

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Krisstöd till sjukvårdspersonal under Coronapandemin
- krishanterares arbetssätt under en utdragen krissituation

Hanna Lesauvage

Skriftligt specialarbete
Masteruppsats i psykologi
15 poäng
Kurskod PX2502
Vårterminen 2022
Handledare: Christian Jacobsson

Krisstöd till sjukvårdspersonal under Coronapandemin

- krishanterares arbets sätt under en utdragen kris situation

Hanna Lesauvage

Sammanfattning: Syftet med studien var att fördjupa kunskapen om tillämpning och anpassning av arbets sätt samt metoder för krisstöd gentemot hälso- och sjukvårdspersonal under en pågående, utdragen kris situation. Studien hade en kvalitativ och explorativ ansats. 10 semistrukturerade intervjuer genomfördes med krishanterare som arbetat på fem akutsjukhus i en storstadsregion i Sverige med krisstöd för chefer och medarbetare under Covid-19-pandemin. En induktiv tematisk analys gjordes. Analysen visade att det krävdes ett särskilt utforskande arbets sätt i den specifika kontexten för att nå sjukvårdspersonalen, som upplevdes som en mindre hjälpsökande målgrupp med stora behov av stöd, något som bekräftades i tidigare forskning. Ett arbets sätt med hög tillgänglighet, fysisk närvaro och aktivt uppsökande betonades. Krisstödet anpassades till behov på olika nivåer i organisationen och fungerade avlastande, stabiliserande, uthållighetsfrämjande, motivationshöjande och som bedömning av psykisk ohälsa samt stärkande av ledningsfunktioner. Stödet anpassades efter föränderliga behov under pandemins gång, där fokus initialt låg på stress- och oroshantering, därefter mer på upprätthållande av uthållighet och motivation och slutligen på tillbakablickande och lärdomar. Ett tema var strukturen för uppdraget, där en tydlig styrning framstod som väsentlig. Krishanterarna kom själva i olika grad att beröras av den samhälleliga krisen och ha olika behov av eget stöd under den långvariga insatsen.

Den 30 januari 2020 klassade WHO coronaviruset som ett internationellt hot mot människors hälsa. Dagen efter konstaterades det första fallet av sjukdomen covid-19 i Sverige. Successivt ökade smittspridningen. I mars 2020 begränsades allmänna sammankomster och det infördes besöksförbud på svenska äldreboenden (www.krisinformation.se). Parallellt ökade belastningen på sjukvården och dess personal. Det stod snart tydligt att behovet av stöd till hälso- och sjukvårdspersonalen var stort.

I en rapport av Klawitter (2021) som sammanfattar Falck Healthcares krisstödsinsats gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen i en storstadsregion i Sverige, beskrevs hur den aktuella regionen beslutade att använda sitt befintliga avtal för krisstöd som en av flera delar i att tillgodose medarbetarnas behov av stöd i den belastade situationen. Under pandemins första veckor fattades ett centralt beslut inom regionen om att det pandemirelaterade krisstödet skulle vara centralfinansierat, så att ingen enskild enhet skulle begränsa avrop av stöd på grund av kostnader för den enskilda enheten. Syftet med krisstödet var att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa hos medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården i samband med påfrestningar under pandemin. Sedan mars 2020 var krishanterare, det vill säga leg psykologer, leg psykoterapeuter och i vissa fall andra professioner specialiserade på krisstöd, stationerade och schemalagda initialt på tre och senare under hösten fem av akutsjukhusen i regionen. Det formulerade uppdraget för krishanterarna togs fram av regionledning och Falck Healthcare. Uppdraget kommunicerades både muntligen och skriftligen till krishanterarna. Uppdraget var som följer:

- Vara på plats på dagtid och vid skiftbyten.
- Ta kontakt med lokala chefer och planera för olika former av insatser.
- Vara synliga och finnas tillgängliga för kontaktskapande och kortare stödjande samtal i verksamhetens lokaler i nära anslutning till vårdlokaler: lunchrum, fikarum, personalrum, konferensrum och i andra former av slutna rum för enskilda samtal.

- Genomföra krisstödande samtal med medarbetare och chefer.
- Genomföra gruppsamtal med medarbetare, chefer och specifika yrkesgrupper.
- Vid behov ge återkoppling till lokala chefer i samförstånd med berörd medarbetare för vidare planering av individstöd.
- Ge återkoppling till högre chefer i verksamheten kring övergripande teman (Klawitter, 2021).

