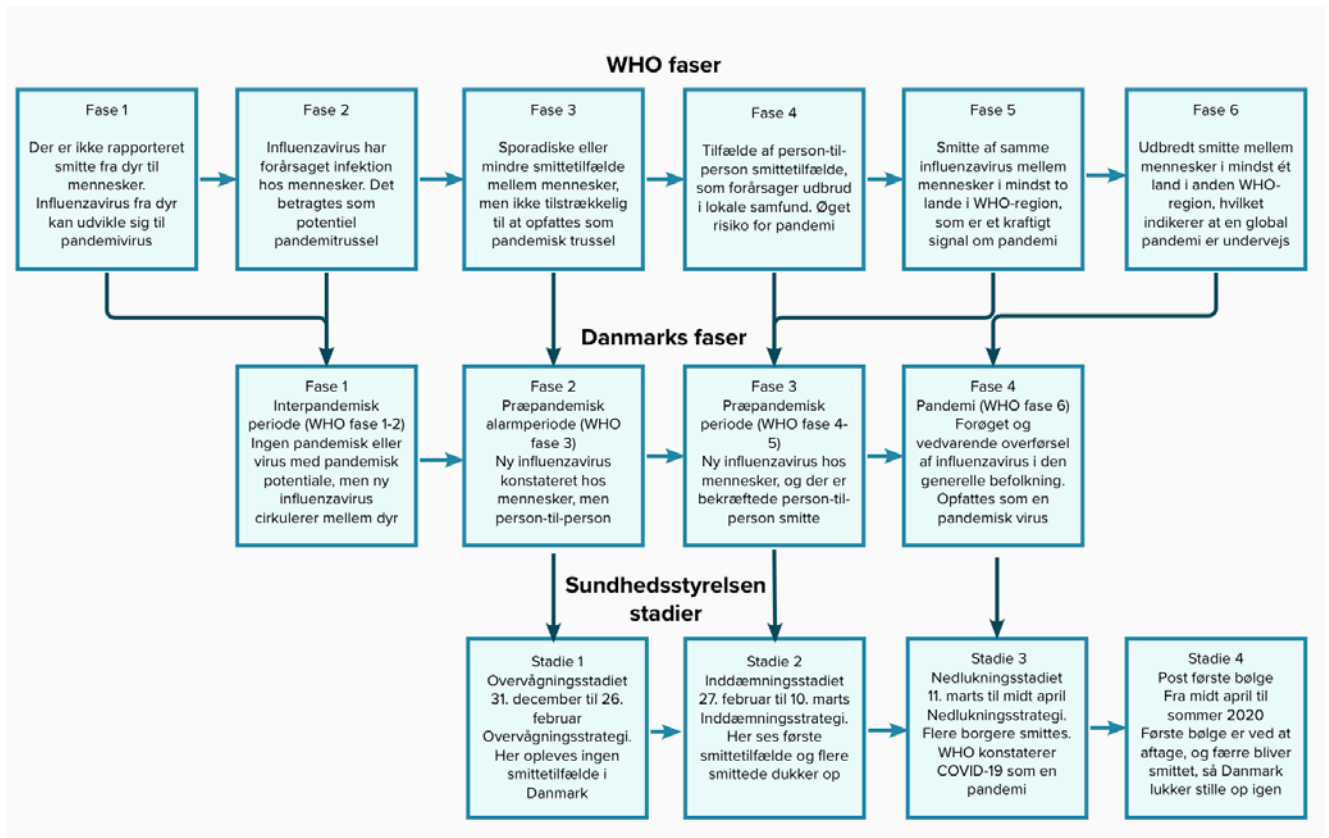
I andet stadie kaldet *inddæmningsstadiet* føres en strategi, hvor der er sporadisk smittespredning, og hvor der ved yderligere smittespredning i Danmark vil fokuseres på forebyggelse af smittespredning til de mest sårbare grupper samt sikring af behandlingskapaciteten i sygehusvæsenet (SST: 7). Samtidig vil der være opmærksomhed på manglende forsyning af lægemidler og andre beredskabsprodukter, herunder værnemidler (ibid.). Dette stadie strækker sig fra 27. februar 2020 til 10. marts 2020, fra første smittetilfælde konstateres i Danmark til flere smittede samtidig med, at situationen i Italien vækker bekymring (Christensen et al. 26). Dette rykker COVID-19 øverst på myndighedernes dagsorden, og oprustning af den organisatoriske kapacitet intensiveres (ibid.).

I tredje stadie kaldet *nedlukningsstadiet* føres en strategi, hvor der er udbredt og vedvarende smittespredning med stigende pres på sundhedsvæsenet, hvilket fører til en delvis nedlukning af landet (SST: 7, Christensen et al. 26). Nedlukningen har til formål at undgå et sammenbrud inden for sygehusvæsenet (Christensen et al. 26). I dette stadie skal indlæggelseskrævende patienter isoleres på enestue eller i kohorteisolation, og mobilisering og prioritering af ressourcer intensiveres betydeligt (ibid.). Dette stadie løber fra 11. marts til midten af april 2020 (Christensen et al. 26).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er der i stadie fire en udbredt og vedvarende smittespredning med utilstrækkelig behandlingskapacitet. Dette stadie udspiller sig ikke i Danmark i første bølge af COVID-19 i foråret 2020, som denne rapport forholder sig til, fordi det ikke blev en realitet. I stedet er stadie fire

i denne rapport et post-første bølgestadie med gradvis oplukning af samfundet fra midt april til sommeren 2020, hvor nedlukningen af Danmark fik mindsket smittespredningen, og det danske sygehusvæsen fik mulighed for at restituere i forhold til forårets begivenheder.

Figur 1: Overblik over faser og stadier



ORGANISATORISK UDGANGSPUNKT: BEREDSKABSPLANER

Danmark har en national beredskabsplan for pandemisk influenza, som har til formål at forberede samfundet bedst muligt på at imødekomme udfordringer ved en pandemi (Nationale pandemiplan, Del 1: 7). Planen for pandemisk influenza skal lægge rammerne for beredskabet, som skal følges af et planlægningsarbejde i regionerne. Hver enkelt region har også en sundhedsberedskabsplan, som skal ruste regionerne til en pandemisk situation. I Region Midtjylland er der fem akuthospitaler samt Præhospitalet, som hver ligeledes har en beredskabsplan for en krisestyringsorganisation. Denne plan fungerer sammen med indsatsplaner afhængigt af, hvilken krise det drejer sig om. COVID-19-situationen betød, at indsatsplanen for CBRN (kemisk, biologisk, radioaktiv og nuklear smitte) – hændel-



ser, blev aktuel. Både den nationale pandemiplan, regionernes sundhedsberedskabsplaner og hospitalernes individuelle beredskabs- og indsatsplaner skal sammen ruste samfundet til at imødegå pandemier.

DEN NATIONALE PANDEMIBEREDSKABSPLAN

Den nationale pandemiberedskabsplan er et overblik over, hvordan beredskabet sikrer de vigtigste opgaver for at imødekomme en pandemi bedst muligt (Nationale pandemiplan, Del 1: 6). Første del af pandemiplanen angiver de nationale centrale opgaver herunder en afgrænsning af risikogrupper, fremskaffelse af vacciner samt kommunikation af informationsbehovet (ibid.). Her er hovedsigtet at nedbringe sygdomsbyrden ved en reducering af smittespredningen og dermed mindske belastningen for sundhedssystemet (SST: 7). Anden del af den nationale pandemiberedskabsplan skal danne udgangspunkt for regionernes planlægning af det decentrale beredskab for en influenzapandemi, og hvordan disse planer skal fungere med de regionale sundhedsberedskaber (Nationale pandemiplan, Del 1: 6). Planen er skitseret i opgaver, ledelse, organisation, samt bemanning og udstyr (Nationale pandemiplan, Del 2: 4). Vejledningen er opdelt efter WHO's pandemifaser (ibid.).

Den nationale pandemiberedskabsplan opfordrer regionerne til at optimere deres planlægning, kapacitetsopbygning og aktiviteter (ibid.). Opgaverne omfatter planlægning af sygehusenes modtagelse, behandling og inddæmning af smittetilfælde samt iværksættelse af isolation på infektionsmedicinsk afdeling (ibid.). Ledelsen skal varetages af regionens beredskabs Akut Medicinske Koordinationsvagtcentral (B-AMK), som udøver den operative ledelse og koordination af sygehusvæsenet i regionen under en pandemi (ibid.: 11). Hospitalerne står for behandling af indlagte smittede på infektionsmedicinsk afdeling, mens behandlingen af ikke-indlagte smittede foretages af praktiserende læge/lægevagter (ibid.).

Regionens opgaver er at vurdere ressourcebehovet, sikre den relevante transport af smittede patienter, samt modtagelse og behandling af ekstraordinært mange patienter på hospitalerne (ibid.: 18). Ledelsen varetages af regionens nedsatte kriseledelse, som skaber overblik og formidler til B-AMK (ibid.: 19). Hospitalerne har aktiveret en intern krisestab og indlæggelser skal fortsat ske på infektionsmedicinsk afdeling, mens patienter i eget hjem håndteres af praktiserende læge (ibid.: 20).

Regionens opgaver er at forholde sig til et betydeligt større patientantal, så indlæggelseskrævende patienter isoleres enten på enestue eller sammen med andre smittede på almindelige medicinske afdelinger (ibid.). Hvis ikke indlæggelse er nødvendigt, varetager de praktiserende læger symptomer og anvisninger, og hvis den smittede ikke tilhører en risikogruppe, bør smittede opholde sig i hjemmet, til sygdommen er overstået (ibid.). Ledelsen er kriseledelsen, og informationer sker via B-AMK. Og der skal sørges for, at de praktiserende læger og lægevagten varetager visitationen og evt. behandlingen af infektionspatienter, som ikke skal indlægges.



Disse ovenstående opfordringer har til henblik at sikre den bedst mulige udnyttelse af kapaciteten i en situation med et sådant omfang, hvor behovene ikke kan dækkes tilstrækkeligt med daglige rutiner og ressourcer (ibid.: 6). Den skitserede plan over opgaver, ledelse, organisation samt bemanning og udstyr er relativt udførlig og giver dermed et godt udgangspunkt for, at samfundet kan imødekomme en pandemi fra nationalt niveau. Hele den nationale pandemiberedskabsplan skal forstås dynamisk og vil løbende kræve opdatering og justering (Nationale pandemiplan, Del 1: 7).

Den nationale pandemiplan angiver de overordnede retningslinjer samt den nationale organisering. Desuden angiver den nationale plan, at regionerne i forhold til de givne nationale retningslinjer skal udarbejde egne pandemiplaner.

REGION MIDTJYLLANDS SUNDHEDSBEREDSKABSPLAN

I Region Midtjylland var der ikke før COVID-19 en egentlig pandemiplan som Sundhedsstyrelsen foreskriver. Hvordan man skal forholde sig i tilfælde af en pandemi, fremgår som et enkelt afsnit i sundhedsberedskabsplanen.

Sundhedsberedskabsplanen for Region Midtjylland beskriver, hvordan regionen skal reagere og handle, når den er i beredskab, som for eksempel ved en stor trafikulykke (Midt: 4). Herunder hvordan beredskabsopgaver løses, og hvordan krisen styres under et aktiveret sundhedsberedskab (ibid.). Formålet er at sikre, at regionen under en beredskabshændelse fungerer sammenhængende mellem regionens enheder og eksterne samarbejdspartnere (ibid.). Beredskabsplanen er baseret på den daglige organisation, som suppleres med en strategisk krisestyring samt operativ koordinering (ibid.). Under en beredskabshændelse vil vagtcentralen aktivere B-AMK (Akutmedicinsk koordinering), som vil koordinere den operative indsats, og den regionale krisestab vil varetage den strategiske krisestyring (ibid.).

Opgaverne for aktørerne i regionens sundhedsberedskab afhænger af, hvilken beredskabshændelse, der er tale om (ibid.: 11). I tilfældet med COVID-19 vil typen være CBRN-hændelse (kemisk, biologisk, radiologisk, nuklear hændelse) herunder biologiske hændelser (B), når der er tale om influenzavirus (ibid.). Ledelsen er B-AMK, som har ansvaret for styringen og koordineringen af beredskabshændelsen, og som vil varsle hospitalerne omkring patienttal, hvorefter hospitalerne beslutter, om dette kræver en aktivering af hospitalets beredskab (ibid.: 12). Ved store hændelser vil B-AMK aktivere den regionale krisestab, og de vil fusionere til en samlet krisestyingsstab for regionen (ibid.). Indsamling af information varetager B-AMK, og en kommunikationschef vil have ansvaret for videreformidling (ibid.: 17). Ydermere skal den regionale krisestab sikre genopretningen efter hændelsen (ibid.: 20).

Ved CBRN-hændelser, herunder biologiske (B), er der smittefare, og indsatsplanen skal sikre, at mistænkte smittede håndteres, så smitten minimeres gennem isolation (ibid.: 32). Denne håndtering skal ske før en sundhedsfaglig håndtering på hospitaler eller præhospital (ibid.). Heri er en forventning



om, at der er tale om relativt få patienter, og hvis mængden bliver en trussel mod hospitalernes almindelige drift, vil indsatsplanen for storulykke og crowding udløses sammen med indsatsplanen for CBRN (ibid.). Ledelsen varetages af beredskabslederen på hospitalet, som beslutter, om indsatsplanen aktiveres og herefter orienterer B-AMK (ibid.). Alle akuthospitaler skal kunne modtage CBRN-patienter (ibid.: 34). Når der er tale om mange smittetilfælde, vurderer hospitalets beredskabsleder sammen med hospitalets kriseledelse og Infektionssygdomme ved Aarhus Universitetshospital (AUH), om der kræves kapacitetsudvidelse, og de ansvarlige bliver dermed beredskabslederen på hospitalet og B-AMK (Præhospitalets krisestyringsorganisation/den regionale krisestab) (ibid.). Ved højt patientantal varsler regionen hospitalerne, og hospitalerne vurderer individuelt, hvorvidt deres indsatsplaner for CBRN-hændelser skal aktiveres.

Region Midtjyllands sundhedsberedskabsplan er mindre udførlig end den nationale pandemiplan med hensyn til beredskab i tilfælde af en pandemi, og dette kan skabe udfordringer omkring organiseringen under en pandemi som COVID-19, hvilket også var tilfældet.

HOSPITALERNE I REGION MIDTJYLLANDS INDSATSPLEANER FOR CBRN-HÆNDELSER

Som det var tilfældet for regionen, eksisterede der ikke en selvstændig beredskabsplan for en pandemi på hospitalerne. Beredskabet for en pandemi var omfattet af indsatsplanen for en CBRN-hændelse.

Indsatsplanen for CBRN-hændelser er en del af beredskabsplanen for alle fem hospitaler i Region Midtjylland, og denne plan angiver, hvilke særlige opgaver der skal organiseres. CBRN-indsatsplanen udløses, når hospitalerne er truet af kontaminerede patienter. Indsatsplanerne angiver på alle hospitalerne, at der vil være tale om relativt få patienter. B-AMK alarmerer beredskabslederne på alle hospitalerne, som aktiverer beredskabet og eventuelt nedsætter et ad hoc-team tilpasset den enkelte situation. Ved epidemier konkretiserer alle hospitalers indsatsplaner, at modtagelse af patienter til isolation skal foregå på infektionsmedicinsk afdeling eller tilsvarende. Beredskabslederen har ansvaret for beredskabet i samarbejde med den regionale krisestab, som er det øverste ansvarlige beslutningsorgan ved beredskabsaktivering. I tilfælde af højt antal smittede patienter med akut behov for isolationspladser skal hele sengeafdelinger isoleres, og der kan konfereres med Infektionsmedicinsk Afdeling på AUH. Hvis der kræves kapacitetsudvidelse eller overflytning af patienter, skal det koordineres af B-AMK/den regionale krisestab. Hvis mængden af smittede patienter bliver en trussel mod hospitalers drift, vil alle hospitaler aktivere deres indsatsplan for storulykke og crowding og fusionere den med CBRN-indsatsplanen.

Den konkrete beskrivelse af hospitalernes organisering under en pandemi som COVID-19 var meget begrænset og ikke udførligt beskrevet i indsatsplanen. I tilfælde af mange smittede patienter, som en pandemi ofte udløser, skulle indsatsplanen for storulykke og crowding aktiveres, hvilket er problematisk, fordi denne omfatter en forholdsvis begrænset periode med aktiveret beredskab, hvilket COVID-19 ikke var.



UDFORDRING

Ovenstående viser, at der var en udfordring fra nationalt niveau til regionalt niveau til hospitalsniveau. Den nationale pandemiberedskabsplan udformer en organisering af opgaver, ledelse, organisation, samt bemanning og udstyr, som er relativt udførlig, hvilket giver et godt udgangspunkt for håndteringen af en pandemi som COVID-19. Dog afhænger dette udgangspunkt af, at regionernes sundhedsberedskabsplaner er opdateret og justeret hertil. Region Midtjyllands sundhedsberedskabsplan var mindre udførlig end den nationale pandemiplan og omfattede i mindre omfang CBRN-hændelser, herunder biologiske hændelser som COVID-19 var. Som en af de interviewede sagde: *“Jeg tror, at vi havde seks linjer eller sådan noget, som refererede tilbage i den del af beredskabsplanen, som forholder sig til det med ‘crowding’ i akutafdeling. Men vi havde ingen plan for, hvordan hospitalet skulle håndtere en epidemi”*.

Regionen var således ikke optimalt rustet til at møde en pandemi. Indsatsplanerne på hospitalerne var også meget begrænset, når det kom til at skulle håndtere en længerevarende biologisk hændelse som COVID-19.

Indsatsplanerne forholder sig meget snævert til, hvordan hospitalerne skal organisere sig i en pandemisk situation: *“Vi havde hørt om, at vi skulle til at begynde at forberede os, så tog man den frem og kiggede på pandemi afsnittet, hvad ved jeg. Men det viste sig jo ikke at være anvendeligt”*.

Den nationale pandemiplan, Region Midtjyllands sundhedsberedskabsplan og de fem hospitalers indsatsplan for CBRN-hændelser forberedte og rustede altså ikke regionen til at varetage første bølge af COVID-19, hvor man hverken kendte til intensitet, omfang eller varighed. Dette gjorde de ikke, fordi der var begrænsninger i regionens sundhedsberedskabsplan og indsatsplanerne på hospitalerne, hvilket udfordrede hospitalernes organisering, da COVID-19 ramte. Så selvom der nationalt var en beredskabsplan, blev det for regionen og hospitalerne en sort svane-hændelse, der betegner en ekstremt usandsynlig hændelse, som man ikke har et beredskab overfor.

I de næste afsnit vil de løbende tilpasninger til organiseringen i de fire stadier blive gennemgået: overvågningsstadiet, inddæmningsstadiet, nedlukningsstadiet og post-første bølge, som er beskrevet ovenfor.

STADIE 1: OVERVÅGNINGSSTADIET

Stadie 1 strækker sig som før nævnt fra 31. december 2019 til 26. februar 2020. På daværende tidspunkt var der kendte smittetilfælde i lande både inden og uden for Europas grænser. Dette gav dog ikke grund til særlig bekymring hos nogen af hospitalerne i regionen. Hospitalsledelsen fra et af hos-



pitalerne beskriver, hvordan der nok ikke var nogen, der havde en anelse om virussens omfang. Vedkommende beretter hvordan de var “(...) i en lufthavn, hvor vi simpelthen ikke kunne bevæge os for mennesker, og der var ikke én, der havde tanken om, at det her kunne være smittefarligt, og det var i uge 7”. Udtalelsen stemmer overens med en anden hospitalsledelses opfattelse “(...) vi vidste jo knap nok, hvad det var for en sygdom. Vi forstod ikke, hvad det var, og vi havde vage idéer baseret på tv-reportager fra Norditalien om, hvor voldsomt det ville være, så derfor var det ikke noget, man kunne styre, i et klassisk styrings-setup”. Et tredje hospital gjorde sig i midt februar 2020 overvejelser om “(...) at nu er vi nødt til at gøre noget andet, end det vi plejer. Det var jo før at vi ligesom... måske er det en pandemi, måske er det bare en epidemi, og hvad er det for noget, og hvad skal vi?”

Der var dog også hospitaler, der ikke var fokuserede på COVID-19, før det blev klassificeret som en pandemi, eftersom diverse myndigheder havde udtalt noget i retning af, at “[COVID-19] kommer aldrig herover (...) officielt, så var det jo i medierne der, med den første TV2-journalist, der blev smittet dernede, og man undrede sig over, at folk kunne blive ved med at tage til Norditalien, når man hørte, hvordan det var, og alle blev ved med at sige: “det er ikke farligt, det går over”. Så som læge blev jeg mere og mere bekymret, men tænkte da, at der er nogle myndigheder, der tager sig af det”.

De sidste to citater ekspliciterer, hvorledes dette stadie er karakteriseret af forvirring omkring, hvor seriøst COVID-19 skal tages, da virussen begynder at sprede sig i andre lande. Danmark og dets hospitaler var tydeligt uforberede på en pandemi, hvorfor der blev foretaget en forkert vurdering af situationens alvor. Af denne årsag påvirkes hospitalerne i Region Midtjyllands opgaver, ledelse, organisering og bemanning og udstyr ikke synderligt i overvågningsstadiet. Ud fra teorien om multi-kontingensdesign havde man ikke på noget niveau analyseret udviklingen i omgivelserne og dermed givet mulighed for at tilpasse organisationsdesignet i tide.

STADIE 2: INDDÆMNINGSSTADIET

Stadie to strækker sig som tidligere nævnt fra d. 27. februar til d. 10. marts 2020 og er ifølge Danmarks pandemiplan i den præpandemiske fase 4-5, som er karakteriseret ved bekræftede tilfælde af person-til-person smitte af ny influenzavirus. Her skal der føres en inddæmningsstrategi, hvor man forsøger at forebygge smittespredning i de mest sårbare grupper og sikre behandlingskapaciteten i sygehusvæsenet samtidig med, at man er opmærksom på forsyning af lægemidler og værnemidler (SST: 7).

D. 27. februar modtager Danmark sit første smittetilfælde, som bliver hjemmeisoleret efter en positiv halstest. Dette rykker COVID-19 øverst op på myndighedernes dagsorden (Christensen et al. 26). I dette stadie ville man normalt også intensivere den organisatoriske kapacitet, herunder sygehusvæsenet, men dette er ifølge interviewdata ikke en realitet. Man har heller ikke i dette stadie fokus på forsyninger af lægemidler eller værnemidler.