Till en början var det i första hand intensivvård, infektion och särskilda covidavdelningar som hade störst behov av krisstödsinsatser, enligt Klawitter (2021). Successivt utökades krisstödet till att omfatta även andra delar av sjukvården som var påverkade av pandemin, till exempel akutmottagningar, kirurgi, kvinnosjukvård, postoperativa avdelningar, urologi, hjärt-lungavdelningar, geriatrik etc. Utifrån en ungefärlig uppskattning beräknades 30% av hälso- och sjukvårdspersonalen på de avdelningar som bemannades av krishanterare ha tagit emot krisstödet i någon form under insatsens gång mellan mars 2020 och hösten 2021. Klawitter beskrev vidare att arbetsrelaterat krisstöd ofta handlar om att ge stöd och avlastning efter en dramatisk och potentiellt traumatiserande upplevelse och få hjälp att hantera situationen samt återgå i arbete. Krisstödet gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen bestod till stor del av detta, menade Klawitter, där medarbetarna i sjukvården i och med pandemin ställdes inför etiskt mycket svåra situationer och upplevelser av potentiellt traumatiserande karaktär och samtidigt befann sig i en situation med upplevd kontrollförlust och stark rädsla för egen och andras hälsa. En annan aspekt var belastningen, där krisstödet fungerade som ett stöd vid en extremt hög arbetsbelastning och resursbrister.

Coronapandemin - en annorlunda kris för sjukvården

Sjukvårdspersonal har till uppgift att dagligen hantera kritiska händelser och möta andra människor i kris. Långt ifrån alla dessa händelser är kritiska för sjukvårdspersonalen själva. Covid-19-pandemin var en annan sorts kris för sjukvården, där personalen också personligen var drabbade samtidigt som de arbetade mot ett helt samhälle i kris. Pandemin innebar en kraftigt ökad belastning på sjukvården med samtidig brist på resurser och tillräcklig kunskap. Samtidigt stod hälso- och sjukvårdspersonalens anhöriga och kollegor liksom sjukvårdspersonalen själva inför smittorisk eller blev sjuka i covid-19 med mer eller mindre allvarlig utgång. Nedan följer en redogörelse av forskning som visade på flera faktorer i denna annorlunda kris som påverkade hälso- och sjukvårdspersonalens arbets- och livssituation och därmed också behovet av stöd.

Frånvaron av anhöriga

Vanligen när sjukvårdspersonal möter andra människor i kris finns det anhöriga runt de drabbade. Detta skilde situationen under pandemin från andra kriser sjukvården hanterar. Enligt Frias et al. (2020) vårdade och stöttade hälso- och sjukvårdspersonal svårt sjuka och döende patienter, som inte kunde ha närvarande anhöriga i livets slutskede i den utsträckning som är vanligt, och därmed utöver sin vanliga vårdande roll också fick fungera som det närmsta stödet för patienterna. Artikelförfattarna belyste också att sjukvårdspersonalen samtidigt hade mindre socialt stöd för egen del på grund av social distansering och långa arbetspass och därav mindre tid med egna anhöriga och socialt nätverk utanför arbetet, vilket i sig för många var belastande.

Etisk stress och risk för trauma

Pandemin förde med sig situationer som aktiverade många etiska frågeställningar. Seligman et al. (2020) belyste i en studie hur hälso- och sjukvårdspersonal i och med pandemin

ställdes inför etiskt och moraliskt svåra ställningstaganden i form av bland annat beslut och prioriteringar av vården, som i sig kunde strida mot den egna etiken och vara traumatiserande.

I en studie bland intensivvårdspersonal från 85 olika länder under pandemin påvisades betydelsen av det upplevda etiska klimatet liksom hur beslutsfattandet upplevdes för den psykiska hälsan hos personalen (Azoulay et al., 2020). Svåra beslut kring vård behövde tas under pandemin bland annat i form av prioritering av vård och vårdinsatser ibland utan samtycke från patienten eller anhöriga. Beslutsfattandet liksom det etiska klimatet, det vill säga upplevelsen av hanterandet av etiskt svåra problem, visade på ett samband med depression, ångest och utmattning hos personalen, där det var högre risk för samtliga tillstånd vid upplevt sämre etiskt klimat och oetiskt beslutsfattande.

Händelser som för sjukvårdspersonal har visat sig vara kritiska och potentiellt traumatiserande innefattade enligt Cantu och Listy (2020) var bland annat händelser med en stor mängd offer, svårt sjuka barn och dödsfall. Dessa inträffar i en ordinarie akutsjukvård ungefär en gång i veckan. Covid-19 pandemin innebar dock en enorm ökning av dessa kritiska händelser enligt artikelförfattarna.

Belastning både privat och på arbetet

Pandemin innebar en kris på många nivåer inom sjukvården, inte minst för var och en av medarbetarna på ett personligt plan och flertalet studier belyste hur sjukvårdspersonalen hanterade krisen i sitt arbete samtidigt som den pågick i privatlivet. Bland annat en studie gjord i akutsjukvården i Australien (Digby et al., 2021) visade att sjukvårdspersonalen upplevde ångest, rädsla och ovisshet både när det gällde arbete, hem, familj och samhälle. Sådant som påverkade måendet uppgavs vara förändrade arbetsförhållanden, oro för patienter, personlig isolering och ovisshet och otydlig information både i samhället, från media och från ledning på arbetet. I en annan studie från akutsjukvården i Kina (Juan et al., 2020) rapporterade sjukvårdspersonalen både en rädsla för att själva bli smittade i arbetet och att bära hem smitta till familjen. Den hälso- och sjukvårdspersonal som hade barn eller äldre i hemmet upplevde dessutom en högre psykologisk stress och löpte högre risk att drabbas av utmattning än de utan, enligt en studie gjord i Kanadensisk sjukvård (Maunder et al., 2021).

Psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal

Pandemin innebar således en kris både i privatlivet och på arbetet med en kraftigt ökad belastning liksom stress för hälso- och sjukvårdspersonalen. Nedan följer en redogörelse av forskning kring hur hälso- och sjukvårdspersonalens hälsa påverkades under pandemin och vilka faktorer som ökade risken för stress och psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvårdspersonal en högriskgrupp

Arbetsrelaterad stress har visat sig ha tydliga samband med psykisk ohälsa (Kim et al., 2018). Enligt Han et al. (2016) liksom Kim et al. (2018) var risken för suicid redan innan pandemin högre för sjukvårdspersonal än för populationen i stort. Även enligt Dutheil et al. (2019) var suicid bland läkare i Europa, framför allt kvinnliga läkare, vanligare än för befolkningen i stort innan pandemin, även om det samtidigt skett en minskning av självmord bland läkare i Europa. Davis et al (2021) visade också på en högre andel suicid bland sjuksköterskor jämfört med befolkningen. Denna studie visade inte på en ökad andel suicid bland läkare jämfört med befolkningen.

När det gäller forskningen kring psykisk ohälsa hos sjukvårdspersonal relaterat till pandemin, så visade en studie av Zhou et al. (2020) att sjukvårdspersonal i och med pandemin löpte större risk att drabbas av psykisk ohälsa än gemene man. Mängden arbetstid var en faktor

som visade sig öka risken för psykisk ohälsa under pandemin (Zhou et al., 2020). Andra faktorer som visade på ett samband med utmattning hos sjuksköterskor var arbetsbelastning, mängden resurser, socialt stöd och upplevelsen av risk för smitta, där det var högre andel sjuksköterskor som led av utmattningssyndrom vid bristande resurser, hög belastning, bristande stöd och hög upplevd smittorisik (Manzano & Calvo, 2021). En studie av Zhang et al. (2020) som jämförde måendet hos sjukvårdspersonal med måendet hos icke sjukvårdspersonal i Kina under pandemin, visade på högre förekomst av insomni, depression, ångest och tvångstankar liksom tvångshandlingar hos sjukvårdspersonal under än innan pandemin. Enligt Que et al. (2020) ökade risken för psykisk ohälsa vid arbete som första linjens sjukvårdspersonal under pandemin. Flertalet studier bland annat Juan et al. (2020), Mattila et al. (2020), Shechter et al. (2020), Luceno-Moreno et al. (2020) och Azoulay et al. (2020) pekade på den ökade risken för psykisk ohälsa i och med mer direktkontakt med patienter i form av diagnostisering, behandling och omvårdnad. I flertalet studier skattade kvinnlig hälso- och sjukvårdspersonal högre för stress, ångest och depression under pandemin än manlig (Juan et al., 2020; Shechter et al., 2020; Luceno-Moreno et al., 2020; Azoulay et al., 2020). Samma studier visade att en större andel sjuksköterskor screenade positivt för akut stress, depressiva symptom och ångest än läkare. Shechter et al. (2020) och Luceno-Moreno et al. (2020) drog slutsatsen att detta var beroende av den större andel direktkontakter med patienter som sjuksköterskor hade jämfört med läkare i denna studie, vilket troligen ledde till fler potentiellt traumatiserande situationer och stress. Sammantaget ökade riskerna för psykisk ohälsa för hälso- och sjukvårdspersonal som var kvinnor, hade långa arbetspass, var sjuksköterskor, hade familjemedlemmar hemma som de oroade sig för skulle smittas, upplevde det som stor risk att själva bli sjuka (Luceno-Moreno et al., 2020), hade lägre socioekonomisk status samt var socialt isolerade (Luo et al., 2020).

En studie kring upplevd arbetsmiljö genomförd med all personal på ett stort universitetssjukhus i Göteborg i Sverige före pandemins början i oktober 2019 och därefter mitt under pandemin i september 2020, rapporterades sämre arbetsmiljö för de medarbetare som arbetade med covid-19-patienter än den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade med andra patienter. Även i denna studie hade kvinnor generellt sämre upplevd arbetsmiljö än män och högre ålder var förknippad med bättre upplevd arbetsmiljö (Jonsdottir et al., 2021). Även i en studie av Alexiou et al. (2021) från svensk sjukvård visade att sjuksköterskor var den yrkesgrupp som upplevde störst försämring av sin arbetsmiljö under pandemin jämfört med innan pandemin och jämfört med andra yrkesgrupper.

Ovanstående beskrivna studier visade alltså på att pandemin troligtvis kan ha bidragit till olika former psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal, en grupp som redan innan pandemin verkade löpa högre risk att drabbas. Nedan följer redovisning av forskning som undersökte vilka former av psykisk ohälsa och vilka symptom som specifikt verkade öka under pandemin.