På samme tid udmelder Statens Serum Institut: *“Det nye smittetilfælde, som er det første i Danmark, ændrer ikke på den aktuelle risikovurdering, som Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen udsendte i tirsdags, hvor vurderingen er, at der er lav risiko for, at vi ser udbredt smitte i det danske samfund, og lav risiko for, at vores sundhedsvæsen bliver udfordret”*:

(https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/02_27_foerste-tilfaelde-af-ny-coronavirus-i-dk)

Der er altså stadig en klar forventning om, at COVID-19 kun vil ramme Danmark i mild grad og det dermed kun vil føre til få smittetilfælde. Således, trods konstateringen af det første tilfælde af COVID-19-smitte i Danmark, ser man ikke en reorganisering af hospitalerne i Region Midtjylland. Som en af de interviewede sagde: *“Vi gjorde ikke noget specifikt, da de første kom ind”*.

Dette er den generelt gennemgående fortælling fra hospitalerne i vores interviewdata, hvor andet stadie, inddæmningsstadiet, kun varetages i begrænset eller intet omfang, fordi hospitalerne ikke agerede anderledes i denne periode, hvorfor organiseringen af hospitalerne derfor i høj grad vil afspejle første stadie, overvågningsstadiet. En forebyggelse og sikring af hospitalerne, som pandemiplanen beskriver, er altså ikke aktuelt, hvilket analysen vil belyse nedenfor.

I pandemiplanen er de overordnede kategorier: opgaver, ledelse, organisering og bemanning/udstyr.

OPGAVER

Der er en gennemgående enighed i interviewdataene om, at der ikke blev foretaget de store ændringer eller forberedelser i takt med konstaterede smittetilfælde i Danmark. Dog pointerer nogle hospitaler, at der op til Danmarks nedlukning kom en styrket opmærksomhed på COVID-19: *“Så der begynder at ske noget der, måske de sidste dage i februar, de første dage af marts, hvor ‘alertness’ øges, og så kommer der det store tryk der, når hun står og siger, at nu lukker vi helt ned”*. Nogle af hospitalerne pointerer også, at de i perioden efter første smittetilfælde forsøgte at forberede sig gennem planlægning og holdt møder om potentialet af COVID-19: *“Vi havde lugtet det, der skulle til at ske, så vi havde nogle planer i skuffen, som vi i løbet af et døgn fik gjort færdige og implementeret (...)”*, som dog først blev implementeret på hospitalerne efter Danmarks nedlukning.

LEDELSE

Fra et ledelsesperspektiv ses heller ikke de store ændringer i stadie 2, hvor hverken aktører eller beslutningskompetencen forandres. Et gennemgående karaktertræk ved næsten alle hospitaler er, at ledelsen ikke laver nogen ændringer. Dog skiller ét hospital sig ud, som allerede i første stadie bliver opmærksom på, at ændringer i organiseringen vil være essentielle i COVID-19-situationen: *“Vi begyndte at blive forskrækket, og samfundet blev noget forskrækket, så der samlede vi os”*. At dette hospital samlede sig betød, at hospitalet forholdt sig til beredskabssituationen, og hvordan de kunne bruge denne, så den var tilpasset den givne situation: *“Så startede vi jo op med ligesom at sige, at vi bruger den beredskabssituation eller organisation vi har, selvom den måske ikke lige var helt ‘fine tunet’ til pandemiberedskab, det var den nok ikke. Det har vi så arbejdet med siden, og så lavede vi det jo om til en særskilt beredskabsorganisation senere”*.



ORGANISERING

Organiseringen ændrede sig heller ikke drastisk i inddæmningsstadiet, men patientplaceringen i dette stadie er væsentlig, da hospitalerne på dette tidspunkt begyndte at modtage smittede patienter. Der var tale om relativt få smittede patienter, men det var en ny situation, som hospitalerne skulle forholde sig til, og første gang de stod direkte overfor COVID-19: *“Der kan man jo se, at det der skete efter, at der kom forskellige meldinger i slutningen af februar og marts, at der begyndte at komme patienter – relativt få patienter – på hospitaler med COVID-19. I de første uger var det lokaliseret til Infektionsmedicinsk Afdeling på AUH, her i Region Midtjylland”*.

Man skal dog være opmærksom på, at grundet de relativt få COVID-19-patienter, som hospitalerne modtog, var der ikke den store reorganisering, og de få patienter blev henvist til Infektionsmedicinsk, som pandemiplanen og beredskabsplaner også foreskriver. Det havde betydning for, at hospitalerne nu blev mere opmærksomme på, at situationen kunne forværres, og nogle få hospitaler i mindre omfang begyndte altså at planlægge fremtidsscenarioer: *“...og i de første uger, der begyndte der at være en dialog om, at hvis det her det nu tager omfang, skal man så også involvere de øvrige hospitaler, og hvornår skal vi involvere de øvrige hospitaler”*. Nogle hospitaler refererede til eksisterende beredskabsplaner for at undersøge, hvordan proceduren i et epidemisk eller pandemisk scenarie forlød, dog ikke med det ønskede resultat: *“der lå jo en pandemiplan, husets beredskabsplan, og sådan set det første der skete, det var at den blev lagt til side (...) det vi havde hørt om, det var, at vi skulle til at begynde at forberede os, så tog man den frem og kiggede på pandemifsnittet. Men det viste sig jo ikke at være anvendeligt”*.

Trods nogle få hospitalers planlægning af organiseringen i et værre fremtidsscenario af COVID-19 var der stadig en gennemgående ide om, at situationen formentlig ikke ville forværres: *“Vi regnede egentlig ikke med, at der kom ret mange flere, for det havde Sundhedsstyrelsen sagt, at det var noget som skete i Kina, så det var ikke noget, vi behøvede at være bekymrede over. Så derfor kom vi jo ind i første bølge, sådan forholdsvis uforberedt”*.

BEMANDING/UDSTYR

I denne fase er bemanning og udstyr tilstrækkelige til at kunne varetage de få COVID-19-patienter, som hospitalerne modtog i dette stadie. Værnemidler spiller ikke en væsentlig rolle endnu, da COVID-19-patienterne er indlagt på Infektionsmedicinsk, hvor de har værnemidler og udstyr til at behandle smittede patienter. Det interessante er, at den nationale pandemiplan foreskriver, at der burde være et øget fokus på at optimere forsyningen af lægemidler og værnemidler, men dette fremstår ikke som et fokus i interviewdata.

OPSAMLING

Stadie to burde adskille sig fra stadie et med hensyn til forebyggelse af smittespredning og sikring af behandlingskapaciteten på sygehusene samt øget fokus på forsyning af lægemidler og værnemidler. I realiteten ses der ikke de store ændringer fra overvågningsstadiet til inddæmningsstadiet i interviewdata. Hospitalernes opgaver ændrede sig ikke drastisk, men få af hospitalerne i Region Midtjylland



forberedte sig i begrænset omfang på et værre fremtidsscenario, men kun ét hospital udtrykker at have forholdt sig til beredskabssituationen i dette stadie. Organiseringen ændrede sig heller ikke, da hospitalerne kun modtog meget få smittetilfælde. De blev henvist til infektionsmedicinsk afdeling, som pandemiplaner og beredskabsplaner foreskriver. De få smittede patienter skabte dog noget opmærksomhed på COVID-19, men kun få hospitaler beskriver at have forberedt sig på en epidemi eller pandemi, da udmeldingen stadig var, at COVID-19 kun ville forårsage få smittetilfælde i Danmark. Samtidig ses ingen ændring af bemanning og udstyr, da COVID-19-patienterne var indlagt på infektionsmedicinsk afdeling, som havde værnemidler og udstyr til at behandle smittede patienter. Dette på trods af, at pandemiplanen foreskriver, at der burde være et øget fokus på at optimere forsyningen af lægemidler og værnemidler.

I de to første stadier blev COVID-19 ikke reelt opfattet som en pandemi, og man fulgte de normale retningslinjer for behandling af smittede patienter. Det betød også, at man stod næsten uforberedt, ikke mindst fordi regionens og hospitalernes pandemiplaner i princippet ikke eksisterede. Man stod over for det, man i teorien kalder et sort svane-scenario (Grandori, 2020). Teorien om en sort svane og modstandskraft heroverfor er beskrevet i appendiks.

STADIE 3: NEDLUKNINGSSTADIET

Den 11. marts 2020 markerer dagen, hvor WHO meddeler, at COVID-19's betegnelse ændres fra en epidemi til en pandemi (WHO 2020). I Danmark reageres der prompte på denne udmelding. Selv samme dag afholder Statsministeriet et COVID-19-pressemøde, der medfører midlertidige og markante standsninger af aktiviteten på en bred vifte af områder og er dermed, hvad der initierer pandemiens tredje stadie: nedlukningsstadiet. Den 11. marts var der 514 smittede i Danmark – en stigning fra 157 smittede dagen før og 35 smittede to dage før.

Perioden mellem d. 11. marts til omkring midten af april er karakteriseret ved en eksplosion af informationer og retningslinjer, der fra nationalt plan skulle eksekveres i de danske regioner og lokalt på de enkelte hospitaler. I nogle tilfælde havde hospitalerne under et døgn til at reagere på udmeldingerne, hvilket var en af de største kilder til frustration og stress: *”(...) villigheden til at spytte retningslinjer ud fra nationalt hold og så forvente, at der er implementeret om fra aftenen til klokken 8 næste dag, det var simpelthen umenneskeligt nærmest. Det kunne vi bare ikke løse. Vi havde borgere der dukkede frem, som havde læst om morgenen på medierne, at nu kunne de det og det, og vi står og tænker, hvordan?”*

På trods af, at hospitalerne i Region Midtjylland måtte reorganisere sig op til flere gange, formåede samtlige hospitaler at komme gennem stadie 3 uden at bryde sammen.



Selvom hospitalerne kom fra lidt forskellige måder at organisere sig på, viser det sig, at hospitalerne organisatorisk er konvergeret hen imod en relativ ens model, som kunne håndtere den store udfordring, som COVID-19 udgjorde.

OPGAVER

“Hospitalsledelserne havde jo en kolossal opgave med kommunikation på hospitalerne, organisering af akutafdelingerne og akutmodtagelserne (...) værnemiddelopgaven var jo kolossal stor”. Som citatet siger, medførte det støt stigende antal af COVID-19-tilfælde en række nye opgaver, som hospitalsvæsenet skulle indordne sig efter. Både visitationen på hospitalerne såvel som samarbejdet på tværs i regionen blev påvirket. Akutafdelingerne blev udvalgt som de primære modtagelsesenheder for OBS-COVID- og COVID-19-patienter i starten af stadie 3, hvorfor netop deres opgavehåndtering er væsentlig at undersøge.

VISITATION

Det øgede pres af COVID-19-patienter blev forstærket af, at Sundhedsstyrelsen bad de praktiserende læger om ikke at se COVID-19- og OBS-COVID-patienter, hvilket er i modstrid med, hvad der står i den nationale pandemiplan.

Der var dog store regionale forskelle på, hvornår patienterne kom til hospitalerne. Nedlukningen betød, at der de fleste steder gik 6-8 uger, før der var en egentlig stigning i belastningen.

I takt med, at flere og flere OBS-COVID- og COVID-patienter dukkede op på hospitalerne, måtte akutafdelingen gentænke, hvordan disse skulle modtages.

Hospitals- og afdelingsledelsernes beretninger viser, at der har været to tilgange til visitation af patienter, der kom ind igennem akutafdelingen i dette stadie, godt hjulpet af hospitalsvisitationen. Flere hospitaler besluttede så vidt muligt at sortere OBS-COVID-patienter fra: *“Vi lavede simpelthen et parallelspor for de mindre syge”.* Denne form for procesinnovation er yderligere analyseret i afsnittet *Innovation*. En anden tilgang bestod i at stoppe med at *“prævisitere til nogle specialer. Alle patienter blev betragtet som akutte patienter”.* Formålet med denne beslutning var blandt andet at undgå at få unødvendige læger ind i isolationszonerne og undgå smittespredning ind i afdelingerne.

Generelt var der udfordringer ved visitationen i form af, hvordan COVID-patienter skulle håndteres og behandles, og ikke som sådan logistikken. *“Hvis ikke vi havde den der hospitalsvisitationstilgang til det, men at vi ville kigge patienter an, så havde vi jo fået både de syge og ikke-syge ind i det samme lokale, og så – i hvert fald min vurdering var – at så ville der være større risiko for, at man laver et Bergamo-scenarie, hvor at de syge de smitter de mindre syge”.*

SAMARBEJDE

Behovet for et stærkt og tæt samarbejde højnes betydeligt i nedlukningsstadiet. Både på regionalt og lokalt plan blev der trukket på eksisterende samt nye forbindelser for sammen at kunne stå over for pandemiens udfordringer. Regionen havde på daværende tidspunkt ikke været vant til at koordinere samarbejdet på tværs i sådan en skala, hvilket til tider kunne mærkes f.eks. ved patientoverflytninger



og ambulancemodtagelser: “(...) vores folk skulle gå forskelligt klædt, afhængigt af hvilket hospital det var, nogle steder, (...) der satte de store skilte op uden på, at ‘ambulancebehandlere ingen adgang’ til akutafdelingen. Men det sætter den der forskellighed i så stor en ramme, at det er noget vi er nødt til at arbejde med efterfølgende - der kan vi ikke have den forskel”. Citatet demonstrerer, at hospitalernes eksisterende forskelligheder samt diverse tilgange til håndtering af COVID-19 blev tydeliggjort i arbejdet med en forholdsvis ensartet gruppe patienter, hvilket skabte en problematik for præhospitalet.

Eftersom hospitalerne blev ramt af COVID-19-patienter på forskellige tidspunkter i løbet af nedlukningsstadiet, var det nødvendigt at få hjælp fra andre hospitaler i regionen. Til dette formål blev bl.a. den regionale kapacitetskonference benyttet, der også beskrives i afsnittet *Virtualitet*. I begyndelsen af stadiet oplevede nogle af hospitalerne dog, at de ikke modtog den nødvendige hjælp: “patienterne væltede ind hos os, og der var ingen af de andre der ville høre, at vi havde et problem”. Eftersom den eneste måde at komme igennem pandemien på, har været ved hjælp af samarbejde, reflekterer andre hospitaler nu over, at de ikke gjorde mere i situationen: “(...) de andre ærgrer sig nu over, at de ikke var mere lyttende, eller måske endda opsøgende. Fordi [hospitalet] havde det meget, meget vanskeligt til de der kapacitetskonference og fik for lidt hjælp”.

Efter alvorligheden af pandemien sætter ind, bliver samarbejdet mellem hospitalerne på denne front dog betydeligt styrket, som en af afdelingsledelserne udtrykker: “Det har vi da, tænker jeg da, forhåbentligt lært... Det tror jeg helt sikkert, at vi har lært meget af til senere katastrofer”. Ligeledes blev samarbejdsrelationerne internt på hospitalerne alfa og omega, men der var udfordringer også her. Noget personale gav udtryk for deres utilfredshed med utydelige aftalevilkår, hvilket kunne have hindret opnåelse af de fælles mål. Hospitalerne forklarede dog, at de heldigvis kunne trække på eksisterende tillidsbånd: “i konfliktsituationer, der står vi bare skulder mod skulder” og succesfuldt tilgå arbejdet med pandemien.

LEDELSE

Til trods for de mange nye problemstillinger, der nu skulle overvejes, oplevede hospitalerne, hvordan den ledelsesmæssige tilgang til håndtering af dette stadie på sin vis blev simplificeret. Overordnet set udtrykker nogle af de interviewede, at arbejdet med COVID-19 var en givende oplevelse, men dette var ikke tilfældet for alle: “jeg hører ikke til dem der går rundt og siger, at det her har været fedt. Det der kor af kommentatorer der siger, hvor er det fantastisk med COVID, for vi har vist alt, hvad sundhedsvæsenet kan – jeg syntes, det var pissehårdt. Det sled på os af en anden verden”.

Arbejdsindsatsen samt ansvaret for patienter og medarbejdere var et fælles træk, der kombineret med mediebevågenheden pressede ledelserne på hospitalerne, der konstant måtte overveje: “lykkedes vi godt nok med det her?” Måden hvorpå Norditalien var blevet ramt af COVID-19 skabte et tydeligt skrækscenarie, som regionens hospitalsledelser for alt i verden ønskede at undgå: “(...) målet var så ultrasyntligt for os, vi kunne jo bare tænde fjernsynet og se, hvad der skete i Bergamo”. Derudover var den presserende frygt for at løbe tør for værnemidler en faktor, der komplicerede forholdet mellem



ledelse og personale: *"ingen havde tænkt overhovedet, at man kunne risikere at komme til at skulle gå på arbejde med usikkerhed for ens eget helbred, og derfor var det, altså ledelsesmæssigt, en vanvittig svær situation at stå i, fordi når tilliden brister på det basale, så kan vi jo ikke... Så har vi ikke noget, hverken at lede med, eller lede i det hele taget"*.

Grundet den løbende steppebrand af brændende platforme var samarbejde den eneste vej frem: *"det er Bergamo-scenariet der har gjort, at vi er simpelthen nødt til ikke at havne der, vi bliver nødt til at løse det her problem sammen, og så må vi finde ud af det andet bagefter"*.

Den vanlige økonomiske hensyntagen var derudover midlertidigt sat ud af spil, hvorfor der bl.a. ikke var samme fokus på overenskomster og timetal som i de præpandemiske faser: *"når målet var så tydeligt, så var villigheden til at løse opgaver, uden at skæve til økonomi, uden at skæve til overenskomster, uden alle de her ting... den var jo tårnhøj, der var en kæmpe velvillighed fra de andre afdelinger til at klæde hospitalet på (...)"*. Velvilligheden til at løfte i flok gjorde beslutningstagen under første smittebølge lettere: *"det var det nemmeste tidspunkt at være leder på nogensinde"*, bemærker en af afdelingsledelserne. Hertil stemmer en anden hospitalsledelse i: *"jeg synes jo, at det har været en fantastisk ledelsesopgave. Jeg synes, at det har været fantastisk at se, at vi kunne motivere (...) folk var med fra start, den motivation det her giver, det er noget særligt, og de bakkede op med det samme. Folk havde en stolthed i at gå på arbejde, som jeg ikke har set før. Det var meningsfuldt, det vi gjorde"*.

KOMMUNIKATION

Kommunikationen i nedlukningsstadiet spillede en kæmpe rolle, da både henvendelser, forespørgsler, behov for fysiske og personalemæssige rokeringer, nedlukninger og nye retningslinjer var noget, som både regionen og hospitalerne skulle forholde sig til samtidig med, at smitterisikoen skulle begrænses. Dette førte til daglige virtuelle møder på de fleste hospitaler i Region Midtjylland, da COVID-19 resulterede i, at strømlinet spids kommunikation blev en driftsnødvendighed: *"og så fik vi etableret daglige møder med afdelingsledelseskredsen hver morgen fra otte til ni, eller halv ni også for, at de der meget hyppige ændringer i retningslinjer og politik og restriktioner, at vi kunne..."*. Her blev der diskuteret forventninger, ændringer i politik og retningslinjer samt hvordan dette skulle implementeres. Først og fremmest blev disse møder afholdt af hospitalsledelserne, men der blev hurtigt en efterspørgsel efter transparens fra afdelingsledelsernes side. Her oplevede man, at afdelingsledelserne tog fat i hospitalsledelsen og gav udtryk for, at de gerne ville involveres mere, hvilket udtrykker, at der har været et miljø på mange af hospitalerne, som varetager åbenhed og god kommunikation, også i en presset situation, som COVID-19 var: *"(...) har et hus der er så transparent og med så stor psykologisk tryghed, så hvis vi glemmer nogen, så kommer de og siger det"*.

De mange ændringer i retningslinjer fra nationalt niveau betød at hospitalerne skulle videreformidle meget data på meget kort tid. Alle hospitaler sørgede derfor for at opdatere deres nyhedsbreve dagligt, nogle gange hyppigere, så personalet kunne læse nyhedsbrevene, når de mødte ind, og på den måde vide, hvordan situationen stod til: *"Administrationschefen udsendte nyhedsbreve med retningslinjer"*



og andet en gang dagligt, nogle gange flere gange, hvilket hjalp med at skabe overblik for alle medarbejdere og nå ud til alle. De gjorde brug af patos i nyhedsbrevene, hvis de havde brug for en lidt større indsats og tilslutning”.

Nyhedsbrevene spillede en vigtig rolle for hospitalerne, fordi mængden af information var så intens og implementering af diverse enheder og opgaver skulle komme asap: *“De kom jo kl. 11 om aftenen og så skulle de være implementeret næste morgen, så havde vi jo brug for hurtigt at sige hvad er forventningen, hvad kan I gå ud at gøre, hvornår kan vi sige, at vi er på plads med det ene og det andet og det tredje”.*

Her antydes det også, at retningslinjerne fra nationalt niveau til tider var uvirkelige, og implementeringstiden var nærmest umulig at opfylde. I nogle tilfælde var udfordringerne også, at hospitalsledelserne ikke fik kommunikeret retningslinjerne ud hurtigt nok, trods nyhedsbrevene, og nogle få af hospitalerne udtrykker, at de i nogle tilfælde hørte om nye retningslinjer fra andre sygehuse, før de hørte om dem fra egen ledelse. Der var altså, trods al indsats, en brist i kommunikationen af retningslinjerne, fordi mængden var så intens, og der var behov for en mere struktureret kommunikation. Da der ikke var en egentlig planlægning, blev kommunikationen drevet af de udefrakommende informationer, og den var både forvirrende og problematisk.

AKTØRER

Grundet en større fælles afhængighed af at varetage forskellige funktioner og kommunikationsopgaver på nationalt, regionalt og lokalt plan kommer flere aktører i spil i nedlukningsstadiet. Regeringen kommer til at spille en større rolle, da de blandt andet udmelder retningslinjer som både region og hospitaler skal forholde sig til. Regionen spiller en stor rolle i at videreformidle retningslinjer og andet fra nationalt niveau samtidig med, at de står for indkøb af bl.a. diverse værnemidler.

På hospitalsniveau er der også kommet flere aktører i spil. Først og fremmest fordi hospitalerne har aktiveret deres beredskab. Flere hospitaler går hurtigt fra beredskabsmodellen igen, og nedsætter i stedet en krisestab eller task force, som fungerer på hospitalsledelsesniveau. Hospitalsledelsen er en væsentlig del af dette og varetager også nye opgaver, som COVID-19 har medbragt. Derudover er der en større decentralisering af arbejdsopgaver og beslutningskompetence til afdelingslederne, og de grupper som bliver nedsat for at varetage forskellige områder såsom værnemidler eller nyhedsbreve.