Stress, PTSD, depression och ångest

I en amerikansk studie bland sjukvårdspersonal i New York undersöktes bland annat psykologisk stress under pandemin (Shechter et al., 2020). Studien genomfördes under 2020 i april, under en topp med många nyinsjuknade och inlagda patienter. Den visade att en stor andel 57% av personalen screenade positivt för akut stressreaktion, 48% för depressiva symptom och 33% för ångest. Liknande resultat rapporterades av Lai et al. (2020) i en studie gjord i Kina under våren 2020 där 34 olika sjukhus var inkluderade. I ytterligare en studie från Kina framkom att 38 % av sjukvårdspersonalen led av akut stressyndrom, 68% hade problem med irritabilitet och 51% rapporterade somatiska besvär så som bröstsmärta (Wang et al., 2021). I en annan kinesisk studie rapporterade en fjärdedel av sjukvårdspersonal att de hade psykologiska problem till följd av pandemin (Dong et al., 2020).

I Spanien, som drabbades mycket hårt av pandemin med stora sjuk- och dödstal, visade en studie att över hälften, 57% av hälso- och sjukvårdspersonal, som arbetat i covidvården uppvisade symptom på PTSD, 59% uppfyllde kriterierna för en ångestdiagnos, 46% för en depressionsdiagnos och 41% kände sig emotionellt utmattade (Luceno-Moreno et al., 2020). Liknande resultat återfanns i en studie gentemot sjukvårdspersonal i Indien i början av pandemin, där 44% led av antingen stress, ångest eller depression (Panse et al., 2021).

I en studie av Shechter et al. (2020) rapporterade nästan 75% av hälso- och sjukvårdspersonalen i New York, att de hade någon form av sömnproblem en månad efter traumatiserande händelse på arbetet i samband med pandemin. Artikelförfattarna drog slutsatsen att även om dessa symptom rapporterades inom en månad efter traumatiserande händelser och var förväntade och normala, så var sannolikheten för en stor andel med kvarvarande symptom på PTSD relativt stor, vilket artikelförfattarna menade påvisade vikten av insatser till sjukvårdspersonalen.

Skyddande faktorer och stödinsatser

Med tanke på de stora påfrestningar pandemin medförde, blev det också viktigt att se vilka faktorer som kunde skydda hälso- och sjukvårdspersonalen från psykisk ohälsa och vilka stödinsatser som erbjöds inom sjukvården. Nedan redogörs för forskning som pekade på några betydande faktorer som verkade skyddande mot psykisk ohälsa och forskning som redogjorde för stödinsatser tillämpade i sjukvården runt om i världen under pandemin.

Socialt stöd, återhämtning och resilience

Det finns en hel del forskning genomförd innan pandemin som visade på olika faktorer för återhämtning och motståndskraft vid kriser generellt. En studie utförd av Powley (2009) diskuterade förmågan hos individ och organisation att hantera en kris och hur den skulle kunna förbättras vid vissa förutsättningar. Bland annat antogs goda relationer och socialt nätverk kunna öka resilience och anpassningsförmåga vid kris. Enligt Powley kunde det lärande och den utveckling som kan komma av en kris skapa bättre beredskap för framtida påfrestningar. Flera studier betonade resilience som något betydande när det gäller förmågan att hantera och återhämta sig från svåra omständigheter. I en litteraturstudie genomförd av Foster et al. (2019) granskades forskning kring resilience hos sjuksköterskor. Foster beskrev resilience som en psykologisk motståndskraft, som innebar en positiv anpassning och återhämtning trots svåra omständigheter. Enligt Foster utgjordes denna motståndskraft av en blandning av personliga egenskaper, egenskaper i miljön och resurser. Resilience verkade också påverka både arbetsprestation och psykisk liksom fysisk hälsa hos sjuksköterskorna. En annan definition av resilience återfanns i Tugade och Fredrickson (2004), där det beskrevs som förmågan att återhämta sig efter negativa känslomässiga upplevelser genom en flexibel anpassning till föränderliga krav och stressfulla upplevelser.

Flera studier genomförda under pandemin lyfte också fram olika faktorer som verkade skyddande mot psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal. En studie av Maunder et al. (2021) visade att bland annat tillräcklig återhämtning genom sömn liksom upplevelsen av egenförmåga/self efficacy dvs tillit till den egna förmågan att hantera situationen fungerade skyddande mot psykisk ohälsa för hälso- och sjukvårdspersonal.

Enligt Frias et al. (2020) verkade resilience hos hälso- och sjukvårdspersonalen ha spelat stor roll för de hur hanterade den stress pandemin innebar. Frias et al. (2020) menade vidare att psykologiskt stöd till hälso- och sjukvårdspersonal skulle kunna öka motståndskraften i den påfrestande situationen som pandemin utgjorde. En studie från schweizisk sjukvård utförd av Juvet et al. (2021) pekade på möjligheterna att öka motståndskraft och därmed

anpassningsförmåga hos både individ och organisation genom att öka stödet dels till chefer, dels till medarbetargrupper eller team med syftet att förbättra och stärka kommunikation, konflikt- och problemlösningsförmåga liksom relationer och därigenom öka förmågan att hantera krisen som pandemin innebar.

I en studie om sjukvårdspersonalens mående under pandemin genomförd av Digby et al. (2021) lyftes psykologiskt stöd till medarbetare, stöd från chefer och sjukhusledning samt tydlig information fram som viktiga faktorer för att minska risken för psykisk ohälsa och öka motståndskraften hos personalen och stärka möjligheterna att kunna hantera den samhällsliga krisen. Också Walton, Murray och Christian (2020) pekade på vikten av ett gott ledarskap som en av flera faktorer som gynnade resilience både hos individ och organisation. Ett mänskligt och ödmjukt ledarskap, god kommunikation och information samt visad tillit till medarbetarnas förmåga eller så kallad empowerment verkade vara betydande komponenter i ett gott ledarskap under pandemin. Psykologiskt stöd till medarbetare lyftes som en annan viktig komponent, där detta kunde se olika ut beroende på kontext och individuella behov. Likaså kollegialt stöd och egenvård var viktiga faktorer (Walton, Murray & Christian, 2020).

Stödinsatser i sjukvården

I och med Covid-19-pandemins utbrott behövde sjukvården över hela världen snabbt hitta sätt att stödja hälso- och sjukvårdspersonalen. En av många hårt drabbade storstäder var New York. En studie från sjukvården i New York City genomförd av Wei et al. (2020) beskrev hur det under 2020 skapades lättillgängligt avlastande stöd både i grupp och individuellt för den mycket belastade personalen. En beteendevetenskaplig ”hot line” öppnades för psykologiskt stöd över telefon. Webinar kring hållbarhet, hälsa och sorg erbjöds personalen. Det skapades också särskilda rum för återhämtning. Det gjordes ronder på kritiska avdelningar för att följa medarbetarnas hälsa. Detta var några av de insatser som påbörjades för att minska risken för arbetsrelaterad psykisk ohälsa hos personalen.

En annan studie genomförd av Ripp, Peccoralo och Charney (2020) också gentemot hälso- och sjukvårdspersonal i New York beskrev att det också erbjöds yoga, mindfulness och musikterapi genom digitala kanaler, sociala digitala nätverk, grupper för debriefing, digitala stödgrupper med socionom eller psykolog, andligt stöd individuellt eller i grupp, individuellt samtalsstöd, telefonlinje för kollegialt stöd, personalstöd (EAP - Employee Assistance Program) psykologiskt och psykiatriskt långtidsstöd för individer, krisstöd dygnet runt, krisledning och fysiskt eller digitalt stöd till enheter inom sjukvården.

En studie beskrev hur det på ett stort amerikanskt sjukhus i början av pandemin infördes dagliga välmående-ronder (Malik et al., 2021). Dessa genomfördes av personal från en psykiatrienhet. Under ronderna gjordes bedömning av personalens psykiska status. All hälso- och sjukvårdspersonal erbjöds psykologisk första hjälpen. I samtal med chefer och andra vårdinstanser identifierades sårbara medarbetare, för att kunna erbjudas utökat stöd.

I Wuhan i Kina blev belastningen på hälso- och sjukvårdspersonalen tydlig mycket tidigt under pandemin och enligt en studie genomförd av Chen et al. (2020) gjordes det en plan för att kunna möta personalens behov av stöd. Online-kurser för att hjälpa personalen hantera vanliga psykologiska problem, en telefonlinje med ett team som gav sjukvårdspersonalen psykologisk vägledning och avlastning samt olika psykologiska gruppaktiviteter med syfte att minska stress erbjöds. Likaså i Spanien genomfördes insatser för att minska stress hos vårdpersonal. Rodríguez-Vega et al. (2020) genomförde en studie på ett mindfulnessbaserat krisstöd till sjukvårdspersonal, som visade på goda stressreducerande resultat för personalen.

På ett sjukhus i Wuhan startades tre olika team för att förebygga psykisk ohälsa hos personalen (Kang et al., 2020). Ett team med experter tog fram material och ramar för olika psykologiska interventioner, ett team bestående av psykiater deltog i olika medicinska och

psykologiska interventioner för personalen och ett tredje team som bestod av frivilliga som fått psykologisk utbildning bemannade en telefonlinje och gav psykologisk vägledning.