Derudover bliver flere afdelinger på hospitalet og deres opgaver sat i bero, så personale kan blive sat ind på akutafdelingen eller andre spor, som varetager COVID-19-patienter. Det bliver udtrykt, at alle aktører spillede en stor rolle i håndteringen af COVID-19, som havde betydning for udfaldet af første bølge. Både afdelingsledelserne: *“jeg er særligt imponeret over afdelingsledelserne. Afdelingsledelserne har været afsindigt dygtige”*, men også hospitalsledelserne: *”hospitalsledelserne var, som I også siger, vildt aktive i at skille patientforløbene, tænke på isolation, afstand, hvor kan vi lokalisere et nyt COVID-afsnit, og hvad kan vi lægge det sammen med, og så var der en handlekraft uden lige”.*



I håndtering af en sort svane-situation er de menneskelige ressourcer meget vigtige. Gennem en imponerende rokering og uddannelse lykkedes det at skaffe de nødvendige ressourcer på trods af manglende planlægning og manglende succes med at få jobbank m.v. til at fungere. Da nedlukningen af samfundet virkede, blev presset på hospitalerne ikke så stort som frygtet. Hvis de værste prognoser havde holdt, ved vi ikke, hvordan det var gået.

DECENTRALISERING OG CENTRALISERING

For at undgå det frygtede Bergamo-scenarie kom der meget klare retningslinjer fra nationalt niveau, hvilket alt andet lige gjorde styringen mere central. På den anden side steg antallet og kompleksiteten af de opgaver, der skulle løses, og afdelingsledelserne fik flere opgaver end før.

Dette betød, at der stadig var en decentralisering af opgaver og beslutningskompetence til afdelingslederne, som de også gjorde brug af før, men der kom en større ensartethed i de enkelte systemer og overordnede beslutninger oppefra, fordi der var nogle retningslinjer fra nationalt niveau, som lagde linjen.

I nedlukningsstadiet skete der derfor en ændring i hospitalsledelsernes organisering. Hospitalsledelserne havde forskelligt udgangspunkt, og deres ledelsesstil var forskellig fra start, men under første bølge af COVID-19 bevægede de sig alle mod den samme organisering. Dette skal forstås således, at hospitaler, der i Region Midtjylland havde en mere centraliseret ledelsesstil fra start, ændrede til en mere decentraliseret ledelsesstil. Det skete for at imødekomme pandemien, da deres udgangspunkt i en centraliseret ledelsesstil gjorde det umuligt at være agil nok til de opgaver og forandringer, som COVID-19 bragte: *“Jeg er ret sikker på at det er dag to, at vi faktisk identificerer, at vores normale ledelsesstruktur (beredskabsstruktur) ikke er i stand til at være lige så agil som det, vi har behov for”*.

De hospitaler, som før havde en centraliseret ledelsesstil, og hvor mange beslutninger blev taget i hospitalsledelsen, oplevede, at en mere decentraliseret ledelsesstil fungerede bedre under COVID-19, da de task forces eller styregrupper, som var blevet oprettet, bedre kunne varetage de konkrete opgaver og beslutninger inden for deres felt: *“Der var en større grad af uddelegering, end vi plejer at have på hospitalet, fordi tovholderne i de enkelte task forces var besat med afdelingsledere. Læringen heraf er, at mange afdelingsledere trives rigtig godt med dette, og at mange opgaver kan løses uden, at der går hospitalsledelse i den. Det betyder med andre ord, at vi fik en erkendelse af, at ledere og medarbejdere på niveauer under hospitalsledelsen kan løse mange flere opgaver, end vi måske nogle gange antager til daglig. Normalt kan det således være fristende at “kigge” på hospitalsledelsen i stedet for at finde løsninger ved enighed og i fællesskab”*. Samtidig oplevede hospitalslederne nærmest dette som nødvendigt, da opgavemængden var intensiveret, og mange beslutninger som skulle tages var ikke noget man kendte til fra start, men noget man lærte af undervejs. Dermed var det mere agilt, at afdelingsledelserne i de forskellige grupper og task forces tog disse beslutninger, for at implementeringen gik hurtigere, og man dermed var mere forberedt mod COVID-19.



De hospitalsledelser i Region Midtjylland, som havde en højere grad af decentralisering i deres ledelsesstil, oplevede dog, at de overordnede retningslinjer fra nationalt niveau gjorde, at deres ledelsesstil blev mere top down-styret: *“(...) også ledere bliver betaget af at have sådan en maskine, der kan de her ting. Når man så kan se, at man kan lave noget fra dag til dag, som normalt ville tage et kvartal for at løse delvist, så kan man godt blive tændt af det”*.

For hospitalerne i Region Midtjylland betød det, at de fra hver deres udgangspunkt i ledelsesstil konvergerede mod samme niveau af top down-overordnet styring, der satte retningen, men samtidig overlod en decentraliseret ledelse til afdelingsledelserne for at imødekomme alle de nye opgaver, som skulle varetages.

Med større usikkerhed stiger kravet ifølge multikontingensteorien til en organisations informationsbehandlingskapacitet (Burton og Obel, 2004). Med lidt forskellig hastighed konvergerede alle hospitalerne mod balance mellem centralisering og decentralisering, hvor hierarkiet ikke blev en hindring for at kunne tage beslutninger hurtigt nok.

Nedlukningsstadiet var præget af et særskilt behov for en skarpere top down-styret ledelse, der gjorde sig gældende på både nationalt, regionalt og lokalt plan. Som beskrevet i indledningen til dette stadie blev der ofte meldt nye retningslinjer ud fra nationalt plan, der på regionalt og lokalt plan blev forventet implementeret inden for en kort tidsfrist: *”hele den der kakofoni af forskellige, nye retningslinjer, ændrede bestemmelser og dit og datten, det skete jo hele tiden”*. Regionalt skete der også en ændring i den normale ledelsesstruktur, der ligeledes måtte træffe mange og hurtige beslutninger: *”det betød jo, at ledelse i Region Midtjylland også var relativ nem, fordi der var nogle gange, hvor vi bare blev nødt til at sige, desværre. Vi plejer at ikklæde alle de beslutninger vi træffer mening, så meget mening vi kan, det gælder ikke for tiden”*. Hospitalerne mærkede denne ændring i regionens styring beskrevet af en hospitalsledelse som *”kommandoledelse”*. Den kritiske karakter af den pågældende pandemi medvirkede dog til, at hospitalerne accepterede denne ledelsesform og ligefrem fandt den nødvendig: *”vi havde de samme perspektiver og mentale model, det var meget sådan med sundhedsvæsenet, at det var ikke en situation der egnede sig til langvarig dialog, der var behov for hastighed. Derfor accepterede vi jo den måde, tingene foregik på, det er jeg ikke i tvivl om (...)”*. Som tidligere beskrevet blev der uddelegeret mere eller mindre ansvar blandt afdelingsledelserne i dette stadie, men lokalt var den endelige beslutningskompetence dog stadig hos hospitalsledelserne.

Såvel regionen som hospitalsledelserne gik fra en beredskabsplan til en driftsorganisation, der kunne håndtere en krise. I beredskabsplanen ligger styringen i B-AMK, men denne organisering kan ikke håndtere en driftssituation med mange løbende tilpasninger *”Der manglede vi driftorganisationens kompetencer til at drive en lang beredskabshændelse, som COVID jo endte med at være. Der måtte vi stå lidt tilbage, tættere på den almindelige driftsorganisation, med hospitalsledelsen, som driver støttet af sin stab”*.



INNOVATION

Beslutningen om at fjerne de økonomiske begrænsninger gav hospitals- og afdelingsledelser såvel som andet personale mulighed for at udtænke kreative løsninger på nogle af de mange problemer, som pandemien præsenterede. En afdelingsleder på et af hospitalerne fandt en måde at udnytte de eksisterende fysiske rammer til at oprette et COVID-vurderingsspor, ”som var bemanded med en sygeplejerske, en læge og en sekretær, og der holdt folk så i et langt opmarch-felt, ligesom til færgen, og så kunne de køre ind én ad gangen og så blive ”eye-balled” af lægen; de kunne få målt øretemperatur, de kunne blive podet. Hvis vi var i tvivl, om de havde vejrtrækningsproblemer, så kunne vi tage dem ud af bilen, og så kunne de gå en bestemt strækning med en iltmåler på, så vi kunne se, om de mistede iltmætning som tegn på, at de var lungepåvirkede, og så kunne vi så indlægge dem”. Dermed kunne hospitalet undgå en stor andel OBS-COVID-indlæggelser, der på daværende tidspunkt kunne optage sengepladser i op til flere døgn grundet lange ventetider på podningsvar. Ideen om vurderingssporet spredte sig til andre hospitaler i regionen, som derefter oprettede deres egne versioner af sporet.

Ligeledes oprettede mange hospitaler parallelle afdelinger, der udelukkende fokuserede på COVID-19: ”Den første plan vi lavede, som jeg synes måske var den, der reddede det hele, det var at vi erkendte, at nu ville der komme en hel del patienter, som måske ikke er særlig syge, men som måske har corona. I stedet for at putte dem ind i akutafdelingen, så lavede vi et parallelspor”. Obs-patienter, der viste sig ikke at være smittede og som blev sendt hjem, var dermed ikke i samme rum som COVID-patienter og undgik dermed potentiel smitte. På denne vis kunne hospitaler, der valgte at oprette et parallelspor under første smittebølge, holde akutafdelingen kørende ”langt hen ad vejen (...) som den har gjort hele tiden, uden at blive løbet over ende”.

VIRTUALITET

Under første bølge af COVID-19, hvor hospitalerne i Region Midtjylland for første gang blev rigtigt påvirket af COVID-19-situationen, steg brugen af virtuelle løsninger i stor grad. Dermed blev video også til den primære kommunikationskilde, da afstandskrav og andet gjorde møder i fysisk form besværlige og usikre, og derfor kun blev afholdt få gange fysisk i fx foredragssale, så man kunne holde afstand. De virtuelle møder var oftest daglige og omhandlede aktuel status på COVID-19, antal indlagte, kapacitet, værnemidler, retningslinjer, forbedring i kommunikation og andet. Nogle hospitaler var vant til denne virtuelle kommunikation i forvejen, da hospitalerne har arbejdet sammen via videokonference også før COVID-19 indtraf. Dette betød også, at nogle af ledelserne benyttede muligheden for at arbejde hjemme og udføre arbejdet virtuelt, mens andre hospitalsledelser besluttede sig for at være så meget fysisk til stede som muligt.

Virtualiteten mellem hospitalerne gav et godt samspil, og de havde mulighed for at kommunikere oftere gennem en IT-løsning, som var etableret før COVID-19, men ikke ordentligt taget i brug. Dette gav hospitalerne mulighed for nemt at få et overblik over konkret kapacitetsbelastning og lokal organisering, og de kunne med en times varsel kalde til regional kapacitetskonference, hvis der var behov for, at hospitalerne hjalp hinanden: “(...) til samspillet mellem hospitaler. Region Midtjylland havde i



forvejen fået etableret en ret god infrastruktur for kapacitetsstyring på tværs af hospitaler. Vi har en velfungerende IT-understøttelse af vores patientflow og vores indsigt i den konkrete kapacitetsbelastning rundt omkring på hospitalerne, og så har vi en organisering af samarbejdet, så når et hospital får kapacitetsproblemer, som er større end man løste lokalt, jamen så er der en velbeskrevet unus modus, hvor der med en times varsel kan indkaldes til en regional kapacitetskonference og træffes aftaler om indbyrdes afhjælpning af de der kapacitetsproblemer. Det er anvendt meget hyppigt i den her periode, fordi der jo har været meget uens belastning”.

Kapacitetskonferencen var altså til for at diskutere både kapacitet, og hvordan hospitalerne i regionen kunne hjælpe hinanden, hvis der var risiko for overbelastning: *“Hvis vi havde mange patienter på huset, så har vi haft den der regionale kapacitetskonference, og det har vi også været ude i, at nogen af de andre hospitaler skulle hjælpe med at modtage patienter fra vores optagerområde”.*

Derudover spillede virtualiteten også en rolle i uddannelsen af personalet, når de skulle informeres om, hvordan man agerede på et hospital i en COVID-19-situation. Dette gjorde, at man undgik at have mange samlet i et lokale og dermed kunne holde afstand for at undgå smitte. Samtidig var man sikker på, at alle fik samme læring: *“.., for det vigtigste var, at det var samme information, man går til eller ej, hvor sætter du din madpakke, hvor finder du dit tøj, altså alt det her lavpraktiske til at hvordan tager du udstyr på. Det blev standardiseret, så det var samme model, som alle fik information om, og det var ganske simpelt at kunne opdatere, om der var noget nyt, som kom.*

ORGANISERING

I nedlukningsstadiet justeres samtlige hospitalers organisering på mange dimensioner. I stedet for det vante fokus på optimering af processer blev den nye hovedopgave mobilisering: *“hvor vores sædvanlige bestræbelse på effektiv ressourceudnyttelse, det handler jo om optimering af processer osv., i den her periode var det først og fremmest en mobiliseringsopgave”.* Med udgangspunkt i regionens eksisterende beredskabsplaner ændredes hospitalernes organisatoriske strukturer i et tidsinterval, der strakte sig fra to dage til 8 uger. Dette store spænd opstod grundet de uklare eller ikke-eksisterende beskrivelser af epidemier eller pandemier: *“jeg tror, at vi havde seks linjer eller sådan noget, som refererede tilbage i den del af beredskabsplanen, som forholder sig til det med ‘crowding’ i akutafdeling. Men vi havde ingen plan for, hvordan hospitalet skulle håndtere en epidemi”.*

De fleste hospitaler aktiverede beredskabsorganisationen fra beredskabsplanerne efter regeringens pressemøde d. 11. marts, men der gik et par døgn, før alle organisationer var aktiveret. Nogle hospitaler havde allerede forberedt sig på et nedlukningsscenario: *“den 11. marts gjorde vi en helt masse ting, nok mest den 12. og 13. marts i virkeligheden. Vi havde lugtet det, der skulle til at ske, så vi havde nogle planer i skuffen, som vi i løbet af et døgn fik gjort færdige og implementeret”,* mens andre så situationen an, før de skiftede kurs: *“(…) når vi kan se, at nu er der ikke senge til alle de her OBS-COVID... der gik vel højst et par uger, en uge, så kunne vi se at de begyndte at komme” .*

FYSISKE RAMMER



De forskellige hospitalsafdelinger måtte indrette sig efter, hvad deres fysiske rammer tillod. Hospitaler med nye lokaler, der bl.a. gav adgang til mange enestuer, gjorde i høj grad brug af disse til OBS-COVID-patienter: *“det har været som skabt til OBS-COVID, fordi vi har fået enestuer”*. Disse hospitaler beskriver, hvilken betydelig forskel rammerne har haft for deres mulighed for at gå til opgaven: *“(..) det her havde været et mareridt i det gamle. Det havde været helt forfærdeligt (...) hvis ikke vi havde haft den her organisation, så havde vi ikke haft det, vi skulle bruge på stuerne, så havde vi været nødt til at flytte ting rundt mellem patienterne, og spritte af og spritte af og spritte af”*.

Manglen på en pandemiplan kombineret med en ukendt og smittefarlig virus, der ophobede patientindlæggelser dagligt, medvirkede til, at ledelser havde sværere ved at tænke strategisk og langtsigtet organisering: *“vi skal være obs på, at nu indlægger vi bare for at få kapacitet, men vi indlægger ikke for at få sikkerhed. Set i bakspejlet, så var det noget vi havde misset”*. Hospitaler, der stod over for denne problemstilling, havde en større andel af personale, der blev smittet med COVID-19 og var typisk karakteriseret af en turbulent omverden, hvor mange OBS-COVID- og COVID-19-patienter regelmæssigt blev indlagt.

Generelt erfarede hospitalerne i løbet af nedlukningsstadiet, at det var en nødvendighed at opdele OBS-COVID- og COVID-patienter, hvoraf de fleste oprettede separate COVID-afsnit, som beskrevet i afsnittet *Innovation*. Nogle hospitaler valgte at dele deres akutafdelinger i to: *“Vi har set dernede fra Bergamo, og rådgivning lød jo fra udlandet, at man var nødt til at dele sine afdelinger – modtagerafdelinger – op i ‘ren’ og ‘uren”*.

Det paradoksale var, at der var meget høj fokus på at skabe en kapacitet, som der ikke blev brug for. AUH var nervøs for manglende kapacitet og flyttede derfor akutpsykiatrien tilbage til psykiatrisk afdeling og skadestuen væk fra akutafdelingen for at skabe flere sengepladser, som de egentlig aldrig fik brug for. I modsætning til en beredskabsplan med crowding var situationen, at der skulle planlægges efter nogle prognosemodeller. Da nedlukningen virkede, blev situationen ikke så slem som frygtet.

ORGANISERINGSMODELLER

Da den danske regering ikke havde præciseret, hvordan de forskellige hospitaler skulle organisere sig for at imødegå pandemien, implementerede de fem hospitaler forskellige organiseringsmodeller til formålet. Disse kan inddeles i følgende to kategorier:

- Task force
- Pandoraorganisering

Task-force tilgangen til COVID-19-opgaven blev på nogle hospitaler koncentreret i en overordnet gruppe, hvor andre hospitaler inddelte i større og mindre grupper. Et hospital beskriver, hvorledes deres store task force-gruppe bestod af 50-60 ansatte, da den var størst. Task forcens primære opgaver bestod af hurtigt og effektivt at få koordineret arbejdet med diverse problemstillinger: *“der blev stukket nogle rammer ud til enkelte afdelinger: I skal stille med 12 mand, eller et eller andet, og det vil*



sige, at når de blev involveret, så skulle de ikke sidde og diskutere, om de skulle stille med 12 mand, så var opgaven, hvordan gør vi det?"

Med de næsten daglige eller ugentlige møder kunne der udstikkes opgaver, der knyttede sig til, hvordan det så ud lige nu: *"vi fik tildelt personale udefra, ud fra hvor mange vi skulle bruge, så blev der udpeget, at den afdeling har så mange sygeplejersker ansat, så de skal levere så mange; den har så mange, og så skal vi have derfra. Vi skulle bruge 10 fuldtidsstillinger, bruttonormering, til at dække. Så vi skulle låne udefra"*.

Task force-organisering var en ad hoc-tilgang til at løse de opståede problemer og opgaver.

Pandoraorganisering kendetegnes ved, at organisationen opretter mindre grupper eller delorganisationer, der varetager ansvaret for en bestemt opgavetype såsom kapacitet, personale, IT og data osv. Ifølge hospitals- og afdelingsledelserne, der benyttede sig af denne model, var muligheden for at oprette nye grupper, når behovet opstod, en af fordelene ved pandoraorganiseringen. Her kunne en enhed være så lille som en enkelt person. Den gradvise udfoldelse viste sig at være *"meget, meget effektiv på kort sigt, fordi i den situation, hvor det hele var uklart, der var det den rigtige måde at organisere det på, simpelthen hive de folk ind, organisere om dem og løse opgaver"*. Ledelserne blev dog opmærksomme på, at denne type organisering også kunne blive for omfattende og risikere overlap eller mindsket mulighed for koordinering: *"der, da vi var på, det er jo så mit bud, 12, der nåede vi på et tidspunkt et punkt, hvor vi siger, at nu begynder vi simpelthen at overlappe eller ikke kunne koordinere, så derfor skal vi tilbage til vores normale driftsorganisation igen"*.

Pandoraorganiseringen er lidt mere formel end task force-strukturen og kræver derfor mere formel koordinering.

Task force- og pandoramodellen var meget fokuseret på at løse alle de forskellige nye opgaver, der kom med COVID lige fra kommunikation, ressourcehåndtering og patientbehandling.

Derudover var der en organisering omkring håndtering af patienter. Nogle hospitaler lavede egentlige COVID-afdelinger, medens andre benyttede de eksisterende afdelinger i en harmonikamodel ofte med parallelle COVID-afsnit.

Harmonikamodellens struktur muliggjorde, at et hospital ikke behøvede en særskilt COVID-afdeling. Modellens opbygning er konstrueret således at: *"man havde sådan forskellige faser, hvor man kan sige, at det her ben, det er til isolationspatienter, hvis det ikke var nok, så havde man et ben ekstra, og hvis det heller ikke var nok, så havde man et ben ekstra"*. I tilfældet af få eller ingen OBS-COVID- eller COVID-patienter kunne eksisterende sengepladser bruges til deres vante formål. Det var heller ikke nødvendigt at tilkalde ekstra personale: *"om vi får tre ind eller vi får otte ind på en dag, det betyder ikke noget ift., hvor mange vi skal have aktiveret, for det er det samme personale, så enten tager de sig af almindelige KOL-exacerbation eller også tager de sig af COVID-patienter"*. Denne



form for flydende organisering roses af både hospitals- og afdelingsledelser, der tog harmonikamodellen i brug: *“der kan vi godt høre på nogle af de andre hospitaler, at de kørte meget mere at enten, hvis vi får flere end ni patienter, så er vi nødt til at åbne et helt nyt afsnit, og det blev sådan lidt en gamestopper ift., hvis de skulle have flere eller færre patienter, så skulle de til at åbne et helt nyt afsnit og kalde ekstra personale ind på beredskab, fra andre afdelinger. Det var mere besværligt for dem, end det var for os.”*

PATIENT- OG PERSONALEPLACERING

Først blev COVID-19-patienter modtaget på infektionsmedicinsk afdeling, men så blev det besluttet nationalt, at de skulle modtages på akutafdelingen, hvilket er interessant, da der i beredskabsplanerne foreskrives, at patienter skal modtages på infektionsmedicinsk. Der blev altså lavet en selvstændig beslutning fra nationalt niveau om, at patienter skulle modtages i akutafdelingen, selvom dette ikke står i hverken beredskabs- eller indsatsplaner. Den reorganisering, som blev lavet, bekræfter igen, at beredskabsplanerne og indsatsplanerne ikke blev aktuelle, både fordi man fra nationalt niveau udlagde retningslinjer, som ikke fulgte dem, og fordi man på hospitalsniveau heller ikke oplevede, at de var kompatible med COVID-situationen. Hvad ydermere udfordrede akutafdelingerne var, at det også blev udmeldt fra nationalt niveau, at de praktiserende læger ikke skulle behandle COVID-19-patienter, selvom det også udtrykkes i pandemiplanen og beredskabsplanerne, at de praktiserende læger skal varetage ikke-indlagte smittede patienter. Dette betød, at man senere i forløbet oplevede at have flere patienter på akutafdelingerne, end man nogensinde har haft før, og et stort antal skulle isoleres, hvilket blev organisatorisk udfordrende for akutafdelingerne.