Lefèvre et al. (2021) beskriver i en artikel hur Frankrike tidigt drabbades hårt av pandemin och i och med detta togs ett program fram för att möta behov av stöd och förebygga psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal. Det skapades ett utrymme för avslappning, fysisk aktivitet och avlastande samtal som kallades "La Bulle de Port Royal" eller "The Bubble". Personal skulle bli mötta med empati, värme, lugn och ro i ett särskilt avsatt fredat utrymme. Informella samtal inleddes när sjukvårdspersonal kom till La Bulle där de fick berätta om sina behov och personal försökte tillgodose dessa. Möjligheter till avlastande samtal, avstressande aktiviteter, stöd och samvaro erbjöds. Det fanns mat, värme och lugnande musik. På detta sätt kunde även personal med vidare behov av stöd eller behandling fångas upp. La Bulle bemannades inte bara av psykiater eller psykologer utan också av andra professioner och tanken var i första hand inte en psykologisk bedömning, utan att erbjuda återhämtning och informella samtal i form av kollegialt utbyte, men också fånga upp sjukvårdspersonal med större behov (Lefèvre et al., 2021).

I en artikel beskrev Presti et al. (2020) hur ett stort universitetssjukhus i Milano satte samman olika evidensbaserade stressreducerande interventioner i moduler, så att sjukvårdspersonal skulle ha möjlighet att välja det stöd i den form som passade dem. Bland annat erbjöds information om egenvård och stressreduktion, mindfulnessövningar och mindfulnessbaserat psykoedukativt material för att öka kognitiv flexibilitet, psykologiskt stöd via en telefonlinje bemannad av psykoterapeuter, uppsökande stöd till sjukvårdspersonal i mer koordinerande ansvarsroller samt gruppinterventioner och debriefing till intensivvårdsavdelningar.

I Australien fanns tid att förbereda intensivvården inför anstormningen av svårt sjuka, då Australien drabbades något senare än många andra delar av världen. I en artikel av Poonian et al. (2020) beskrevs hur det inrättades bland annat ett psykosocialt drop-in stöd för vårdpersonal, för att nå den personal som hade särskild sårbarhet för psykisk ohälsa och de med bristande socialt nätverk i syfte att förebygga psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal.

Sammantaget visade flertalet studier med tydlighet att det fanns stora behov av stöd till hälso- och sjukvårdspersonal under pandemin. Flera studier betonade vikten av stressreducerande insatser och psykologiskt stöd för hälso- och sjukvårdspersonal, med tanke på de ökade risker pandemin medförde för psykisk ohälsa hos sjukvårdspersonal (Cantu & Listy, 2020; Digby et al., 2021; Maunder et al., 2021; Poonian et al., 2020; Shechter et al., 2020; Sho et al., 2021; Xiaoming et al., 2021). Det framgick emellertid inte i detalj vad dessa stressreducerande insatser bestod av.

Copingstrategier

Flera studier undersökte hälso- och sjukvårdspersonalens copingstrategier under pandemin. En studie genomförd av Cao et al. (2020) med sjukvårdspersonal på en klinik i Beijing undersöktes vilka copingstrategier personalen hade för att hantera stress. Den vanligaste strategin var att ringa eller ha videosamtal med sin familj. Även samtala med kollegor upplevdes som hjälpsamt. Andra strategier var samtal med psykolog genom en telefonlinje, sjunga, skriva dagbok, sporta etc. En del beskrev att de helst ville hantera sin stress själva snarare än genom samtal.

I en studie av Shechter et al. (2020) undersöktes likaså hälso- och sjukvårdspersonalens copingstrategier och upplevda behov av stödinsatser för att hantera stressen under pandemin. Vanligaste copingstrategin var fysisk aktivitet, därefter tro och andlighet, meditation, yoga och stödgrupper. Vid förfrågan om vilken form av stöd som var önskvärt uttrycktes någon form av

självhjälp men med tillgång till terapeut i första hand och i andra hand traditionell rådgivning eller samtalsterapi. I tredje hand önskades någon form av stödgrupp.

En studie av Wang et al. (2021) undersöktes känslomässig utmattning och copingstrategier hos sjukvårdspersonal i Wuhan, Kina, under pandemin. Att socialt dela sina upplevelser med andra visade sig kunna öka upplevelse av känslomässig utmattning. Däremot visade sig förändrade tankemönster eller kognitiv omstrukturering kunna ha en minskande effekt på känslomässig utmattning.

Stigmatisering och tveksamhet till stöd

Flera studier indikerade en ambivalens från hälso- och sjukvårdspersonalens sida i relation till psykosocialt stöd både innan och under pandemin. I en studie av Cantu och Listy (2020) undersöktes akutsjukvårdspersonals inställning till debriefing i samband med kritiska händelser strax före pandemins början. Det visade sig finnas önskemål om psykosocialt stöd från sjukvårdspersonalens håll då det erbjöds, men att det fortfarande var ett underanvändande av stödet, med tanke på att nästan hälften av personalen visade sig skatta på gränsen till eller över gränsen för ångest, utmattning och sekundär traumatisk stress. Även en studie av Wei et al. (2020) indikerade att det inom sjukvården och den medicinska traditionen redan innan pandemin verkade råda en problematisk kultur, som präglades av stoicism och stigmatisering av psykisk ohälsa, vilket ledde till att sjukvårdspersonal undvek att söka beteendevetenskaplig hjälp för sitt mående.

När det gäller stöd till sjukvårdspersonal under pandemin, så visade en studie av Malik et al. (2021) att sjukvårdspersonalen till en början uppvisade tveksamhet till att ta emot psykologiskt stöd. När den psykiatriska personalen ökade sin närvaro och tillgänglighet på enheterna, så ökade tillit och motivation att ta emot hjälp. Några studier tydde på att stödet behövde anpassas efter den specifika målgruppens önskemål och upplevda behov för att tas emot väl. Enligt Chen et al. (2020) visade sjukhuspersonalen ett motstånd mot stödet som organiserades under pandemin. Då gjordes en kompletterande studie för att utröna vad personalen önskade för stöd mer specifikt. Efter detta kompletterades stödinsatserna och utökades med bland annat särskilda återhämtningsrum för personalen, för att öka möjligheterna till regelbunden vila. Särskilda psykologiska vägledare besökte regelbundet återhämtningsrum och personalutrymmen för att ge möjlighet för personalen att avlasta sig efter svåra upplevelser (Chen et al., 2020). Också Shechter et al. (2020) lyfte vikten av att sjukvårdspersonalen bör kunna påverka typen av insatser utifrån egna önskemål och behov. Vidare betonade Santarone, McKenney och Elkbuli (2020) vikten av att kunna erbjuda olika former av psykologiska stödinsatser, eftersom det skulle kunna underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal att söka hjälp, då var och en skulle kunna välja den form av stöd de upplevde passade dem. Detta menade artikelförfattarna också skulle kunna minska stigma runt psykologiska interventioner för hälso- och sjukvårdspersonal.

Lärdomar från andra långdragna kriser

Pandemin var unik i sitt slag, men samtidigt kan lärdomar dras från andra utdragna kriser och utbrott av smitta. Jämförelser kan bland annat göras med Ebola och SARS och den påfrestning hälso- och sjukvårdspersonal utsattes för vid dessa utbrott. Enligt en studie genomförd av Wu et al. (2009) under SARS-epidemin rapporterade 10% av hälso- och sjukvårdspersonal i Kina symptom på posttraumatisk stress med ökande risk för posttraumatiska stresssymptom vid arbete på högriskavdelningar och för de med smittade anhöriga. Även studier från andra långdragna kriser indikerade ökad risk för psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal. En studie genomförd av Fullerton et al. (2013) i samband med en orkan i Florida 2004, visade att hög grad av exponering för händelsen ökade riskerna

för depression, PTSD och hög alkohol- och tobakskonsumtion hos hälso- och sjukvårdspersonal som arbetat i samband med en orkan.

Enligt en studie gjord av Cole et al. (2021) vid ebolautbrott i Sierra Leone erbjöds sjukvårdspersonal gruppbehandling som utgick från kognitiv beteendeterapi, vilket visade sig ha god effekt med minskade symptom på depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom.

I Kanada under utbrottet av SARS 2003 beskrevs liknande reaktioner och stödbehov hos hälso- och sjukvårdspersonal i en studie på ett kanadensiskt sjukhus av Maunder et al. (2003). Studien beskrev hur personalen erbjöds stöd av interna resurser från psykiatrin, men att det fanns motstånd hos viss personal att ta emot stöd från just interna resurser som sågs som kollegor. Externa resurser för stöd fick därför tas in. Ett drop-in center för psykologiskt stöd öppnades, men stängdes efter ett tag, då det inte användes av personalen. I stället öppnades ett center för återhämtning med lugnande musik, inredning för vila och tillgänglig mat. Mer senior personal agerade som förebilder i att aktivt söka sig till centret för återhämtning. En anonym telefonlinje upprättades också för psykologiskt stöd för personalen. Studien lyfte också vikten av ett tydligt och gott ledarskap samt tydlig och frekvent information. Betonades gjorde också vikten av återhämtande sömn, social gemenskap samt lagom nivå av stöd för att personalen skulle kunna använda sig att de fungerande copingstrategier de i många fall redan hade (Maunder et al. 2003).

Sammanfattningsvis kan sägas att tidigare forskning ingående har undersökt hur hälso- och sjukvårdspersonalens hälsa har påverkats av pandemin och beskrivit olika former av psykosociala stödinsatser som organiserats under pågående pandemi för att minska riskerna för arbetsrelaterad psykisk ohälsa. Att behovet av stöd till hälso- och sjukvårdspersonal under pandemin var stort råder inget tvivel om. Hur stödet skulle anpassas till den aktuella kontexten för att möta dessa behov i den okända situation som pandemin utgjorde framgick relativt lite av i aktuell forskning. Inte heller gavs mer detaljerade beskrivningar av vad som faktiskt gjordes inom ramen för de stödinsatser som nämns i forskningen. Ovanstående leder in på syfte och frågeställningar för den aktuella studien, som gör ett försök att besvara delar av dessa frågor.