På nogle hospitaler blev patienterne visiteret til akutafdelingen, medmindre de også var specialepatienter, hvorved grundsygdommen ville afgøre, hvor de blev placeret. Dette betød også, at de hospitaler, hvor grundsygdommen bestemte placering for patienten, skulle kunne modtage OBS-COVID-patienter, som kunne risikere at være positive. Andre hospitaler besluttede kort efter nedlukningen, at det ikke fungerede at modtage COVID-patienter og OBS-COVID-patienter samme sted, da der var større chance for smittespredning, og nogle hospitaler var hæmmet af deres fysiske rammer og faciliteter. Nogle hospitaler valgte derfor stadig at modtage OBS-COVID i akutafdelingen, hvor COVID-patienter blev sendt til medicinsk sengeafsnit. Andre hospitaler valgte at modtage OBS-COVID i et telt ved indgangen, så de ikke blev udsat for smittefare.

Region Midtjylland valgte i uge 11 at nedlukke elektive behandlinger (Sundhed.dk 2020), hvorfor akutafdelingen havde mulighed for at trække på personale fra disse afdelinger om nødvendigt: *“nogle begyndte at kigge på, hvem har egentlig travlt, og hvem går egentlig og har ikke noget at lave, fordi at elektiv aktivitet er lukket? Hvor er de folk henne normalt?”. Grundet nedlukningen af elektive behandlinger, kunne fx personale fra kirurgi blive sat til at hjælpe på akut, hvis dette behov skulle blive aktuelt.*



BEMANDING/UDSTYR

I stadie tre, nedlukningsstadiet, er fokuset på mobilisering og prioritering af ressourcer. Dette betød, at hospitalerne ikke havde nogle økonomiske begrænsninger på hverken bemanning eller udstyr: *“vi sagde: glem økonomien, fokus på patienten og fokus på kvaliteten”*.

BEMANDING

De manglende økonomiske begrænsninger gjorde også, at stadie tre er præget af øget bemanning. Nogle hospitaler udpegede selv personale, som skulle dække ind, hvor andre hospitaler uddelte bemanningen på et frivillighedsprincip, hvor personalet selv meldte sig. Derudover blev der også oprettet en jobbank, hvis formål var at hente hjælp udefra ved frivillig tilmelding. Jobbanken virkede dog ikke optimalt, fordi det ikke var defineret i jobbeskrivelsen, hvilke opgaver der skulle varetages, og flere meldte sig på med begrænsninger, som gjorde planlægningen umulig, hvorfor den aldrig blev sat i brug. *“Og vi har nogen, og de ville ikke passe COVID-patienter, så de sidder ikke med nogen som helst, og de der 4200, som havde meldt sig som frivillig, hvor vi fik at vide, at det var en kæmpe jobbank, hvor vi jo tænkte “fedt mand”, vi bestiller fem vagtplaner, vagt-rul her, af de der 4200. Men så var der nogen, de var pensioneret og ville hjælpe fire timer om torsdagen”*.

Hospitalerne måtte også konstatere, at vikarbureauerne heller ikke kunne hjælpe. Derfor blev løsningen at finde de ekstra ressourcer internt på hospitalerne.

Fra personalet på hospitalerne var der en gennemgående generel stor forandringsparathed, og personalet var villige til at lægge ekstra timer og ressourcer i COVID-19-afsnittene afhængigt af hospitalernes individuelle organisering. Størstedelen af hospitalerne udtrykker også, at personalet har en stor tillid og var villige til at samarbejde på tværs mod det enkelte mål at sikre sundhedsvæsenet mod COVID-19. Frygten for en overbelastning af sygehusvæsenet gjorde også, at ledelserne på hospitalerne skulle være meget strategiske med hvilke kompetencer, der blev placeret hvor, da frygten for manglende bemanning spillede en stor rolle.

Alle hospitalerne lavede uddannelsesprogrammer til personalet, både læger og sygeplejersker, og uddannede mange inden for meget kort tid, så der var et bredt felt af personale klar til at håndtere COVID-19-tilfælde, hvis sygehusene skulle blive overbelastede. Uddannelsesprogrammerne omhandlede COVID-19, behandlingen deraf, retningslinjer, værnemidler samt betjening af respiratorer. Uddannelsesprogrammer blev løbende opdateret til den givne situation, og da COVID-19 var nyt for alle, var det både personale og ledere, som tilføjede læring gennem erfaring til programmerne. Dette betød også, at de hospitaler, som mødte COVID-19-udfordringerne først i form af mange smittede patienter, ikke nåede at lære så meget gennem uddannelsesprogrammerne, hvorimod andre af hospitalerne, som ikke blev ramt, kunne lære af de hospitaler, som mødte COVID-19 først. Løbende erfaringer omkring værnemidler gjorde også, at nogle hospitaler holdt smitten nede blandt personalet i forhold til andre. Uddannelsen skulle skabe tryghed blandt personalet og ledelsen, så de var mere forberedte.



Uddannelsesprogrammerne var dog bygget op om det værst tænkelige scenarie, som alle hospitalerne var opmærksomme på, hvorfor uddannelsesprogrammer ikke udelukkende skabte tryghed blandt personalet. På nogle hospitaler resulterede uddannelsesprogrammerne i større usikkerhed hos personalet, da de oplevede at stå i venteposition, da de forberedte sig på et scenarie, som ikke kom, fordi der ikke blev indlagt særlig mange COVID-19-patienter. Dette førte til større psykologisk usikkerhed og utryghed ved at skulle varetage nye opgaver, som personalet kun havde gjort brug af i uddannelsesprogrammerne, men ikke i realiteten. Denne psykologiske usikkerhed spillede en større rolle på de hospitaler, som organiserede sig med parallelle COVID-19-spor, hvor personalet stod i venteposition. Dog opleves usikkerheden også på de hospitaler, som ikke organiserede sig med et separat spor, fordi personalet i tilfælde af COVID-19-patienter skulle arbejde sammen på tværs af afdelinger på en måde de ikke var vant til, og de dermed ikke fik skabt deres "egen" kultur, som personalet havde mulighed for ved et separat spor.

UDSTYR

Samtidig med, at hospitalerne havde fokus på at uddanne personalet til at kunne imødekomme COVID-19 på bedst tænkelige måde, var det største fokus på værnemidler både regionalt og på hospitalerne. Der var så stor en efterspørgsel på værnemidler, at processen med at tilvejebringe værnemidler gik uden om alle regler: "*...det var mundtligt. Det var ikke underskrifter*". Værnemidlerne skulle sikre personalet og sikre en undgåelse af yderligere smittespredning. Der var ikke nogen økonomisk begrænsning på køb af udstyr og værnemidler: "*Vi plejer ikke at kunne købe udstyr på den måde, det har vi aldrig kunnet før. Altså, udstyr synes jeg i hvert fald er et af de steder, vi har aldrig købt så meget udstyr*". Ingen af hospitalerne i Region Midtjylland løb tør for værnemidler på noget tidspunkt. Dog handlede det ofte kun om få dage og i nogle tilfælde timer, før man ikke havde flere værnemidler til personalet, hvilket skabte en stor utryghed hos personalet og stor bekymring hos ledelsen. Dette resulterede i usikkerhed fra personalet. Yderligere havde det også betydning for patienterne. I nogle få tilfælde udtaler nogle hospitaler, at usikkerheden med hensyn til at løbe tør for værnemidler betød, at personalet undlod at tjekke op på nogle patienter, så værnemidlerne ikke blev brugt forgæves. Dette resulterede i, at nogle patienter kun blev tjekket to gange i løbet af en dag frem for de otte vanlige gange. Samtidig udtaler et hospital, at de vaskede visir og i nogle tilfælde masker til genbrug, fordi de var nervøse for at mangle værnemidler.

Hospitalerne var altså aldrig i mangel på værnemidler og havde altid nogle få dage at gøre med, før de løb helt tør. Regionen formåede at tage nogle ekstraordinære beslutninger for netop at sikre værnemidler til hospitalerne. Dog oplevede personalet stadig en stor frygt for at løbe tør for værnemidler, hvilket i nogle få tilfælde havde indflydelse på patienterne.



Første smittebølge af COVID-19 topper i marts 2020, da Danmark befinder sig i nedlukningsstadiet. Hospitalernes umiddelbare forskellige organisationsformer på ledelsesplan er konvergeret mod samme overordnede organisation. Forrige afsnit om dette stadie illustrerer tydeligt, hvordan hospitalsvæsenet blev nødt til fundamentalt at ændre sin organisationsstruktur, for at kunne gribe opgaven med COVID-19 an. Da smittetrykket i den efterfølgende periode faldt, besluttede mange hospitalsledelser i Region Midtjylland at evaluere deres kollektive erfaringer. *“Vi føler også, at vi har knoklet en vis legemsdel ud af bukserne for at forsøge at løse opgaven.”* Post-første bølge, som stadie 4 kaldes, var derfor en tid karakteriseret af refleksioner om det overståede stadie, hvor hospitalerne på samme tid prøvede at finde en balance mellem fortsat COVID-19-behandling og en gradvis tilbagevenden til normal drift. Det viste sig dog, at arbejdet med pandemien stadig påvirkede en stor del af hospitalerne, hvilket besværliggjorde en tilbagevenden til hverdagen.

OPGAVER

“Det er ikke fordi at vi har haft mindre at lave, det er bare noget andet”. En afdelingsledelse udpensler med dette citat realiteten for mange hospitaler i tiden efter nedlukningsstadiet. For disse hospitaler ændrede opgavedesignet sig endnu en gang i stadie 4. Fokus skiftede fra at være mobilisering af bemanning og udstyr til varetagelse af mere vante opgaver, i takt med fortsat at behandle det faldende antal indlagte COVID-patienter. Her tegnede der sig et billede af, at der nu skulle indhentes behandling af patienter, der ikke havde haft mulighed for at blive tilset i stadie 3: *“lige nu er der meget fokus på, at man ude i de andre afdelinger skal have deres ventelister bragt ned. Så de er meget optaget af, at få deres produktion op at stå igen”*. Eftersom konsekvenserne af nedlukningsstadiet ramte hospitalerne på forskellige tidspunkter, er ovenstående scenarie dog ikke tilfældet for alle hospitaler. Hospitaler, der stadig var stærkt påvirkede af COVID-19, beskrev hvorledes: *“organiseringen af COVID-opgaven, den bøvl vi lidt med, kan man godt sige. Hvad er det vi skal være forberedte på, hvad er det der viser sig, hvordan løser vi det bedst muligt samtidigt med, at vi kommer i normal drift igen, fordi der er en helt række andre patienter, der kalder på det”*.

VISITATION

I post-første bølge valgte mange hospitaler at bibeholde de områder, der var dedikeret til COVID-patienter i samme eller mindre omfang: *“vi har en lille akut COVID-klinik, der kører stadigvæk”*. Modsat nedlukningsstadiet, der i starten var præget af få akutpatienter, er dette stadie i højere grad influeret af patienter, der bliver modtaget med andre symptomer end COVID. Visitationen kan for disse patienter derfor vende tilbage til den vante visitationsmanual, der blev benyttet i de første to stadier. Særligt ét hospital drog erfaring fra visitation af OBS-COVID- samt COVID-patienter i stadie 3 og har valgt at indføre denne form for visitation i deres modtagelse af akutte patienter: *“vi er aldrig gået tilbage til tiden før corona. Altså nu er vi en akutafdeling, man visiterer som akutpatienter, og så afgør vi, når vi har vurderet og stabiliseret, hvor patienten hører hjemme. Den del har vi holdt fast i”*. Ifølge denne akutafdeling har pandemien dermed positivt påvirket afdelingens udvikling, og de er



“(...) blevet en langt bedre akutafdeling, for vi er blevet til fleksible grupper, der kan arbejde i alle fagområder”.

SAMARBEJDE

Udtalelser fra alle interviewede demonstrerede, hvorledes der nationalt, regionalt og lokalt er sket betydelige fremskridt i forhold til samarbejde.

På den nationale front fremhævede nogle hospitaler Danmarks tilgang til pandemien som en af årsagerne til, at samarbejdet har været så velfungerende. *“gud hvor kan man prise sig lykkelig for et velfungerende velfærdssamfund (...). Generelt når der er kommet nye retningslinjer, så har befolkningen fuldt sådan set ret meget trop i, at nu skal vi ændre adfærd, så gør vi det på den måde. Nu skal vi gå lidt mere til venstre, lidt mere til højre, så har folk faktisk gjort det. Så der har været en samfundsmæssig indstilling på, at vi skulle igennem det her”.*

En anden ledelse bemærkede, at succesen måske afhang af elementer indlejret i den danske kultur: *“nu når man kan se, hvordan det er gået mange andre lande (...). Der tror jeg da i Danmark, at vi har en stærk kultur på det her område, når noget begynder at gå galt, så løfter vi altså. Så må vi tage brokken med diskussionen bagefter”.*

Det styrkede samarbejde på regionalt plan er ligeledes et gennemgående træk for hospitals- og afdelingsledelserne i regionen: *“det med at hjælpe hinanden på tværs (...) der er en regional opgave at løse, så vi må ikke have et sygehus (...) som ligger og er mega-belastet, fordi at de har et lokalt udbrud, og så andre som ikke har”.* Ud over samarbejdet mellem hospitalerne i regionen fremstod samarbejdet mellem hospitalerne og Region Midtjyllands centrale administration ligeledes som et vigtigt element i opgaveløsningen. Her gjorde hurtige og effektive bearbejdelser af diverse forespørgsler, at den samlede indsats kunne lade sig gøre: *“når man stod og manglede en dispensation for en eller anden lovregel, så gik der to dage, så havde vi dem altså. Man kan virkelig sparke igennem systemet, hvis der er et behov for det”.* Muligheden for at danne sig et regionalt overblik over COVID-19-kapaciteten blev videreudviklet under nedlukningsstadiet, hvilket fremhæves som en af de helt store positive forandringer. Ved dagligt at følge op på udviklingen i regionen kunne hospitalerne forberede sig på udviklinger og indstille sig på eventuelt at modtage eller forflytte patienter: *“hvordan så det ud, når [et hospital] lige pludselig havde 38 OBS-COVID. Så kunne vi jo godt regne ud, at vi skal indstille os på, at vi kommer til at tage patienter fra [hospitalet] i dag”.*

Ifølge ledelserne skete der lokalt på hospitalernes ligeledes en forstærkelse af lokale relationer blandt personalet: *“jeg tænker, i den her periode har vi faktisk styrket det tværfaglige samarbejde, når vi var på arbejde. Vi har fået større kendskab til hinandens arbejdsområder og ansvar”.* En af årsagerne til denne fremgang bestod i, at mange medarbejdere blev nødsaget til at prøve kræfter med nye arbejdsopgaver, ofte i nye afdelinger. En akutafdelingsledelse fremhæver oplevelsen af at have andet personale end normalt på gangene som en kilde til bedre internt samarbejde: *“så har det jo været en gave at have et personale fra andre afdelinger inde i ens afdeling, fordi de har jo også fået en helt anden*



respekt for det, som akutafdelingen laver for eksempel. Altså man får et kendskab til hinanden, og vi får et kendskab til de andre afdelinger, som helt klart også er godt”.

Det relationelle har dog også været presset, idet “*alle jo har været udsat for en eller anden form for langtidssstress*”, hvorfor der efterfølgende på hospitalerne var fokus på at forlige eventuelle uoverensstemmelser.

LEDELSE

Agilitet, omstillingsparathed og handlekraftighed er tre begreber, der går igen i de interviews, vi har gennemført. Da pandemien besværliggjorde mange processer og procedurer, fordrede det nye ledelsesmønstre, som hospitalerne fandt nyttig læring i: “*jeg tror at vi er blevet mere agile og hurtigere til at træffe beslutninger. Ting, som man kunne bruge årevis på at diskutere, det er jo blevet besluttet på få timer i den her proces. Vi har også kunne se, hvor meget man har kunne lave uden mange lange møder, med lange dagsordener*”. Mange ledelser påpeger, at denne læring skal forankres i deres fremtidige ledelsesstil, da den har vist sig at være yderst effektiv: “*jeg håber, at noget af den agilitet, som er i beslutningstagning, at vi kan holde fast i den, for det gør noget godt for organisationen. Vi kommer hurtigere ud over stepperne*”. Erfaringen fra første bølge har derudover påvirket et af hospitalernes fremtidige ledelsesgrundlag, både på hospitalsniveau men på sigt eventuelt også i selve akutafdelingen. Hospitalsledelsen forklarer i denne forbindelse, at deres arbejde med ledelse ikke blot vil fokusere på den praktiske opgaveløsning, men også på ledelse på et mere overordnet plan: “*(...) hvis vi taler om ledelse, så tror jeg ikke det havde haft samme karakter, hvis det havde været for et år siden, for der er noget, som nogle har prøvet at stå med i hænderne, i virkeligheden og opdaget, hvad ledelse kan gøre, og hvad de kan med det*”.

AKTØRER

“*Og så var det bare afdelingsledelsen, der rendte rundt og slukkede ildebrande, overalt, hele tiden*”. I evalueringen af forløbet træder afdelingsledelserne frem som en af de helt centrale aktører. Hospitalsledelsernes indsats anerkendes: “*jeg synes, at når vi kigger på det sammen i hospitalsledelsen, så synes jeg bare, at det har gjort os helt enormt stærke. Vi arbejder virkelig godt sammen, er gode til at hjælpe og støtte hinanden og være det foruden? Altså, jeg synes jo bare, at det har lært mig helt enormt meget ind i mit job (...) jeg er egentlig også stolt af at have været med til, at vi er kommet så godt igennem*”, men særligt afdelingsledernes præstation roses af regionen, hospitalsledelserne og afdelingsledelserne selv: “*vi har nogle sindssygt dygtige ledere i vores organisation (...) som har steppet op (...) det synes jeg står tilbage for mig, som meget vigtig læring*”, “*de løste det uden at kigge på, hvem der skal betale først. Så er de nogle gange også vendt tilbage til at sige, at okay, det her skal vi også have betalt, men jeg tror ikke, at de har svinet med pengene. Det at de har kigget på opgaven, opgaven, opgaven først og blevet rigtig længe ved opgaven (...)*”, “*kommer vi ud i noget lignende, det skal vi sgu nok finde ud af, fordi at vi har nogle ledere, som er med på at løse også det fuldstændig uventede*”. Derudover prises al personalet samt disses håndtering af de mangeartede forhindringer fra bølgen. Særligt fremhæves motivationsgrundlaget som en drivende faktor for deres



vellykkede eksekvering af opgaven: *“det bedste jeg har oplevet, er jo den der enorme indsats, som folk har leveret (...) også når de fik at vide: “I får sgu ingen penge for det”, det gjorde jo ikke, at de trak sig, de blev bare ved, fordi det højere formål (...)”*.

DECENTRALISERING VS. CENTRALISERING

Decentraliserede hospitaler fremhævede i post-første bølgestadiet, hvorledes pandemiens omstændigheder drev uddelegeringsprocessen. Dette medførte, at en andel af personalet, der egentlig ikke i første omgang havde mod på opgaven, blev nødsaget til at påtage sig ansvar: *“vi var nødt til at uddelegere en helt masse opgaver til nogle, som måske ikke troede at de kunne eller havde specielt meget lyst til det, men som har fundet ud af, at det kan godt fungere, og tingene bliver faktisk bedre, på et lidt lavere ledelsesniveau. Der er nogle, der virkelig har haft en a-ha oplevelse (...)”*. Hospitaler, der valgte at decentralisere deres ledelsesstil og uddelegere flere opgaver til afdelingsledelserne, erfarede altså, at disse sagtens kunne løfte den nye ansvarsbyrde. Derudover beskrev ledelserne, at de klare fordele forbundet med at have en bredere ledelsesbase, frem for deres vante smalle, var kommet for at blive: *“det holder vi absolut fast i, helt afgjort”*. De positive erfaringer medførte, at nogle hospitaler omstrukturerede deres ledelsesstil fremadrettet: *“vi har fået en fladere ledelsesstruktur, og vi har fået mange flere ting, der løses af vores funktionsledere og overlæger. Der er blevet i højere grad uddelegering (...). Det har styrket os utroligt meget”*.

Der dannes et anderledes, dog ikke negativt, indtryk af hospitaler, der tog en mere centraliseret tilgang til ledelse i nedlukningsstadiet. I denne forbindelse forklarer hospitalerne, at selvom arbejdet med pandemien overordnet gjorde, *“at vi har fået et hospital, som er blevet spillet bedre sammen af det”*, valgte de fleste ledelser i post-første bølgestadiet at vende tilbage til deres mere decentraliserede ledelsesstil fra overvågningsstadiet og inddæmningsstadiet. Et af de hospitaler, der var i gang med en større omstrukturering af deres fysiske rammer, fortæller, at pandemien har sat mange overvejelser i gang om, hvordan de vil begå sig som ledelse, når omstruktureringen er færdig: *“(...) være klar i spyttet. Vi har været igennem en forhandlingsfase, vi er enige om, at det er sådan vi gør, så at være helt spidsklar på det (...) det tror jeg er blevet yderligere klarlagt i sammenhæng med COVID, at det er der også brug for. Der hvor vi har besluttet noget, og der er solide begrundelser for det, vi har besluttet, så er det også det vi melder ud. Og så gør vi det fandme”*. Behovet for top down-styrede klare retningslinjer er blevet tydeliggjort i arbejdet med COVID-19, men hospitalet har også draget positive erfaringer med uddelegering af ansvar. De specificerer her, at så længe bestemte rammer overholdes, er afdelingernes udførelse af deres opgaver i bredere omfang præget af friere tøjler: *“Altså de skal have styr på deres kvalitet, de skal have styr på deres service, de skal holde deres økonomi. Hvis de gør det, så er der åben bane at spille på – meget, meget fri”*.

BESLUTNINGSKOMPETENCER

I evaluering af COVID-19-forløbet, fremstår muligheden for at tage beslutninger uden økonomisk hensyntagen som en faktor, der har lettet denne proces: *“det er virkelig noget, der trækker energien ud, og her har penge ikke været noget problem. Altså ressourcer har jo været knappe af andre grunde,*



men det er ikke sådan, at vi har skulle fyre folk og spare". Informanter beskriver situationens preserende karakter som en motiverende faktor, der drev hurtig og effektiv beslutningstagen, men fremhæver også den store bevågenhed om pandemien som et muliggørende element: *"Hver gang at det havde været noget med COVID-relateret, så havde de sagt, 'jamen bare at det er COVID-relateret, så skal i bare gøre det: ansæt løs og køb'. Så det er en sjovere form for ledelse end den der grønthøster ledelse, som aldrig ender"*. Citatet understreger, at den opmærksomhed og vigtighed – hvilket resulterer i ressourcer – der er blevet tildelt emner inden for COVID-19-området, har lettet beslutningsprocesserne betydeligt.

I post-første bølge kommer hospitalsledelserne igen i front for beslutningstagen omhandlende daglig drift men drager nytte af erfaringen fra forrige stadier: *"(...) beslutningstagning på tværs af sygehuset er blevet lidt nemmere. Der er vi blevet gode til, som afdelingsledelser, at sætte os ned med en kort agenda og få taget nogle beslutninger"*. Selvom der sammenlignet med nedlukningsstadiet er sket en indsnævring af ansvarsfordeling, er uddelegering af beslutningskompetencer til afdelingsledelserne et element fra første bølge af COVID-19, der er kommet for at blive.

INNOVATION

Efter at have fået mere ro på nedlukningsstadiets opgaver valgte hospitalsledelserne at planlægge fremad for at undgå usikkerhed: *"vi sluttede faktisk af, før sommerferien, med at samle alle de erfaringer, vi havde gjort os fra foråret"*. For hvem det var muligt var strategi og planlægning med henblik på anden bølge derfor kendetegnende for post-første bølgestadiet. Stadie 3 medvirkede til, at hospitalerne kunne udnytte deres læring inden for opgaver, ledelse, organisering og bemanning/udstyr for at være mere modstandsdygtige over for den næste bølge.

VIRTUALITET

"Det kører som smurt nu." Hospitalerne understregede gang på gang hvorledes den øgede virtualitetsgrad var en af de mest betydningsfulde forandringer, der muliggjorde tilgangen til opgaven. *"Før var det jo utænkeligt, at man kunne få fat på en hospitalsledelse, fordi at der er overbelæning på et hospital (...) de har nogle gange også siddet i deres bil og lavet det, man kan lave det alle steder fra. Vi er jo blevet enormt agile på at gå på video, gå på kapacitetskonference, i akutafdelingen hjemmefra på min telefon, man kan gøre det hvor som helst. Der er vi jo blevet nemme at nå, på kort tid, uden at blive flaskehalse"*. Ud over kapacitetskonferencen, der positivt påvirkede det regionale samarbejde med indlagte patienter, oplevede nogle hospitaler også, hvordan den øgede virtualitet muliggjorde kontakt til patienter, der ikke kunne eller måtte møde op: *"når patienter ikke kan møde fysisk frem på hospitalet, og vi kan lave videoløsninger og telefonopkald og på andre måder lave "kontroller" - det kunne vi pludseligt rigtig, rigtig meget"*. På denne vis kunne en stor del af ambulante besøg undgås, og der kunne bibeholdes kontakt til de mest svære tilfælde. Selvom hospitalerne ikke på tidspunktet for interviewene var helt i mål med udviklingen af virtuelle redskaber, der kunne hjælpe diverse afdelinger med dertilhørende opgaver, sås potentialet ved brugen af virtuelle midler i fremtiden stadig: *"der så vi lige fligen af en forandring, i organiseringen, som kunne være guld værd"*.



Kommunikationsmulighederne på hospitalerne nød også godt af den øgede brug af virtuelle løsninger, der ifølge informanter har ændret formatet for møder. Særligt ledelser med hospitaler, der dækkede over flere matrikler, indså det tidsbesparende potentiale ved videomøder: *“noget af det der aldrig kommer tilbage, det er det enormt meget køren vi havde til møder før. Møder vi ikke måtte deltage på video i, vi skulle møde op til, hvor alle folk kørte halvanden time for at komme derhen og halvanden time hjem igen, det tror jeg virkelig aldrig kommer tilbage igen, i det omfang, som det var. Jeg tror, at video er kommet for at blive, jeg håber virkelig, at vi får noget bedre end Rooms”*.

“Jeg tror, at læger meget tidligt har taget det her til sig, med video ... Til undervisning har vi brugt meget det med, at folk er med på video; på den måde også fundet nogle løsninger på noget af det, som altid har været vores udfordringer, for folk arbejder hele ugen, så vi er aldrig samlet. Der kan gå uger mellem, at man ser nogle af sine kollegaer, og de yngre læger har brugt det meget, når de holder yngre læge-møder. Så jeg tror, at der er fundet nogle måder at kompensere for det på. De har taget det til sig de unge mennesker, som nok er mere onlinevante, end nogle af os andre er”.

UDDANNELSE

Arbejdet med COVID-19 nødvendiggjorde, at nogle indsatsområder blev forfordelt på bekostning af andre. Da organisering på hospitalerne afgjorde muligheden for effektiv behandling, kom opgaven med denne i første række. Grundet behovet for at kunne udnytte alt mobiliserbart personale i nedlukningsstadiet blev uddannelse af personale i ikke-COVID-relaterede fagområder underprioriteret. *“Organisatorisk har vi taget et spring fremad, og fagligt vi jeg sige, at vi stagnerede lidt (...)”*, forklarer en afdelingsledelse. Ud over at prioritere nedbringelsen af patientventelister forekom der på hospitalerne derfor en generel tendens til at genoptage uddannelsesforløb og kurser i post-første bølgestadiet.

ORGANISERING

I post-første bølge var der betydelig forskel på, hvor langt de enkelte hospitaler var nået i deres tilbagevenden til normal drift. Omtrent halvdelen af hospitalerne beskrev, at deres organisering var tilnærmelsesvis tilbage til udgangspunktet med mindre undtagelser: *“vi er tilbage i driftsorganisationen (...) de der forskellige pandoraorganiseringer, dem har vi bragt tilbage (...) dem der sad fra staben, de gik tilbage i staben og er en del af staben, hvor der så i en periode har været aktiviteter, som havde at gøre med COVID. Men tilbage til staben”*. Andre var stadig berørte af pandemien i stadie 4: *“der er mange ting sammen der gør, at hele systemet er overbelastet stadigvæk. Så vi er slet ikke tilbage i normal”*.

Hospitalerne oplever noget op- og nedskalering for at dække niveauet af COVID-19- og OBS-COVID-patienter, fordi beredskabsplanernes organisering ikke passede og de derfor selv har måttet prøve sig frem: *“der netop var noget opskalering og nedskalering, og så var vi meget hermetisklukket og opdelt, og så lukkede vi op for det, og begyndte at kunne modtage fleksible COVID- mistænkte og ikke-COVID-mistænkte på begge stuer, og den der skalering op og ned, den har vi godt nok beskrevet i et dokument, men jeg vil sige, at vi er på det laveste beredskabsniveau, lige nu og her. Jeg tror, at*



det er et godt nok dokument, næste gang der kommer en eller anden papegøje-influenza eller sygdom vi ikke kender, og vi skal starte forfra”.

Hospitalerne udtrykker at have dokumenteret deres organisering, så de fremadrettet kan lære af de erfaringer, de har gjort sig under første bølge. I den læringsproces ønsker de at opdatere og justere deres beredskab, så det passer til driften, der opleves under en pandemi: *“Vi har lært, hvor vigtigt det er at få lavet en eskaleringsplan til sådan noget pandemi her, for i modsætning til bussen der vælter, det sker inden for et døgn eller to, så har vi pludseligt noget, vi skal omsætte et beredskab til at kunne fungere over halvanden, to år. Det er en helt anden form for organisering”.*

Hospitalerne har gennem første bølge af COVID-19 lært noget om organiseringen, og der er en fælles enighed om, at det skal dokumenteres, så man kan bruge det fremadrettet: *“Det vi har løst, det er meget af det organisatoriske. Det er, hvordan vi skal være organiseret, hvad der gav mening blev udkrystalliseret. Alt den dansen rundt, prøve at finde ud af, hvordan vi skal strukturere os, det blev løst meget, meget hurtigt, fordi det var simpelthen af nødvendighed. Det har vist sig, at de grundstrukturer er levedygtige: de kan bruges, også i en fremtid”.*

Hospitalerne udtrykker at have lært noget om fleksibilitet, en egenskab hospitalerne havde i forvejen, men ikke vidste kunne udnyttes i så høj en grad. Samtidig lægges der vægt på, at hele processen ikke har været omkostningsfri, og perioden efter første bølge var en “recovery-periode”, hvor hospitalerne og medarbejderne trængte til nursing: *“Jeg kan supplere med, at en relevant erfaring var, at organisationen – og det gælder jo hele sundhedsvæsenet – har en betydelig fleksibilitet, som vi ikke har oplevet, i hvert fald ikke i min tid i sundhedsvæsenet, at skulle udnytte i den grad, som vi har gjort i det sidste halvandet år, men den har været der, den fleksibilitet. Noget af det jeg tager med videre fra det, det er at organisationen kan meget mere, end man lige skulle tro”.*

Det udtrykkes, at et af de største problemer med organiseringen under første bølge var, at man gik betydeligt ned i aktivitet, hvilket man ikke gjorde i anden bølge. Den nedgang i aktivitet har også haft betydning fremadrettet, både fordi personalet er udmattet, men også fordi, der kan være patienter med sygdom, man kan have overset. Dette tunnelsyn kan have betydning for hospitalerne fremadrettet. *“Og så er der jo nogle ting omkring, at vi gik jo meget ned i aktivitet, da første bølge kom. Vi gik meget mindre ned i aktiviteten i anden bølge, selvom anden bølge ramte os meget hårdere, og det giver jo også den erfaring i forhold til at sige, hvordan er det, at vi organisatorisk håndterer en pandemi eller en tilsvarende vanskelig situation næste gang”.*

FYSISKE RAMMER

Hospitaler med nyere lokaler betonede i interviewene, hvorledes de fysiske rammer afgjort havde gjort en positiv forskel i tilgangen til COVID: *“Hvis nu vi ikke havde haft den organisation, vi har nu, så skulle vi hver gang, vi skulle have målt et blodtryk, eller et eller andet, have apparaturet ind og ud hele tiden (...) afdelingen har stået sin prøve på den måde, den er bygget op på. Vi er stadig glade for den, efter alt det her. Det er fandeme godt, at vi fik bygget før det her det kom”.* Derimod



fremhævede ledelser for afdelinger, der arbejdede i ældre lokaler eller lokaler under ombygning, hvor stolte de var over at kunne komme så godt ud på den anden side, fordi de ikke har haft et lige så godt udgangspunkt i forhold til isoleringsstuer med udstyr, samt andre faktorer, som gjorde det lettere for hospitaler i nye lokaler: *“De har egentlig fungeret overraskende godt, for det er et gammelt sygehus, med rigtig mange kringelkroge og midt i corona har vi været i gang med at bygge om, områder har været lukket ned og åbnet igen, så det har været voldsomt kaotisk. Lige nu er en af vores isolationsgange en byggeplads, og vi krydser fingre for at den er færdig, inden en eventuel 3. bølge”*.

Nogle af de mindre hospitaler udtrykker dog utilfredshed over, at der var en forventning om, at de kunne håndtere lige så mange COVID-19-patienter, som de store hospitaler skulle: *“Der må ikke være mere end et niveau imellem, hvor meget man er åbnet til, selvom niveauerne er vidt forskellige fra hospitalerne. Det er mærkeligt næsten hvor lidt et hospital på samme størrelse skal skulle rumme inde for samme fase”* .

ORGANISERINGSMODEL

I nedlukningsfasen handlede det om at arbejde effektivt, da man havde behov for en organisering, som kunne håndtere store forandringer, hvilket i stadie 4 blev mindre nødvendigt. I dette stadie nedskaleres man grupperne i organiseringen, da man ikke havde behov for dem mere, og det derfor ikke var effektivt til den givne situation: *“Da vi først havde fået snakket om det, der gik det meget naturligt at gøre det, det var mere en erkendelse af, hvornår er det, hvor længe er den effektiv, sådan en organisering, med at lave sådanne parallelorganisationer”*. Hospitalerne oplevede i nogen grad, at det var let at skalere op med deres organiseringsmodel, men nedskalering var sværere. Så da de oplevede, at grupper begyndte at overlappende, og effektiviteten gik af organiseringen, og de dermed forsøgte at nedskalere ved at lukke grupper, som ikke var nødvendige mere, var det sværere, end da de skalerede op.

Dog udtrykkes der, at hospitalerne har en positiv opfattelse af forandringsparathed, og at organiseringsmodellerne gjorde det muligt at løse problemer, som beredskabsplanerne ikke kunne have hjulpet med. *“Jeg har i hvert fald større tillid til mulighed for forandring. Større tillid til mulighederne for, at vi kan tilpasse vores organisation til den opgave, der er aktuel, og at vi kan ved en meget målrettet og over tiden også ledelsestung opmærksomhed, så kan vi løse nogle problemer, som vi måske før var tilbøjelige til at trækkes med i længere tid”*. Dette betyder, at hospitalerne generelt har fået større tillid til muligheden for forandring, og det måske ikke nødvendigvis skal trækkes i langdrag, når man godt kan organisere sig hurtigere.

PATIENT- OG PERSONALEPLACERING

I forhold til patientplaceringen gjorde hospitalerne sig nogle erfaringer undervejs i første bølge. Nogle steder blev der oprettet separate afsnit, andre steder blev COVID-19-patienter modtaget på akutafdelingen sammen med andre patienter, og andre steder blev de rykket rundt. En gennemgående erfaring er, at man fremadrettet burde lave ekstra COVID-senge der, hvor man forventer, at aktiviteten falder automatisk, så man ikke ender med at rykke yderligere rundt på patienterne: *“Det andet er, at vi fik*



nogle erfaringer, og dem har vi sådan set mange af, på det praktiske niveau, altså hvor laver vi 10 COVID-senge? Så tog vi lige dag-kir, ikke også? Og lavede den om til COVID, det viste sig smart. Men så kunne vi ikke udvide det, for så havde vi ligesom taget det. Måske skulle vi næste gang overveje, om vi havde taget nogle sengeafsnit, hvor vi forventer aktiviteten vil gå ned og så sige, det her, det er et COVID-område”.

Hvad hospitalerne yderligere lægger vægt på i fremtidige scenarier er, at retningslinjerne fra nationalt niveau skulle have været mere konsistente og tydeligere, så alle hospitaler gjorde det samme i stedet for, at de skulle fortolke på udtalelser: *“Det er sådan, gad vide om vi skulle have gjort det på en anden måde, det taler vi noget om undervejs, også erfaringer fra et i øvrigt hamme godt samarbejde med tillidsmandssystemet under krisen, men hvor de regler, vi fik lavet nationalt, ikke var tydelige nok. Så gik der, puha, fortolkning i, hvordan er det nu med at stå til rådighed for COVID-opgaven, skal man have løn for det og hvor længe, det gik endda med sygeplejerskerne, men lægerne, der var ikke nogen ordentlige aftaler. Jeg vil også sige, samarbejdet med praksis... Lige i starten, der var praksis meget langt væk...”.* Dette vil være med til fremadrettet at strømline organiseringen, når en pandemi rammer.

Hvordan man placerede personale har hospitalerne gjort meget forskelligt, hvor nogle fra starten placerede dem i COVID-19-teams, mens andre lod dem tilkalde til COVID-19-afsnit, hvis der var brug for det. Hospitalerne oplever hver især, at måden, hvorpå de har placeret personale og organiseret sig, har fungeret for dem. Trods det, at man efterfølgende gennemgående på hospitalerne har fokus på personaletrivsel, som har været påvirket under første bølge, er der er gennemgående enighed om, at man har gjort det så godt, man kunne: *“Så vi har brugt energien på at arbejde i flow i stedet for at flytte funktioner. Det var selvfølgelig en satsning dengang, men jeg ville gøre det igen. Det er bedre at lave et tættere samarbejde med de andre...”.* På den måde lykkedes det altså alle hospitaler at organisere sig således, at de kom godt ud på den anden side af første bølge, selvom organiseringen og personaleplaceringen har været forskellig.

BEMANDING/UDSTYR

Trivsel for medarbejdere var et gennemgående tema i evalueringsprocessen i stadie 4. Af de negative kollektive erfaringer, der opstod i arbejdet med pandemien, fremstår medarbejderusikkerhed som en af de største problematikker: *“Hvis jeg synes, at der er noget der nærmer sig slemt, så vil jeg sige, at de medarbejdere der er gået ned undervejs i det her, eller er blevet mærket af det på sigt, eller ikke vil være i sundhedsvæsnet, den gør lidt ondt på mig, fordi at jeg synes, at vi udover at skulle passe patienterne, så skal vi også sørge for, at personalet har det så godt, at det er muligt at være her”.*

Hvordan personale skal belønnes for deres samlede ydede indsats, er ligeledes en problemstilling, der dukker op i post-første bølgestadiet, hvor ledelser udtrykker, at de har diskuteret emnet af flere omgange. Visse traditionelle tilgange syntes at klinge hult, mens andre kunne give anledning til konflikt: *“(...) man kan jo ikke give dem en buket blomster eller frugtkurv eller et marcipanbrød eller noget,*



og man kan ikke give løn, fordi hvem skulle så have løn, og så skulle alle have, det har faktisk været lidt en klemme, hvordan vi skal belønne dem”. I manglen på den helt rette belønning har størstedelen af hospitalsledelserne holdt sig til verbalt at give udtryk for deres taknemmelighed. De efterspørger derfor en måde, hvorpå ledelser tydeligere kan signalere deres påskønnelse af medarbejderne: “det er jo ikke noget, vi er vant til i vores system, så skal vi til at opfinde en form at udtrykke taknemmelighed på, som ikke er almindelig løn og et lillebitte løntillæg, men det tror jeg (...) det at italesætte taknemmelighed over den indsats, der er ydet og anerkende den og bakke op om det og hjælpe dem, der er kommet i knibe på det (...) det er godt, at det ikke er så mange, men de er der (...). Det tror jeg er vigtigt, at vi gør som ledelse”.

VÆRNEMIDLER

I stadie 4 har hospitalerne fået anskaffet sig nok værnemidler til strategisk at kunne fokusere på andre områder. I evalueringsprocessen fremgår frustrationen over ikke at være bedre informeret om anskaffelsen af værnemidler dog på et punkt: “Altså det med, at der måske var 12-timers hul på, om vi havde værnemidler nok, sådan noget ville vi egentlig godt vide som hospitalsledelse. Jeg kan også godt forstå, at de holdt det rigtig, rigtig tæt til sig, fordi osv., osv., ikke? Der var jo piratlignende tilstande på værnemiddelsmarkedet”. Eftersom værnemiddelbrug og -sikring i stadie 4 er mere udbredt, italesætter informanterne ikke emnet i samme grad som i de forrige stadier. For at komme til dette punkt med værnemiddelsikring har regionen i første bølge udvist en enorm tillid til dens medarbejdere. Underskrifter blev nemlig ikke krævet i den hektiske anskaffelsesproces, hvilket efterfølgende er blevet kritiseret: “Hvem havde portefølje til at bruge alle de der mange penge? Det havde vi jo ikke nogen af os. Så har de så sagt: ‘Skulle I ikke have hentet den bemyndigelse? Hvis I havde spurgt om en bemyndigelse, så havde vi jo givet den!’ Jo, selvfølgelig skulle vi det”.

OPSAMLING

Første stadie, kaldet overvågningsstadiet, er præget af usikkerhed omkring COVID-19-situationens alvor, hvorfor hospitalernes vante arbejdsgang ikke påvirkes. Økonomi og drift er generelt de styrende faktorer for organiseringen samtidig med, at de fysiske rammer på hospitalerne spiller en rolle. Nogle af hospitalerne er i overvågningsstadiet i gang med en større ombygning, omstrukturering eller i et tilfælde udflytning. Samtidig med, at økonomi spiller en afgørende faktor for organisering og derudover også udstyr, spiller overenskomster en afgørende faktor på bemandingen.

Andet stadie, kaldet inddæmningsstadiet, er karakteriseret ved Danmarks første smittetilfælde d. 27. februar, men trods det, at første tilfælde af COVID-19 er konstateret i Danmark, ser man ikke en reorganisering af hospitalerne i Region Midtjylland. På hospitalerne blev der ikke foretaget de store ændringer på opgaveniveau, og kun få hospitaler udtaler, at der har været en lille grad af forberedelse i form af planlægning mod COVID-19, som ikke blev implementeret endnu. Ledelserne laver heller ikke de store ændringer hverken med hensyn til beslutningstagere eller beslutningskompetencen, og



der er kun et hospital i regionen, hvor ledelsen udtrykker, at der skulle laves nogle essentielle ændringer, hvis man skulle kunne modstå den forestående pandemi. Der skete altså ikke den store reorganisering, men de få COVID-19-patienter, som hospitalerne modtog, blev behandlet på infektionsmedicinsk afdeling, som pandemiplanen og beredskabsplanerne også foreskriver. På den måde adskiller dette stadie sig ikke meget fra overvågningsstadiet, og der er hverken fokus på ekstra bemanning, udstyr eller værnemidler.

Tredje stadie, kaldet nedlukningsstadiet, er stadiet, hvor WHO melder ud, at COVID-19 nu betegnes som en pandemi, og hvor Danmark lukkes ned.

Dette medfører en eksplosion af informationer og retningslinjer fra nationalt til regionalt og helt ned på lokalt niveau på de enkelte hospitaler. På den måde skulle hospitalerne i dette stadie varetage en meget større mængde af opgaver, som også var væsentligt anderledes fra det, de var vant til. Visitationen skulle ændres, da det kunne blive problematisk for smittespredningen at modtage COVID-19-patienter og OBS-COVID-patienter samme sted, så de fleste hospitaler i Region Midtjylland forsøgte at adskille dem. Dette betød også, at behovet for samarbejde blev større, og at koordineringen mellem hospitalerne blev væsentligt sværere, da hvert hospital individuelt forsøgte sig med en organisering, som passede dem, hvorfor der ikke var nogen gennemgående ensartethed. Samarbejdet blev dog styrket i denne periode, specielt gennem kapacitetskonferencerne, som skulle sikre gensidig hjælp mellem hospitalerne. Ledelsesstrukturen på hospitalerne blev ændret i takt med, at alle økonomiske begrænsninger blev fjernet og blev på sin vis simplificeret. Dette skyltes de informationer og retningslinjer, der kom fra nationalt niveau samtidig med, at ledelsen overlod mere ansvar til afdelingsledelserne. Disse informationer og retningslinjer krævede dog en høj indsats at kommunikere ud og sørge for at holde opdateret, så kommunikation spillede en kæmpe rolle i dette stadie. Dette foregik både gennem daglige møder og nyhedsbreve. På den måde blev informationsbehandlingskapaciteten forøget for at kunne modstå det stigende krav til informationsbehandling. For at kunne tage beslutninger i den nye organisation med balanceret centralisering/decentralisering kræves, at beslutningstagere har adgang til relevant information på beslutningstidspunkterne.

Flere aktører kom i spil i dette stadie. Både regeringen og regionen spiller en større rolle helt ned på hospitalsniveau samtidig med, at krisestab og diverse beredskabsstabe også har fået indflydelse på organiseringen. Herudover har afdelingsledelserne også fået en større rolle, da en del beslutningskompetence er delegeret til dem. De hospitaler, som før har haft en centraliseret ledelse, oplever at få en mere decentraliseret ledelse, hvorimod de hospitaler, som havde en decentraliseret ledelse, oplever at få en mere centraliseret ledelse. Dette skyldes de generelle retningslinjer fra nationalt niveau, men alle de nye opgaver kræver en uddelegering af ansvar. Udfaldet for hospitalerne i Region Midtjylland betød, at de fra hver deres udgangspunkt i ledelsesstil konvergerede mod samme niveau, og beslutningskompetencen dækkede et bredere felt af aktører end tidligere stadier.

Da nedlukningsstadiet førte til annullering af tidligere økonomiske begrænsninger, havde hospitalerne også mulighed for at innovere, hvilket blev brugt til at danne spor til OBS-COVID-patienter,



og hvordan de kunne bruge den virtuelle verden til at undgå unødvendig smittespredning. Generelt blev de fleste møder foretaget virtuelt samtidig med, at uddannelsen af personale til at varetage COVID-19-patienter også foregik virtuelt.

Beredskabsplaner blev sat i værk straks under nedlukningen og ændrede hospitalernes indbyrdes organisatoriske strukturer i et tidsinterval, der strakte sig fra to dage til 8 uger, inden hospitalerne igen reorganiserede sig, da man fandt ud af, at beredskabsplanerne ikke passede til COVID-19-situationen. Derudover var organiseringen også påvirket af hospitalernes fysiske rammer, da hospitaler, som var i gamle lokaler, havde sværere ved at samle alt nødvendigt udstyr samtidig med, at patienterne kunne isoleres korrekt. Det var derfor en fordel at være i nye lokaler, da COVID-19 ramte.

Hospitalerne organiserede sig forskelligt og gjorde henholdsvis brug af både det, de kalder en pandoraorganisering og en task force. Hvad disse modeller har til fælles er, at man har uddelt beslutningskompetencen i mindre grupper, som varetager hver deres vigtige område givet overordnede fastsatte retningslinjer. Det blev et væsentligt aktiv i bekæmpelsen af første bølge af COVID-19.

I begyndelsen blev COVID-19-patienter modtaget på infektionsmedicinsk afdeling, men i nedlukningsstadiet besluttede man, at de skulle modtages på akutafdelingen. Grundet nedlukningen og stop for de elektive behandlinger kunne ekstra personale blive sat til at hjælpe på akutafdelingen, hvis der opstod et behov. Nogle hospitaler valgte at modtage COVID-19-patienter og OBS-COVID-patienter sammen, men de fleste oprettede spor eller visiterede dem sådan, at de blev holdt adskilt. Dette betød også, at ekstra bemanning var nødvendig.

Der var en gennemgående stor forandringsparathed hos personalet på hospitalerne, hvilket også blev understøttet af uddannelsesprogrammerne om COVID-19. Dog havde disse uddannelsesprogrammer afsæt i det værst tænkelige scenarie, og noget personale oplevede utryghed, da de gik og forberedte sig på noget, som aldrig kom i foråret. Utrygheden oplevedes højt hos det personale, der blev placeret i en COVID-19-afdeling, men som aldrig rigtig modtog særlig mange patienter, og personalet gik dermed i en slags venteposition. Dog oplevede man også utryghed ved det personale, som skulle varetage opgaver uden for deres egen afdeling, da der skulle arbejdes på tværs, og man dermed ikke fik skabt sin egen "kultur" med det nye personale, man arbejdede sammen med. Utrygheden oplevede man også i frygten for at løbe tør for værnemidler og udstyr. Dette skete heldigvis aldrig, da der var stort ledelsesmæssigt fokus på dette.

Stadie fire, post-første bølge, er karakteriseret ved, at smittetrykket falder og Danmark lukkes mere og mere op, hvilket har betydning for hospitalernes organisering. Stadiet bærer præg af refleksioner om stadie tre samtidig med, at hospitalerne leder efter en balance mellem forsøget på at vende tilbage til normal organisering imedens, at de stadig skal forholde sig til COVID-19. Man har oplevet, at det var let at skalere op, men at skalere ned og finde en ny balance er svært: Derudover har uvidenheden om første bølge også haft betydning for både personale og patienter, da personalet har været påvirket af et presset arbejdsmiljø, og man er nervøs for, at man har haft tunnelsyn ved nogle patienter, eller at patienter simpelthen ikke er mødt op, som de før har gjort.



HVAD KAN VI LÆRE?

MODSTANDSKRAFT

Første bølge udpensler på mange måder, hvorledes det lykkedes et forholdsvis uforberedt dansk sundhedsvæsen at komme igennem en pandemi som COVID-19, grundet en kombination af eksisterende og ny-skabte faktorer. Medens der fra et overordnet nationalt perspektiv var en plan, var dette ikke tilfældet for regionen og hospitalerne, for hvilke situationen kan betegnes som en sort svane, der er en ekstremt usandsynlig hændelse, som man ikke har et beredskab overfor. Som beskrevet i appendiks kræver modstandskraft over for en sort svane, at man har beredskab og planlægning, et agilt organisationsdesign, materielle og finansielle ressourcer samt informationsstyring med et tydeligt informationsflow, der kan sikre en hurtig og effektiv respons. Desuden kræves sikkerhedssystemer og redundans til sikring af flere forskellige alternative manøvreringsmuligheder for organisationen. Lige så vigtigt er medarbejdere, der er motiverede og engagerede. Sammenhængskraften i indsatsen kræver styringsprocesser med balanceret decentralisering/centralisering og koordineret samarbejde samt en ledelsespraksis, der kan skabe en klar og delt vision. Modstandskraften fordrer en organisationskultur med ressourcer til at eksperimentere samt sociale netværk og samarbejde, der skaber øget mobilisering og overførsel af viden samt spredning af innovation.

Med hensyn til organisering af patientbehandling og personaleallokering gik hospitalerne to veje med en parallel organisering og en harmonikamodel. Parallelmodellen var god til at håndtere smittespredning, men var ikke særlig agil i en pandemisituation med flere bølger, hvor antallet af patienter og smittede fluktuerer, medens harmonikamodelen gav større fleksibilitet, men større udfordringer med hensyn til smittespredning og uddannelse af personale. Langt de fleste patienter med COVID-19 havde/har også en anden sygdom. I harmonikamodelen placeres COVID-19-patienterne på de afdelinger, som passer til deres basale diagnose evt. på et særligt COVID-19-afsnit. Her "blandes" COVID-19-patienter med ikke-COVID-19-patienter. Personalet kan behandle både COVID-19-patienter og patienter, der ikke er smittet med COVID-19. Dette giver større fleksibilitet, men kræver også mere uddannelse og mere disciplin.

Fjernelsen af budgetbegrænsningerne skabte de nødvendige finansielle rammer, men manglende beredskab og planlægning skabte flere gange udfordringer med hensyn til de materielle ressourcer, specielt værnemidler men også potentielt respiratorer. De fysiske rammer var meget forskellige, og de ældre rammer skabte udfordringer, som de hospitaler, der var flyttet til nyere rammer, ikke havde.

Manglende planlægning og beredskab kombineret med et massivt bombardement af information fra centralt hold umuliggjorde en effektiv informationsstyring. De fem hospitaler håndterede informationsstyringen noget forskelligt.

Alle ledelsesniveauer skabte en klar og delt vision om at undgå et kollaps af sundhedsvæsenet, og der opstod en organisationskultur med ressourcer til innovation. Det blev sammen med balancen mellem



centralisering og decentralisering basis for, at hospitalerne klarede sig gennem nedlukningsstadiet. De menneskelige ressourcer blev skabt internt gennem reallokering af personale. Derimod virkede eksternt rekruttering gennem jobbank og vikarbureauer ikke.

Der blev skabt en organisationskultur, der støttede innovation, og de finansielle ressourcer var til stede. Det betød nye måder at mødes på, nye IT-løsninger, nye måder at visitere på, nye processer for samarbejde og logistik, og mange igangsatte projekter blev færdiggjort.

Overordnet kan det konkluderes, at regionen og hospitaler over en periode på ca. 8 uger skabte et organisations-setup som kunne håndtere pandemien. Nedlukningen og det danske samfundssind betød, at der ikke kom så mange COVID-19-patienter, som de røde prognosekurver indikerede. Situationen ville have været markant anderledes, hvis antallet af patienter havde fulgt de røde kurver.

MEDARBEJDERUSIKKERHED

Medarbejderusikkerhed som følge af pandemien blev en af de helt store udfordringer, som hospitalerne stødte på. I stadie 4 foretog nogle hospitaler trivselsmålinger af personalet, hvor resultaterne tydeligt reflekterede en høj grad af psykologisk usikkerhed i forbindelse med varetagelse af COVID-19-patienter. Det er her muligt at identificere flere årsager til denne usikkerhed.

Første usikkerhedsårsag angår placering af personale. Grundet en information om, at et højt antal patienter ville blive indlagt med COVID-19 i Danmark (et tal, der senere viste sig at være alt for højt), placerede hospitalerne enten medarbejdere i specifikke parallelspor eller flyttede disse hen i forskellige afsnit. For at ruste medarbejdere, var nødvendig uddannelse på området rettet mod det værste tænkelige scenarie: *“vi brugte en måned på faktisk at sige, det her kan fandeme blive slemt, så derfor var der fuld fokus på at lave den der efteruddannelse”*. I manglen på COVID-19-patienter og grundet sagens dengang ukendte natur havde virvaret af informationer dog en uønsket effekt og skabte usikkerhed: *“der var jo ingen patienter, så folk gik tilbage og syntes at de havde fået noget frustration: ‘Hvad skal vi det her for? Der kommer jo ingen patienter’”*.

Den anden type usikkerhed knytter sig til rokering af personale. Det personale, som blev rokeret, havde ikke mulighed for at finde sikkerhed i en fast afdeling/medarbejdergruppe og skulle varetage COVID-opgaver i andre afdelinger, end de var vant til. De nye arbejdsgange skabte særligt usikkerhed for den type medarbejder, der trives bedst i vante rammer: *“der er faktisk rigtig mange af vores medarbejdere, som trives allerbedst med, at der er fuldstændig styr på rammerne, at de henter deres uniformer der, hvor de plejer at hente dem, de ved lige præcis, hvilke værnemidler de skal bruge, og det er der sikkerhed og tryghed i, og det er vigtigt for dem. Der oplevede vi et jordskælv med COVID”*.

For at imødegå denne type usikkerhed trak hospitalerne på allerede eksisterende sociale relationer, der viste sig at være af stor betydning for fortsat at kunne udføre arbejdet trods ubehag. Al personale, der blev flyttet til parallelspor, havde mulighed for at danne en ny samarbejdskultur og rutine med hinanden, hvilket efter sigende fungerede godt: *“Derimod det vi gjordeovre i parallelsportet, hvor vi brugte de sygeplejersker, der i forvejen var i de operationsafsnit, som vi lukkede ned, og nogle af de*



læger som var der, og nogle af de læger, som kom ude fra et nyt sted og ikke havde en kultur i forvejen, de lavede deres egen kultur og de fik det til at fungere". Derudover syntes usikkerheden ved at være i venteposition at kunne undgås ved brug af harmonikamodellen. Dette skyldes, at modellens struktur er centreret omkring at kunne op- og nedskalere bemanning efter behov. Dermed kunne personale i venteposition fortsætte med vante arbejdsopgaver, indtil andet gjorde sig gældende, hvilket viste sig at kunne modvirke medarbejderusikkerheden.

Fælles for medarbejdernes usikkerhed var den konstante frygt for at løbe tør for værnemidler. På trods af, at Region Midtjylland på intet tidspunkt i første bølge havde opbrugt sin beholdning af værnemidler, var den ustabile anskaffelsesproces en klar kilde til nervøsitet og usikkerhed på hospitalerne: *"Frygten for at løbe tør for dem og arbejdet med at få klarhed over, hvor vi egentlig var henne, det fyldte utroligt meget".* Tid, der kunne være blevet brugt på anden organisering, blev ofte tildelt emner omhandlende værnemidler.

Et af de faste punkter for hospitalsledelsernes dagsordener var netop værnemiddelsikring: *"Så havde vi et fast punkt omkring værnemidler, hvad har vi har af mangelsituationer, hvordan kommer vi igennem dagen (...)"*.

Denne udfordring skyldes, at Regionen Midtjylland generelt var uforberedt, særligt i forhold til værnemiddelbeholdningen. Regionens daværende beredskabsplaner specificerede intet om graden af værnemidler, der var nødvendig for at være rede til en pandemi som COVID-19. *"Og det gjaldt jo også nødvendigheden af de fornødne værnemidler, og hvor vi er nødt til at sikre personalet. I videst mulig udstrækning skal vi jo sikre personalet givet de patientsituationer, der nu er. Det tænker jeg, også er en læring vi har med os... At det står helt centralt for os, at når vi står i sådan en situation, som med det med COVID-19, at personalets sikkerhed, det er 'point one'"*.

En væsentlig del af læringen under første bølge omhandlede værnemidler, der har sat skærpede standarder for hygiejne og værnemiddelbrug i Danmark. Derfor bør fremadrettede indsatser på at mindske muligheden for en smittefarlig pandemi fokusere på værnemiddelsikring på længere sigt samt at få dette tydeligt formuleret i nye og mere passende pandemiberedskabsplaner.

En tredje usikkerhedsårsag, den enorme mængde af arbejde, behøver ikke megen forklaring. Nøglen til succesfuldt at kunne løse COVID-19-opgaven beroede i særdeleshed på, at personale var villige til at arbejde de ekstra timer for at komme i mål. Pandemiens første bølge var her præget af personale, der gik disse ekstra skridt: *"vi har ikke haft behov for at ringe til personale, de kommer af sig selv. De ved udmærket godt at de skal komme (...) det har været ret let at finde det meningsfulde i ens arbejde (...) hvad det var man stod op til, og hvad det var man skulle kigge ind i, og det har jo også været en tilfredsstillelse (...)"*. I en lignende situation er det dog risikabelt at regne med samme uforbeholdne tilgang: *"da det så ikke blev helt så vildt som vi havde frygtet, men ja... Der kom måske en afmatning der i sommerferien, folk var trætte (...)"*. Villigheden til at kaste sig ud i arbejdet var i høj grad betinget af skræmmebillederne fra Bergamo, hvorfor det er svært at bedømme, om den samme ånd vil vise sig, medmindre det viser sig at være et spørgsmål om liv eller død: *"det er Bergamo-*



scenariet der har gjort, at vi er simpelthen nødt til ikke at havne der, vi bliver nødt til at løse det her problem sammen, og så må vi finde ud af det andet bagefter". En afdelingsleder opsummerer denne pointe i følgende citat: "Hvis man kigger på de senere bølger, så er man blevet mere optaget af, hvad man får i løn og overenskomster og alt det der". Klarere retningslinjer og overenskomstaftaler i tilfældet af et lignende scenarie er derfor anbefalet for at kunne modvirke denne svaghed.

Man vidste heller ikke noget om COVID inden. Måske vil personalet heller ikke tage den ekstra tørn næste gang, idet der efterfølgende har været en del om senfølger m.m. Disse ting vil de have i tankerne næste gang de skal yde ekstra, og ting er ukendte.

ORGANISERINGSTILPASNING OG OMSTILLINGSPARATHED

I deres organisering i forbindelse med COVID-19, hvor omstændighederne forandrede sig abrupt over en kort periode, demonstrerer hospitalerne en af multikontingensteoriens primære påstande, der lyder, at organisationer organiserer sig efter deres givne situation og kontekst. Hospitalernes multiple organiseringer og omorganiseringer tydeliggør, hvor agilt det danske sundhedsvæsen har vist sig at være, når det bliver presset: *"det helt fantastiske ved den første bølge var, at alle stillede sig til rådighed, og der var ingen grænser for, hvad man kunne få folk til, selvom vi ikke anede, hvor farligt det var. Folk bød simpelthen ind og det var supergodt".* Kommunikationen og samarbejdet på tværs i regionen skabte en "shared awareness", der grundlagde muligheden for at udtænke kreative organiseringsmodeller. Uddelegering af arbejdsfunktioner samt ansvar til afdelingsledelserne effektiviserede og optimerede den store arbejdsbyrde, mens centralisering af beslutningstagen gjorde det lettere at imødekomme de hurtigt opstående og foranderlige problematikker.

At det overhovedet har været muligt at komme igennem en pandemi med forholdsvist få dødsfald sammenlignet med andre lande siger en hel del om det danske sundhedsvæsen. Til trods for, at regionen samt hospitalerne var dårligt stillet fra start i forhold til at bekæmpe en pandemi, har det været muligt at løfte opgaven i fællesskab: *"jeg er glad for, og jeg syntes, at det har været en tilfredsstillelse, at det lykkedes. Jeg syntes, at det er superimponerende, hvad sundhedsvæsenet har præsteret i det her år der er gået, og på den måde har det været en tilfredsstillelse at kunne løse den opgave".* Ifølge informanterne er denne succes forårsaget af eksisterende elementer i dansk kultur på dette område, som analyseret i sektionen i stadie 4. Den gensidige tillid fra borger til regering, fra hospitalerne til regionen og hospitalerne på tværs samt indbyrdes har været en afgørende faktor i denne forbindelse. Fællesskabet har derudover muliggjort de innovative tiltag, der opstod som en del af processen. Viljen til at samle sig om et fælles mål, og særligt den gensidige tillid, der viste sig at være indlejret i det danske velfærdssystem og den danske kultur, er en ramme, som danske hospitaler ville kunne drage fordel af i et potentielt fremtidsscenario. Kåringen af 'samfundssind' til årets ord i 2020 understreger ydermere denne pointe.

FREMTIDIGT BEREDSKAB



Den næste pandemi bliver ikke en sort svane. Med udgangspunkt i erfaringerne fra COVID-19 skal de regionale og hospitalernes beredskabsplaner opdateres. Men hvad den næste sorte svane bliver, ved vi ikke.

Det er ikke muligt at forudsige det uforudsigelige. Derfor bør der ikke kun være fokus fremadrettet på at forsøge at beregne eller prognosticere, hvad den næste pandemiske hændelse eller lignende scenarie kan blive. Opmærksomheden bør derimod rettes mod at identificere specifikke organisatoriske elementer, der bedst muligt kan forberede de danske regioners og hospitalers muligheder for at reagere på en uforudset hændelse af samme uforudsete karakter, som COVID-19 var.

PERSPEKTIVERING

På såvel regions-, hospitals- og afdelingsniveau blev der foretaget radikale reorganiseringer. Nye beslutningsprocesser og koordineringssystemer blev iværksat. Nogle hospitaler oprettede individuelle COVID-19-afdelinger, andre oprettede en eller flere COVID-19-afsnit til eksisterende afdelinger. Mødestrukturer blev ændret, samarbejdet mellem hospitalets afdelinger, læger og sygeplejersker blev ændret, ligesom hospitalets og afdelingernes organisation blev ændret. Bemanding og teamstruktur blev redesignet, personale uddannet og instrueret forskelligt. Endelig blev beslutningsprocesserne løbende tilpasset de konkrete forhold i takt med, at man modtog de nyeste retningslinjer og instrukser. Hvad kan man lære herfra i forhold til en fremtidig organisering?

Læring fra COVID-19 kan fremadrettet anvendes i tre forskellige situationer:

1. Fremtidig ordinær drift og udvikling
2. En ny pandemi
3. En ny sort svane-situation

FREMTIDIG ORDINÆR DRIFT OG UDVIKLING

Når man skal vurdere, hvad man kan lære fra en ekstremsituation til brug, når dagligdagen igen optræder, skal man være meget opmærksom på forskelle i forudsætninger. I denne sammenhæng kan bl.a. nævnes: ingen økonomibegrænsninger, meget korte deadlines, en "shared awareness" blandt patienter, ledere og personale om situationens alvorlighed. Desuden var konteksten speciel med et meget stort nationalt fokus.

Et gennemgående træk fra alle hospitaler og regionen var, at der var et stort uudnyttet ledelsespotentiale hos afdelingsledelsen. Samtidig fandt man også, at decentralisering af tilpasning under fælles retningslinjer gjorde udvikling bedre og hurtigere. Dette bør udnyttes fremadrettet. Denne konvergering mod en fælles centralisering/decentralisering bør opretholdes med skyldig hensyntagen til, at de fem hospitaler i regionen er forskellige både størrelsesmæssigt og i forhold til patientgrundlag.



Det bedre samarbejde og den bedre koordinering, der blev skabt både mellem de enkelte hospitaler i regionen og internt på de fem hospitaler bør opretholdes.

Under pandemien lykkedes det at beslutte og ikke mindst gennemføre mange ændringer i processer og måder at gøre ting på meget hurtigt. Det står i stor kontrast til, at det på flere områder har taget år lokalt at få besluttet og gennemført fx de politikker, som var grundlaget for etablering af akutafdelingerne. Selvom konteksten under en pandemi som COVID-19 er meget forskellig fra en normal dagligdag, bør man vurdere, hvordan man kan bruge erfaringerne fra pandemien. I den sammenhæng bør man se på såvel de formelle processer som de forhold, der knytter sig til den innovative organisationskultur, som var fremherskende under pandemien.

Yderligere udvikling af brugen af digitale værktøjer og virtualitet bør i den sammenhæng fremmes. COVID-19 har for patienter i alle aldersgrupper og personale øget den digitale modenhed, som muliggør en hurtigere ibrugtagning af virtuelle processer. Dette kan også sammenkobles med de initiativer, der er i gang med hjemmebehandling af akutpatienter.

EN NY PANDEMI

Sundhedsberedskabsplanerne bør opdateres, så de tilpasses den nationale pandemiplan, da man ikke i praksis har fulgt, hvor patienterne skulle modtages, hvordan de skulle behandles, og i hvilket omfang de skulle indlægges, samt andre væsentlige aspekter. Indsatsplanerne på hospitalerne var så snævert beskrevet vedrørende biologiske hændelser, herunder pandemier, at indsatsplanernes organisering ikke var brugbar, da COVID-19 ramte. Indsatsplanerne forholder sig til tilfælde af meget få smittede patienter, hvilket ikke var situationen under COVID-19. Man skal derfor have opdateret indsatsplanerne, så de forholder sig til en situation med mange smittede.

Samtidig har både beredskabsplaner og indsatsplaner forholdt sig til situationer, som kun ville være en meget kort periode og ikke i mere end to år. Dermed blev planerne også udfordret, da hospitalerne ikke kan være i beredskab så længe, fordi det ville kræve for mange ressourcer. Beredskabet er lavet til at håndtere kortvarige situationer af en anden karakter, og planerne skal dermed opdateres, så de fremover forholder sig til, hvordan man varetager længerevarende hændelser.

Ydermere er en væsentlig faktor, at det i situationen med COVID-19 ikke kun handlede om at redde patienter, som havde været med i en busulykke, men derimod at redde sundhedsvæsenet fra et kollaps under COVID-19, som man så i skrækscenarierne fra Bergamo. Beredskabsplaner og indsatsplaner er lavet til at redde liv, så mange som muligt ved storulykker, og til at definere, hvordan hospitalerne skal organisere sig, når sådan en hændelse rammer. Beredskabsplanerne handler ikke specifikt om at holde hospitalerne fra et kollaps. På den måde var virkeligheden anderledes under COVID-19, end den før har været, hvilket er en vigtig faktor, hvis man fremadrettet skal være bedre rustet.

COVID-19-pandemien ramte ikke kun patienter med COVID-19, men alle patienter. De praktiserede lægers engagement ændredes også, ikke-akutte behandlinger blev udskudt med den konsekvens, at



der er ca. 100.000 på venteliste, og behandlingsgarantien delvist blev sat ud af kraft. Vi vil i særskilte rapporter og artikler analysere COVID-19-pandemiens konsekvenser på patientniveau.

Fra COVID-19-pandemien kan vi lære noget om, hvordan man er beredt på en ny pandemi. Men hvad med en ny sort svane?

EN NY SORT SVANE-SITUATION

Vi har lært, at man i et vist omfang kan forberede sig gennem fx beredskabsplaner og indsatsplaner. Det vil man også kunne fremover, når man opdaterer dem efter de nye erfaringer, som COVID-19 har bragt. Men man må også anerkende, at man ikke altid kan forberede sig tilstrækkeligt, og man kan risikere at stå i en situation, hvor ens planer ikke rækker langt nok. Dette oplevede Danmark under første bølge af COVID-19-pandemien.

Hvad vi har lært er, at man trods utilstrækkelig forberedelse kan imødekomme en "sort svane", hvis ens organisation hurtigt kan omstille sig. Dette har vi erfaret, at vores sundhedsvæsen kan, fordi man gjorde brug af nogle organiseringsmodeller, som kunne kapere store omvæltninger samtidig med, at elementer såsom tillid spillede en stor rolle i organisationen. Dermed har Danmark også de sidste to år vist, at man kan håndtere en pandemi, også hvis en sådan skulle ramme Danmark igen.

I dag bruges metaforen "en sort svane" til at betegne ekstremt usandsynlige hændelser – som faktisk er hyppigere, end man tror. Det drejer sig om noget, man ikke kan se eller uden videre kan ane – selv ikke ved nærmere eftertanke. Når man taler om sorte svaner, har det den ulempe, at man rent logisk taler om noget, man ikke kender noget til. Man ved kun, at der *kan* ske noget, men ikke *hvad* eller hvordan følgerne rent faktisk ser ud. Noget af det, der karakteriserer en sort svane er, at hændelsen er usandsynlig – eller usandsynlig for visse aktører i en bestemt kontekst. Modstandskraft handler om samfundets modstandsdygtighed og evnen til at håndtere katastrofer såsom en pandemi, fordi et modstandskraftigt samfund/system kan overleve, gendanne sig selv og skabe ny balance, efter det er blevet rystet. Medens denne rapport er skrevet, er verden kommet i en situation med mulige scenarier, der kan presse det danske sundhedsvæsen, som ingen havde forstillet sig, og som man på mange måder på hospitalsniveau er lige så uforberedt på, som man var ved COVID-19. Som beskrevet ovenfor læste såvel Sundhedsstyrelsen som regioner og hospitaler omgivelserne for sent. Derfor måtte man agere under meget stor usikkerhed i omgivelserne. En vigtig ting ved en sort svane er at have en organisation, som løbende har evnen til at opfange ændringer i omgivelserne.

For fremadrettet at være modstandskraftig og kunne håndtere en sort svane må man opdatere sundhedsberedskabsplaner og indsatsplaner. Både i forhold til, hvor og hvordan patienterne behandles, hvor mange patienter der kan risikere at forekomme og tidsaspektet, da man ikke under COVID-19 var fuldt forberedt på, hvor og hvordan patienterne skulle behandles. Man troede aldrig, der ville være tale om særligt mange patienter og slet ikke, at det ville være en hændelse, som varede flere år. Disse erfaringer skal tages med i nye overvejelser og vurderinger af planerne, så man fremadrettet kan være bedre forberedt hurtigere.



De organiseringsmodeller, som blev brugt under COVID-19, skabte agilitet og mulighed for uddelegering af beslutningskompetence, som holdt organisationerne effektive. Det er væsentligt ved et fremtidigt scenarie af en sort svane, at organisationerne har mulighed for at kunne omorganisere sig hurtigt.

Samtidig har læringspunkterne fra analysen vist, at elementer som tillid og informationsflow spiller en stor rolle i Danmarks håndtering af første bølge af COVID-19, og det er derfor nogle elementer, som man fortsat skal værne om og arbejde målrettet mod fortsat at forbedre, da dette stiller organisationer bedre ved uventede hændelser.

Hvad vi kan tage med videre er, at man skal forberede sig gennem læring af ens oplevelser samtidig med, at man bygger på en omstillingsparat organisation, som rummer gensidig tillid. I hvilken form en ny sort svane kan lande i Danmark i fremtiden er uvist. Om det er en ny pandemi, eller om det er den uro, Europa er præget af på nuværende tidspunkt, er svært at sige, og man kan ikke gøre sig 100% klar og modstandsdygtig over for en uventet hændelse. Men hvis vi lærer af de erfaringer, vi har gjort os under COVID-19 i de seneste to år samtidig med, at vi arbejder målrettet mod tillid og omstillingsparate organisationer, vil man optimere Danmarks modstandskraft.

KONKLUSION

Formålet med denne rapport er at analysere og forstå de organisatoriske ændringer, der er foretaget på de enkelte hospitaler med hovedfokus på akutafdelingerne. De udarbejdede beredskabsplaner og beredskabsorganiseringen viste sig ikke at kunne bruges. Rapporten viser, at man på regionalt plan var uforberedt på en pandemi, men gennem nedlukning lykkedes det at udsætte presset på hospitalssektoren. Dette gav hospitalerne og de enkelte afdelinger mulighed for at gennemføre forskellige organisatoriske tiltag, som gjorde hospitalerne i stand til at håndtere COVID-19-pandemien. Det lykkedes derfor at udgå Bergamo-scenarier.

Læring fra COVID-19 kan bruges fremadrettet i tre forskellige situationer

1. Fremtidig ordinær drift og udvikling
2. En ny pandemi
3. En ny sort svane-situation

APPENDIKS: METODE OG TEORI

METODE



Sundhedsberedskabet i Danmark bygger på et sektoransvarsprincip, hvor den myndighed, der har ansvaret for en opgave til dagligt, bevarer ansvaret for opgaven i en krisesituation. Det er således Sundheds- og Ældreministeriet samt Sundhedsstyrelsen, der har ansvaret for en sundhedskrise. På samme måde har regionerne og kommunerne ansvaret for sundhedsberedskabet inden for deres områder. Sektoransvarsprincippet i samspil med opbygningen af den offentlige sektor i Danmark betyder, at beredskabet i tilfælde af uforudsete hændelser som COVID-19 i udgangspunktet tilrettelægges decentralt – det vil sige i regionerne. Da formålet med denne rapport er at forstå, hvordan organisationen af sundhedskrisen, foranlediget af COVID-19, blev organiseret i forbindelse med den første bølge i foråret 2020, og beskrive hvilke tiltag, der blev foretaget samt analysere, hvorfor det virkede, er der metodemæssigt valgt en kvalitativ, eksplorativ tilgang.

Tabel 1: Opgavefordelingen inden for sundhedsberedskabet

Område	Planlægnings- og driftsansvar	Planlægningsgrundlag og tilsyn
Beredskabet i den primære sundhedssektor	Kommuner og regioner	Sundhedsstyrelsen
Sygehusberedskabet	Regioner	Sundhedsstyrelsen
Den præhospitale indsats	Regioner	Sundhedsstyrelsen
Lægemiddelberedskabet, herunder medicinsk udstyr og utensilier	Regioner og kommuner	Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen

Kilde: Gengivet efter ”Planlægning af sundhedsberedskab – vejledning til regioner og kommuner”, Sundhedsstyrelsen, 2017, s. 11

Ansvar for driften af den regionale sundhedsindsats påhviler regioner og kommuner (se Tabel 1), som i samarbejde med aktører i den private sektor, eksempelvis praktiserende sundhedspersoner, private sygehuse og institutioner, realiserer behandlingstilbuddene. Strategisk og taktisk varetages den tværgående koordination og samarbejde i forbindelse med ekstraordinære hændelser i/gennem de lokale beredskabsstabe, der er etableret i hver af landets 12 politikredse. De faste medlemmer består af politiet, forsvarrets landsdelsregion, Beredskabsstyrelsens beredskabscenter, regionernes sundhedsberedskab samt det kommunale beredskab. Afhængig af den konkrete situation kan ad hoc-medlemmer fra andre relevante myndigheder samt private aktører indgå i det lokale beredskab. De myndigheder, der er repræsenteret i den lokale beredskabsstab, deltager med egen kompetence i overensstemmelse med sektoransvarsprincippet (Beredskabsstyrelsen, 2019).

For at beskrive hvilke tiltag, der blev foretaget for at håndtere indsatsen, har vi derfor indsamlet dokumenter i form af beslutningsreferater fra møder afholdt i den regionale styregruppe samt i de lokale task forces på de enkelte sygehuse. På baggrund af disse og med udgangspunkt i multikontingensteorien har vi gennemført semistrukturerede interviews med lederne af de centrale enheder. Det drejer



sig om den lægefaglige direktør på præhospitalet, der sidder med i den lokale beredskabsstab. I forbindelse med COVID-19-indsatsen har præhospitalet, som vanligt, stået for transport af patienter til og fra hospitalerne. Derudover har de varetaget information om COVID-19, etablering af en tilstrækkelig testkapacitet i Region Midtjylland samt stået for indgåelse af kontrakter med eksterne aktører, der har hjulpet med sikring af tilstrækkelig testkapacitet (fx Falck) samt indkøb af værnemidler på landsplan.

Derudover har vi interviewet afdelingsledelserne i akutafdelingerne og hospitalsledelserne på de fem hospitaler i regionen. Som dem, der modtager patienterne, når de ankommer akut til hospitalerne, har akutafdelingerne i meget høj grad været involveret i organisering af effektive arbejdsgange og ændringer i patientflow for at kunne modtage et forventet stort antal akutte patienter med COVID-19, sideløbende med øvrige patienter med øvrige akut opståede sygdomme uden at tilsidesætte behandlingskvaliteten eller patientsikkerheden. Hospitalsledelserne har det overordnede ansvar for driften af hospitalerne, hvorfor deres input ligeledes har hjulpet med at danne et overblik over og en forståelse for organiseringen af COVID-19-indsatsen på de enkelte sygehuse.

Da det også har været nødvendigt at koordinere den regionale indsats på tværs af hospitalerne, har vi også foretaget et interview med den lægefaglige koordinator, der blev udvalgt til at varetage denne funktion. Endelig har vi interviewet koncerndirektøren i Region Midtjylland, som har ansvaret for regionens somatiske hospitaler og den overordnede hospitalsplanlægning.

Informant	Funktion(er)	Lokalitet	Dato
Leder af akutafdelingen	Ledende overlæge	Aarhus Universitetshospital	17.03.2021
Leder af akutafdelingen	Ledende overlæge Oversygeplejerske	Regionshospitalet Viborg	08.04.2021
Leder af akutafdelingen	Ledende overlæge	Regionshospitalet Horsens	13.04.2021
Leder af akutafdelingen	Ledende overlæge Oversygeplejerske	Regionshospitalet Randers	22.04.2021
Leder af akutafdelingen	Ledende overlæge	Hospitalsenheden Vest (Herning)	20.05.2021
Hospitalsledelsen	Hospitalsdirektør Lægefaglig direktør Sygeplejefaglig direktør	Regionshospitalet Horsens	01.06.2021
Hospitalsledelsen	Hospitalsdirektør Sygeplejefaglig direktør	Hospitalsenheden Vest (Herning)	14.06.2021



Direktionen	Direktør med særligt ansvar for sundhed	Region Midtjylland	22.06.2021
Lægefaglig koordinator	Lægefaglig direktør Tværgående koordinering af COVID-19-indsatsen	Regionshospitalet Viborg	28.06.2021
Hospitalsledelsen	Hospitalsdirektør Sygeplejefaglig direktør	Regionshospitalet Viborg	01.07.2021
Hospitalsledelsen	Hospitalsdirektør Lægefaglig direktør Sygeplejefaglig direktør	Regionshospitalet Randers	05.07.2021
Hospitalsledelsen	Hospitalsdirektør Lægefaglig direktør	Aarhus Universitetshospital	11.08.2021
Præhospitalet	Lægefaglig direktør	Region Midtjylland	16.08.2021

For at få en indsigt i de mere detaljerede forhold blev afdelingsledelserne interviewet først. Derefter blev hospitalsledelserne interviewet. Som afslutning blev regionsledelsen interviewet og til sidst ledelsen af præhospitalet. Hvert interview varede to timer og var baseret på en interviewguide, der opdelte interviewet i de fire faser, som regionen opererede med i første bølge.

Da rapporten har fokus på håndtering af uforudsete hændelser, har vi valgt at fokusere på første bølge af COVID-19 i foråret 2020, hvor de første tilfælde af COVID-19 blev registreret i Danmark. På dette tidspunkt stod det hurtigt klart, at de udarbejdede beredskabsplaner og beredskabsorganiseringer ikke kunne bruges og derfor blev opgivet af de enkelte hospitaler. Hospitalerne og de enkelte afdelinger måtte derfor selvstændigt foretage forskellige organisatoriske tiltag for at forberede sig til et stort antal COVID-19-patienter. Gennem interviewene ønsker vi at beskrive de organisatoriske tiltag, der blev etableret og gennemført på de enkelte hospitaler i de fire faser i forbindelse med første bølge af COVID-19. Beskrivelsen af tiltagene vil blive beskrevet med udgangspunkt i de politiske og sundhedsmæssige beslutninger, som hospitalerne var underlagt, for at skabe en forståelse for rationalet bag ændringerne. På baggrund af beskrivelsen af de forskellige beslutningsprocesser og koordineringssystemer, der blev iværksat af de enkelte hospitaler, vil vi analysere effekten af de organisatoriske ændringer med udgangspunkt i "multikontingensteorien" (Burton et al., 2020; Burton and Obel, 2004), som tidligere er fundet velegnet til at analysere sammenhængen mellem organisationsdesign og patient outcome (Møllekær et al., 2018). På den måde ønsker vi at skabe mere detaljeret viden om håndtering af pandemier i det danske sundhedsvæsen sådan, at det der landede som en negativ sort svane forvandles til en positiv sort svane, der sætter afdelingerne i stand til at skifte mellem forskellige organiseringer ved ændrede behov. En sådan viden vil ikke kun være værdifuld i forbindelse med



håndtering af pandemier, men vil også være væsentlig i forbindelse med generel organisering af akutafdelinger i fremtiden med patientsikkerhed og behandlingskvalitet i fokus, da den danner grundlag for at håndtere uforudsete hændelser på en professional måde. Dette være sig i forhold til organisering, bemanning og mikrotilpasninger til imødegåelse af ubalancer i tilfælde af et højt patientflow, eksempelvis under kriseberedskabssituationer. Ved at analysere de organisatoriske og ledelsesrelaterede ændringer i Region Midtjylland ønsker vi at skabe viden, der fremadrettet kan bidrage til prioritering af organisatoriske tiltag på hospitalerne.



TEORI

I dette afsnit vil de forskellige teoretiske nøglebegreber, der anvendes i rapporten, blive beskrevet.

ORGANISATIONSDESIGN

Forskning i sammenhæng mellem organisationsdesign og målopfyldelse viser, at ca. 30 pct. af variationen i målopfyldelse skyldes forskelle i det organisatoriske design. Det gælder for private såvel som for offentlige organisationer (Burton o.a., 2020).

En organisations arbejde kan ses som et informationsbehandlingssystem; det vil sige at observere, transmittere, analysere, forstå, beslutte, lagre information for at kunne løse sine opgaver og for at koordinere og kontrollere sine aktiviteter (Burton o.a., 2020). Eksempelvis vil en akutafdeling indhente og analysere informationer om patienternes tilstand for at beslutte, hvilke patienter, der har behov for at blive set først. En organisations opgave vil også være opdelt i mindre opgaver, der skal koordineres for at løse den store opgave, og denne koordination kræver informationsudveksling.

Organisationer er mere effektive, når der er et match mellem det krav til informationsbehandling, som organisationen står over for, og informationskapaciteten i organisationens design (Galbraith, 1973; Burton o.a., 2020). Informationskapaciteten kan være mennesker, der indhenter og behandler information, men det kan også være forskellige medier, der faciliterer information såsom IT-systemer.

Usikkerhed og kompleksitet skaber behovet for informationsbehandling i en organisation. Jo større opgavens usikkerhed er, desto større er kravet til informationsbehandling (Galbraith, 1973). Ligeledes jo større indbyrdes afhængighed, der er mellem opgaverne, jo mere informationskapacitet er nødvendig. Den traditionelle brug af hierarkisk beslutningstagning (Galbraith, 1973) kan kun håndtere en begrænset usikkerhed. For en detaljeret beskrivelse af det danske akutsystem ud fra et informationsbehandlingsperspektiv, se (Duvald, Konzak og Obel, 2021).

DEFINITION AF EN SORT SVANE

Sorte svaner er usædvanligt uforudsigelige begivenheder med enorme konsekvenser for det menneskelige samfund. De kan enten være positive (fx opfindelsen af internettet og opdagelsen af antibiotika) eller negative som recessionen i 2008 eller COVID-19-pandemien (Grandori, 2020; Taleb, 2010). Hvad der karakteriserer sorte svane-begivenheder er, at de er utænkelige eller utænkelige for visse aktører i en bestemt sammenhæng.

ORGANISATORISK MODSTANDSDYGTIGHED

Konceptet organisatorisk modstandsdygtighed stammer fra de fysiske videnskaber, hvor det refererer til fysiske systemers kapacitet til at returnere til deres originale form efter en forstyrrelse (Norris et al., 2008). Konceptet blev efterfølgende anvendt inden for de økologiske videnskaber, hvor det blev brugt til at referere til et økosystems evne til at absorbere chok samtidig med, at det fortsatte med at fungere (Folke, 2006; Holling, 1973). Denne tidlige konceptualisering af modstandsdygtighed som



et systems evne til at hoppe tilbage efter en forstyrrelse er blevet omtalt som teknisk modstandsdygtighed, idet den var baseret på et ”maskine”-syn på systemer med simple årsags- og virkningsdynamikker. Modstandsdygtighed er imidlertid senere anvendt på sociale systemer – anerkendt som komplekse adaptive systemer. Denne anvendelse indeholder et syn på modstandsdygtighed, der involverer tilpasning og transformation af systemer gennem opståelse af nye strukturer i form af politikker, processer og organisationskultur, som sætter organisationer i stand til at fortsætte med at udføre deres funktioner i forbindelse med udfordringer (Pickett et al., 2004; Pike et al., 2010). Organisatorisk modstandsdygtighed kan defineres som:

“Vedligeholdelse af positive tilpasninger under udfordrende betingelser, så organisationen kommer ud af disse betingelser styrket og mere ressourcestærk” (Vogus and Sutcliffe, 2007).

Generelt refererer modstandsdygtighed således til et systems evne til at fortsætte med at præstere og opfylde sine mål på trods af udfordringer. Der er bred enighed om, at udtrykket organisatorisk modstandsdygtighed opnås gennem en kombination af at absorbere de udfordringer, som organisationen står overfor, og ændre sig ved at tilpasse og transformere sig, så den fortsat trives trods udfordringerne. De faktorer, der har indflydelse på organisationers modstandsdygtighed, er materielle ressourcer, beredskab og planlægning, informationsstyring, sikkerhedssystemer og redundans, styringsprocesser, ledelsespraksis, organisationskultur, menneskelig kapital samt sociale netværk og samarbejde. Faktorerne vil herunder kort blive beskrevet.

MATERIELLE RESSOURCER

Tilstedeværelsen af materielle ressourcer anses for en væsentlig faktor for organisatorisk modstandsdygtighed (Felland et al., 2003; Lembani et al., 2015, 2014; McManus et al., 2007; Pal et al., 2014). Når materielle ressourcer anvendes strategisk, kan organisationer klare afbrydelser. Finansielle ressourcer anses også som nødvendige for at mobilisere andre nødvendige ressourcer under kriser, hvorfor en organisations finansielle status er en vigtig faktor i forhold til dens modstandsdygtighed.

BEREDSKAB OG PLANLÆGNING

Modstandsdygtighed over for akutte chok opnås, modsat hverdagens udfordringer, gennem passende planlægning (Beermann, 2011; Heese et al., 2013; McManus et al., 2007). Eksempelvis udvikler og tester beredskabet beredskabsplaner i tilfælde af store ulykker for at sikre, at sygehusene kan fortsætte deres kerneopgaver til trods for, at mange mennesker kommer alvorligt til skade på én gang (fx togulykker og flystyrt). Det er også bevist, at graden hvormed organisationer planlægger en fortsat forsyning af vigtige varer og service i forbindelse med kriser, bidrager til dens modstandsdygtighed (McManus et al., 2007). Organisationer kan forberede sig på kriser ved at øve forskellige scenarier (pseudo-krisesituationer) (Lapao et al., 2015).



INFORMATIONSSTYRING

Organisatorisk modstandsdygtighed er endvidere afhængig af, hvordan information styres og bliver brugt (Ager et al., 2015; Andrew et al., 2016; Hassall et al., 2014; Kachali et al., 2011; Mafabi et al., 2013; McManus et al., 2007). Et tydelig informationsflow er nødvendigt for at sikre en hurtig og effektiv respons på udfordringer (Lapao et al., 2015). Videnledelse inkluderer sikring af, at strategier, organisatoriske mål og præstationer kommunikeres effektivt rundt i organisationen. Desuden bør organisationer proaktivt overvåge, hvad der sker i deres omverden. Det kan ske gennem aktiviteter som vurdering af konkurrencer, markedsundersøgelser samt politisk og lovgivningsmæssig årvågenhed (Stephenson et al., 2010). En sådan situationsbevidsthed afhænger af organisationens opfattelse og forståelse for dens omverden (McManus et al., 2008). Situationsbevidsthed er karakteriseret ved en stor forståelse for de faktorer, som udløser kriser, minimumskrav til driften og tilstedeværelsen af interne og eksterne ressourcer. Identifikation af tidlige advarselssignaler, der går forud for en krise, kan opfanges ved at overvåge og rapportere omkring det interne og eksterne miljø (Lapao et al., 2015).

SIKKERHEDSSYSTEMER OG REDUNDANS

Sikring af, at organisationen har flere forskellige alternative manøvreringsmuligheder i tilfælde af forstyrrelser og udfordringer med at følge en vej mod målopfyldelse, giver også modstandsdygtighed (Ager et al., 2015; Felland et al., 2003; Lembani et al., 2015, 2014; McManus et al., 2008; Stephenson et al., 2010; Zhong et al., 2014). Alternative veje til at opnå de samme mål er også det, der karakteriserer funktionerne i komplekse adaptive systemer (Marion, 1999). Modstandsdygtighed inkluderer således ekstra komponenter eller ressourcer, som ikke er strengt nødvendige for at fungere, men som kommer til deres ret i tilfælde af fejl i andre komponenter eller ressourcer (Sheffi et al., 2005).

STYRINGSPROCESSER

Ligeledes har styringsprocesser vist sig at influere organisationers modstandsdygtighed, både ved akutte og hverdagsudfordringer (Ager et al., 2015; Booher and Innes, 2010; McKenzie et al., 2015; Olsson et al., 2004; Stephenson et al., 2010). Her bruges ledelse om regler og processer, der styrer organisationens drift og andre anliggender (Brinkerhoff and Bossert, 2014). Forskellige styringspraksis har vist sig at være kritiske for organisatorisk modstandsdygtighed. Den første er *decentralisering*, hvor modstandsdygtige organisationer antager en form for ledelse karakteriseret ved distribueret kontrol, frem for et top down-hierarki (Ager et al., 2015; Booher and Innes, 2010; Olsson et al., 2004; Stephenson et al., 2010). Dette giver systemer mulighed for at være mere tilpasningsdygtige til ændringer i omverdenen. Ved at uddelegere til lokale aktører opnås den nødvendige fleksibilitet, som faciliterer et rettidigt svar på både hverdagsudfordringer og udfordringer i forbindelse med en krise (Ager et al., 2015; Booher and Innes, 2010; Olsson et al., 2004; Stephenson et al., 2010). En anden ledelsespraksis, som adskiller modstandsdygtige organisationer fra ikke-modstandsdygtige organisationer er, at de ikke foretager lineær planlægning, men derimod giver mulighed for feedback-loops mellem forskellige faser (fx redefinerings af problemer baseret på drøftelser og vurderinger af tidligere indgreb) eller gennem løbende vurderinger af problemer og løsninger (Booher and Innes, 2010). Modstandsdygtige organisationer praktiserer også *deliberativt demokrati* frem for repræsentativt demokrati (Booher and Innes, 2010; Hassall et al., 2014; Mafabi et al., 2013; McKenzie et al., 2015;



Stephenson et al., 2010). Forskellen består i, at deliberativt demokrati ikke udelukkende anvender afstemninger som beslutningsgrundlag, men benytter demokratiske principper, der giver aktørerne beføjelser samt opbygger tillid, motivation og engagement (Booher and Innes, 2010; Hassall et al., 2014; Stephenson et al., 2010). Et deliberativt demokrati er transparent i processer og beslutninger, især gennem turbulente perioder, hvilket giver større modstandsdygtighed (Herrfahrtd-Paehle and Pahl-Wostl, 2012). En anden ledelsesmæssig funktion, der har indflydelse på organisationers modstandsdygtighed er graden af koordination mellem forskellige funktioner og organisatoriske enheder (Booher and Innes, 2010; McKenzie et al., 2015; McManus et al., 2008). En effektiv koordinering forhindrer duplikering af indsats og spild af ressourcer (McKenzie et al., 2015). Koordinering modvirker desuden silotænkning, hvorved effektiviteten og effiensen øges samtidig med, at begrænsninger og ledelsesmæssig usikkerhed reduceres (McKenzie et al., 2015; McManus et al., 2008).

LEDELSESPRAKSIS

Ledelsesstilen er også vigtig i forbindelse med organisatorisk modstandsdygtighed (Ager et al., 2015; Beermann, 2011; Felland et al., 2003; Hassall et al., 2014; Kachali et al., 2011; Lembani et al., 2015; McManus et al., 2007; Pal et al., 2014; Seville et al., 2008; Walker et al., 2014). Det gælder eksempelvis i forhold til at skabe en klar og delt vision (Booher and Innes, 2010; Kachali et al., 2011; McManus et al., 2008). Ved at have en fælles vision skabes et fokuspunkt, som stimulerer samarbejde blandt medarbejderne omkring udfordringer og kriser. Ledelsesmæssig synlighed og tilgængelighed bidrager ligeledes til en modstandsdygtig organisation (McManus et al., 2007). Endvidere en inkluderende beslutningstagning med inddragelse af relevante interessenter, da det opbygger tillid og bemyndiger, motiverer og skaber engagement blandt medarbejdere og andre interessenter (Booher and Innes, 2010; Lembani et al., 2015; McManus et al., 2008; Pal et al., 2014). En undersøgelse har vist, at organisationer med transparente og inkluderende ledere er mere modstandsdygtige sammenlignet med mindre transparente og inkluderende ledere (Pal et al., 2014). Det har desuden vist sig, at ledere, der udøver en kompleks, frem for en kontrollerende og anvisende, ledelsesstil, medierer og faciliterer medarbejderens handlinger gennem skabelse af støttende betingelser og interaktioner (Booher and Innes, 2010).

ORGANISATIONSKULTUR

To kulturelle fremgangsmåder har vist sig at være nøglen til organisatorisk modstandsdygtighed: Holdning over for udfordringer (Sawalha, 2015; Walker et al., 2014) samt lederens og andre ansattes evne til at anskue udfordringer fra et opportunistisk perspektiv (McManus et al., 2007; Sawalha, 2015; Walker et al., 2014). Modstandsdygtige organisationer ser udfordringer som en mulighed for læring og bruger disse erfaringer til at udvikle kompetencer, der øger deres modstandsdygtighed (McManus et al., 2008; Sandanda, 2014; Walker et al., 2014). Endvidere har det vist sig, at organisationer, der har et kreativt arbejdsklima, hvor de ansatte motiveres til at generere ideer, er mere modstandsdygtige. Organisationer kan derfor styrke deres modstandsdygtighed ved at styrke kreativiteten, give tid og ressourcer til at eksperimentere, belønne innovation, tolerere fejl og skabe en atmosfære, hvor de ansatte tør dele nye ideer (Mafabi et al., 2013; Stephenson et al., 2010).



MENNESKELIG KAPITAL

At have et passende antal menneskelige ressourcer og de nødvendige færdigheder er en kritisk faktor for organisatorisk modstandsdygtighed. Ud over antal og færdigheder er det imidlertid også nødvendigt at sikre sig, at medarbejderne er tilstrækkeligt motiverede og engagerede i forhold til organisationens mål (Ager et al., 2015; Felland et al., 2003; Hassall et al., 2014; Lembani et al., 2014; Walker et al., 2014). En måde at sikre, at medarbejderne er motiverede og engagerede, er ved at prioritere, at de føler sig godt tilpas i organisationen (Pal et al., 2014; Walker et al., 2014). Det kan ske gennem skabelsen af et positivt socialt miljø, hvor medarbejderne har frihed til at give udtryk for deres følelser og til at dele information. Det betyder, at lederen skal give medarbejderne de nødvendige ressourcer til at udføre arbejdet, lytte aktivt til dem samt holde øje med og adressere skiftende arbejdspress på medarbejderne samt være fleksibel omkring medarbejdernes behov (Walker et al., 2014). Tilsvarende har det vist sig, at medarbejdernes engagement falder, når lederen mangler følelsesmæssig intelligens. Arbejdsmæssigt engagement kan defineres som *“en opfyldende, positiv, arbejdsrelateret sindsmæssig tilstand, der er karakteriseret ved dedikation og vigør”* (Macey and Schneider, 2008). I organisationer med høj medarbejderengagement og dedikation er der fokus på organisationens behov, også i tilfælde af kriser (Walker et al., 2014).

SOCIALE NETVÆRK OG SAMARBEJDE

Hvor godt organisationer etablerer og udnytter deres netværk er afgørende for deres modstandsdygtighed (Ager et al., 2015; Andrew et al., 2016; Beermann, 2011; Booher and Innes, 2010; Felland et al., 2003; Kachali et al., 2011; Lapao et al., 2015; McManus et al., 2008; Nyikuri et al., 2015; Seville et al., 2008), idet sociale netværk skaber muligheder for øget mobilisering og overførsel af viden samt spredning af innovation (Moore and Westley, 2011). Samarbejde mellem organisationer i et netværksmiljø øger også de ressourcer, der kan trækkes på, mulighed for læring, og kapacitet til at reagere (Andrew et al., 2016; Walker et al., 2014).

REFERENCER

- Aarhus Universitetshospital, 2021a. AUH i tal [WWW Document]. URL <https://www.auh.dk/om-auh/fakta-om-auh/auh-i-tal/>
- Aarhus Universitetshospital, 2021b. Mission, Vision og Værdier [WWW Document]. URL <https://www.auh.dk/afdelinger/Lever-Mave-og-Tarmsygdomme/til-fagfolk/om-afdelingen/mission-vision-og-varudier/> (accessed 9.30.21).
- Abildlund, A., 2020. Danske forskere: Risikoen for pandemier øges muligvis af klimaforandringer og naturødelæggelser [WWW Document]. Videnskab.Dk. URL <https://videnskab.dk/naturvidenskab/risikoen-for-pandemier-oeges-muligvis-af-klimaforandringer-og-naturoedelaeggelser>



- Ager, A.K., Lembani, M., Mohammed, A., 2015. Health service resilience in Yobe state, Nigeria in the context of the Boko Haram insurgency: a systems dynamics analysis using group model building. *Conflict and Health* 9–30. doi:10.1186/s13031-015-0056-3
- Andrew, S., Arlikatti, S., Siebeneck, L., Pongponrat, K., Jaikampan, K., 2016. Sources of organisational resiliency during the Thailand floods of 2011: a test of the bonding and bridging hypotheses. *Disasters* 40. doi:10.1111/disa.12136
- Baron, C.K., 2021. Du kan lige så godt vænne dig til pandemier, krig og krise [WWW Document]. Information. URL <https://www.information.dk/debat/2020/05/kan-alt saa-lige-saa-godt-vaenne-pandemier-krig-krise>
- Beermann, M., 2011. Linking corporate climate adaptation strategies with resilience thinking. *Journal of Cleaner Production* 19, 836–842. doi:10.1016/j.jclepro.2010.10.017 18
- Beredskabsstyrelsen, 2019. Retningslinjer for krisestyring, Retningslinjer for krisestyring.
- Bhamra, R., Dani, S., Burnard, K., 2011. Resilience: The concept, a literature review and future directions. *International Journal of Production Research* 49, 5375–5393. doi:10.1080/00207543.2011.563826
- Booher, D.E., Innes, J.E., 2010. Governance for Resilience: CALFED as a Complex Adaptive Network for Resource Management. *Ecology and Society* 15, 35.
- Brinkerhoff, D.W., Bossert, T.J., 2014. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy & Planning* 26, 685–693. doi:10.1093/heapol/czs132
- Burton, R.M., Obel, B., 2004. *Strategic Organizational Diagnosis and Design: The Dynamics of Fit*, 4th. ed. Springer Science & Business Media.
- Burton, R.M., Obel, B., Håkonsson, D.D., 2020. *Organizational Design: A Step-by-Step Approach*, 4th. ed. Cambridge University Press.
- Burton, R.M., Obel, B., Håkonsson, D.D., 2015. *Organizational Design: A Step-by-Step Approach*, 3rd edit. ed. Cambridge University Press.
- Christensen, J.G., Askim, J., Gyrd-Hansen, D., Madsen, H.B., Østergaard, L., 2021. Håndteringen af COVID-19 i foråret 2020.
- Danmarks nationale pandemiplan, Del 1 & Del 2, 2013.
- Duvald, I., Konzag, H., Obel, B. (2021). Organisationsdesigns betydning for kvaliteten af patientbehandling. *Økonomi & Politik*, 94(3).
- Felland, L.E., Lesser, C.S., Staiti, A.B., Katz, A., Lichiello, P., 2003. The resilience of the health care safety net, 1996-2001. *Health Services Research Journal* 38, 489–502. doi:10.1111/1475-6773.00126
- FN, 2020. Vi står over for en tidsalder med menneskeskabte pandemier [WWW Document]. URL <https://unric.org/da/vi-star-over-for-en-tidsalder-med-menneskeskabte-pandemier/>
- Folke, C., 2006. Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses. *Global Environmental Change* 16, 253–267. doi:10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002
- Grandori, A., 2020. Black Swans and Generative Resilience. *Management and Organization Review* 16, 495–501. doi:10.1017/mor.2020.31



- Hassall, M.E., Sanderson, P.M., Cameron, I.T., 2014. Industry Perspectives on Organisational Resilience, in: RISK Conference Brisbane, Australia. pp. 28–30.
- Heese, M., Kallus, W., Kolodej, C., 2013. Assessing Behaviour towards Organizational Resilience in Aviation, in: 5th REA Symposium Managing Trade Offs. pp. 67–74.
- Herrfahrdt-Paehle, E., Pahl-Wostl, C., 2012. Continuity and Change in Social-ecological Systems: the Role of Institutional Resilience. *Ecology and Society* 17, 8. doi:10.5751/ES-04565-170208
- Holling, C.S., 1973. Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology, Evolution, and Systematics* 4, 1–23. doi:10.1146/annurev. es.04.110173.000245
- Kachali, H., Stevenson, J.R., Whitman, Z., Seville, E., Vargo, J., Wilson T., 2011. Organisational Resilience and Recovery for Canterbury Organisations after the 4 September 2010 Earthquake. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies* 1, 11–19.
- Knudsen, H., Bennetsen, P., 2020. *Organisatorisk evaluering af Region Sjællands håndtering af COVID-19*.
- Krisestyringsorganisation og indsatsplan for CBRNE-hændelser (AUH, Horsens, Vest, Randers, Viborg).
- Lapao, L.V., Silva, A., Pereira, N., Vasconcelos, P., Conceicao, C., 2015. Ebola impact on African health systems entails a quest for more international and local resilience: the case of African Portuguese speaking countries. *Pan African Medical Journal* 22, 1–15. doi:10.11694/pamj.supp.2015.22.1.6653
- Lembani, M., Mohammed, A., Abdulwahab, A., 2015. A Case Study of Maternal Health Service Provision in OR Tambo District, Eastern Cape, in the Context of Chronic Poor Health Performance.
- Lembani, M., Mohammed, A., Abdulwahab, A., 2014. A Case Study of Technical Assistance to HIV Services in Cote d’Ivoire in the Context of Civil Unrest Following the Disputed Presidential Election of 2010.
- Macey, W.H., Schneider, B., 2008. The meaning of employee engagement. *Industrial and Organizational Psychology* 1, 3–30. doi:10.1111/ j.1754-9434.2007.0002.x
- Mafabi, S., Munene, J.C., Ahiauzu, A., 2013. Organisational Resilience: Testing the Interaction Effect of Knowledge Management and Creative Climate. *Journal of Organizational Psychology* 13, 70–82.
- Marion, R., 1999. *The Edge of Organization: Chaos and Complexity Theories of Formal Social Systems*. Sage Publications, London, UK.
- McKenzie, A., Abdulwahab, A., Sokpo, E., 2015. Building a Resilient Health System: Lessons from Northern Nigeria (No. 454), IDS.
- McManus, S., Seville, E., Brunson, D., Vargo, J., 2007. Resilience Management: A Framework for Assessing and Improving the Resilience of Organisations. *Resilient Organisations*.
- McManus, S., Seville, E., Vargo, J., Brunson, D., 2008. Facilitated Process for Improving Organizational Resilience. *Natural Hazards Review* 9, 81–90. doi:10.1061/(ASCE)1527-6988(2008)9:2(81)



- Møllekær, A., Duvald, I., Obel, B., Madsen, B., Eskildsen, J., Kirkegaard, H., 2018. The organization of Danish emergency departments. *European Journal of Emergency Medicine*. doi:10.1097/MEJ.0000000000000554
- Moore, M.L., Westley, F., 2011. Surmountable chasms: networks and social innovation for resilient systems. *Ecology and Society Soc* 16, 5.
- Norris, F.H., Stevens, S.P., Pfefferbaum, B., Wyche, K.F., Pfefferbaum, R.L., 2008. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American Journal of Community Psychology* 41, 127–150. doi:10.1007/s10464-007-9156-6
- Nyikuri, M., Tsofa, B., Barasa, E., Okoth, P., Molyneux, S., 2015. Crises and Resilience at the Frontline – Public Health Facility Managers under Devolution in a Sub-County on the Kenyan Coast. *PLoS One* 10. doi:10.1371/journal.pone.0144768
- Olsson, P., Folke, C., Berkes, F., 2004. Adaptive comanagement for building resilience in social-ecological systems. *Journal of Environmental Management* 34, 75–90. doi:10.1007/s00267-003-0101-7
- Pal, R., Torstensson, H., Mattila, H., 2014. Antecedents of organizational resilience in economic crises – an empirical study of Swedish textile and clothing SMEs. *International Journal of Production Economics*. doi:10.1016/j.ijpe.2013.02.031
- Pickett, S.T.A., Cadenasso, M.L., J.M., G., 2004. Resilient cities: meaning, models, and metaphor for integrating the ecological, socio-economic, and planning realms. *Landscape and Urban Planning* 69, 369–384. doi:10.1016/j.landurbplan.2003.10.035 11
- Pike, A., Dawley, S., Tomaney, J., 2010. Resilience, adaptation and adaptability. *Cambridge Journal Regions Economy Society* 3, 59–70. doi:10.1093/cjres/rsq001
- Randers, R., 2018. Om os – information om Regionshospitalet Randers [WWW Document]. URL <https://www.regionshospitalet-randers.dk/om-os/> (accessed 9.1.21).
- Region Midt, 2020. Nøgletal – Hospitalsenhed Midt [WWW Document]. URL <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/om-os/nogletal/> (accessed 9.16.21).
- Region Midtjyllands Sundhedsberedskabsplan, 2018.
- Region Nordjylland, 2020. *Evaluering af Region Nordjyllands håndtering af COVID-19 pandemien*
- Regionshospitalet Horsens, 2021. Nøgletal for Regionshospitalet Horsens [WWW Document]. URL <https://www.regionshospitalet-horsens.dk/om-os/virksomhedsgrundlag/nogletal/> (accessed 9.17.21).
- Sandanda, M., 2014. What determines the resilience of retail business in an unstable business environment? Evidence from Harare Province. *Business Review* 2, 97–105.
- Sawalha, I.H., 2015. Managing adversity: understanding some dimensions of organizational resilience. *Management Research Review* 38, 346–366. doi:10.1108/MRR-01-2014-0010
- Seville, E., Brunson, D., Dantas, A., Le Masurier, J., Wilkinson, S., Vargo, J., 2008. Organisational resilience: Researching the reality of New Zealand organisations. *Journal of Business Continuity and Emergency Planning* 2, 258–266.
- Sheffi, Y., Rice, J.B., Jr, A., 2005. Supply Chain View of the Resilient Enterprise. *MIT Sloan Management Review* 47, 41–48.



- Stephenson, A., Seville, E., Vargo, J., Roger, D., 2010. Benchmark Resilience: A study of the resilience of organizations in the Auckland region. *Resilient Organizations* 1–49.
- Sundheds og Ældreministeriet, 2016. Nationale mål for sundhedsvæsenet.
- Sundhedsstyrelsen, 2020a. Håndtering af kapacitet til COVID-19 i sygehusvæsenet. Regionernes planlægning og national koordinering.
- Sundhedsstyrelsen, 2020b. Retningslinjer for håndtering af ny coronavirus ”2019-nCoV” #2.
- Sundhedsstyrelsen, 2020c. Tillæg til Sundhedsstyrelsens retningslinje vedrørende håndtering af ”ny coronavirus”#2b 68, 1–12.
- Sundhedsstyrelsen, 2020d. Retningslinjer for håndtering af COVID-19#3.
- Sundhedsstyrelsen, 2020e. Retningslinjer for håndtering af COVID-19#4.
- Sundhedsstyrelsen, 2020f. Retningslinjer for håndtering af COVID-19 #5.
- Sundhedsstyrelsen, 2020g. Retningslinjer for håndtering af COVID-19 #7.
- Sundhedsstyrelsen, 2020h. Retningslinjer for håndtering af COVID-19#6.
- Sundhedsstyrelsen, 2020i. Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet #10.
- Taleb, Nn.N., 2010. *The Black Swan: The impact of the highly improbable*, 2nd ed. New York, NY: Random House.
- Vest, R., 2021. Om os [WWW Document]. URL <https://www.vest.rm.dk/om-hospitalet/> (accessed 9.21.21).
- Virtuelle nyheder
- <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Corona/Strategi-for-COVID-19.ashx?la=da&hash=067BF6AF0A95D88B3E0A329ABB3C8935E12DDDF>
- https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/02_27_foerste-tilfaelde-af-ny-coronavirus-i-dk
- <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>
- https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2020/COVID-19-i-Danmark_-Epidemiens-foerste-bo-elge_-Status-og-Strategi_-Version-23_-marts-2020.ashx?la=da&hash=263A3D8EAB851F406EAA6DA81D6EA91A64F1A087
- <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/nyheder/meddelelser-generelt/oeget-elektiv-aktivitet/>
- Vogus, T.J., Sutcliffe, K.M., 2007. Organizational resilience: towards a theory and research agenda, in: ISIC. IEEE International Conference. doi:10.1109/ ICSMC.2007.4414160
- Walker, B., Nilakant, V., Baird, R., 2014. Promoting Organisational Resilience through Sustaining Engagement in a Disruptive Environment: What are the implications for HRM? *Research Forum* 1–20.
- Zhong, S., Hou, X.Y., Clark, M., 2014. Disaster resilience in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in Shandong Province, China. *BMC Health Services Research*. doi:10.1186/1472-6963-14-135