Syfte och frågeställning

Syftet med den här studien var att fördjupa kunskapen om tillämpning och anpassning av arbetssätt och metoder för krisstöd gentemot medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården under en pågående och utdragen krissituation.

Den övergripande frågeställningen var: Hur anpassar krishanterare sina metoder i arbetet med att förebygga arbetsrelaterad psykisk ohälsa i samband med covid-19-pandemin hos medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården?

Metod

En kvalitativ och explorativ ansats valdes. 10 semistrukturerade intervjuer genomfördes. En induktiv tematisk analys gjordes av intervjumaterialet. Nedan presenteras genomförandet mer detaljerat.

Litteratursökning

Sökord som användes i olika kombinationer var: Emotional support, psychological support, hospital staff, healthcare workers, healthcare providers, covid-19, pandemic, critical incident, mental health support, exhaustion, resilience, debriefing. Det pågick vid tiden för denna studie annan forskning gällande olika former av stöd för svensk sjukvårdspersonal under pandemin, som ännu inte var publicerad och som därför inte inkluderades i litteraturoversikten för denna studie.

Urval

Utifrån de 28 krishanterare som hade tjänstgjort på fem akutsjukhus i en storstadsregion i Sverige under pandemin gjordes ett slumpmässigt urval på 12 deltagare. De flesta av de 28 krishanterarna var leg psykologer och/eller leg psykoterapeuter med olika grundutbildning, men det fanns också krishanterare med annan bakgrund och utbildning inom bland annat räddningskår, polis, organisations- och ledarskapsutveckling etc. Samtliga av de 28 krishanterarna hade flerårig erfarenhet av arbete med krisstöd i olika former samt arbetade som underleverantörer till Falck Healthcares krisstöd.

Urvalets storlek baserades på en sammantagen avvägning av hur många informanter som antogs krävas för att uppnå mättnad i materialet. Vid behov kunde ytterligare intervjuer genomföras efter hand, vilket inte blev nödvändigt eftersom mättnad uppstod. En krishanterare gick inte att nå på grund av en ogiltig e-postadress. Därmed slumpades ytterligare en möjlig deltagare ut. Två krishanterare svarade inte på inbjudan. Totalt tio deltagare valde att delta i studien.

Deltagare

Samtliga av de tio deltagarna i studien var konsulter tillika underleverantörer av krisstöd för Falck Healthcare. Deltagarna hade alla varit schemalagda på fasta dagar under olika lång tid av pandemin på något eller några av fem akutsjukhus i en storstadsregion i Sverige. Åtta av tio deltagare hade krisstödsuppdrag på sjukhusen under samtliga vågor av pandemin, med en minskning av frekvensen eller uppehåll mellan pandemins tre vågor. En deltagare hade uppdrag under två av pandemins tre vågor, en deltagare enbart under den första vågen. Omfattningen av uppdragen varierade mellan en dag i veckan upp till sex dagar i veckan för de olika deltagarna. Hälften av deltagarna var schemalagda två till tre dagar per vecka. Fyra av de tio deltagarna var leg psykologer eller leg psykoterapeuter med olika grundutbildning. Övriga deltagare hade varierande yrkesbakgrund. För att värna anonymitet redovisas inte övriga yrkestillhörigheter närmare. Nio av deltagarna i studien hade arbetat med krisstöd i 6-20 år. En deltagare uppgav inte hur länge hen hade arbetat med krisstöd.

Deltagarna i studien arbetade med krisstöd gentemot akutmottagningar, intensivvård bl a IVA, MIVA, NIVA, HIA och ECMO, vårdavdelningar, operationsavdelningar, röntgen och mottagningsverksamhet. Krisstödet riktade sig till all personal inom hälso- och sjukvården på de fem akutsjukhusen. Merparten av deltagarna träffade både medicinsk personal och så kallad paramedicinsk personal. Den medicinska personalen utgjordes bland annat av sjuksköterskor, undersköterskor, barnmorskor och läkare. Den paramedicinska personalen bestod till exempel av ingenjörer, HR, städpersonal, kuratorer, psykologer och fysioterapeuter.

Intervjuer

För att säkerställa att både aktuella frågeställningar och informanternas egna upplevelser och erfarenheter skulle få utrymme under intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga 1). Frågorna formulerades så att informanternas egna berättelser fick så stort utrymme som möjligt, men med möjlighet för intervjuaren att fördjupa genom följdfrågor. Frågorna togs fram med utgångspunkt i egen förförståelse av området samt befintlig forskning. Författaren tog del av de två första transkriberade intervjuerna och gick efter det åter igenom intervjuguiden för att säkerställa att inga förändringar behövde göras. Frågorna i intervjuguiden berörde följande övergripande områden:

- Bakgrund
- Uppdragets ramar
- Beskrivning och upplevelse av uppdraget och dess ramar
- Synen på behovet av krisstöd
- Anpassningar av arbetssätt
- Upplevelse av hjälpsamma komponenter

Intervjuare

Intervjuerna genomfördes av en leg psykolog med lång erfarenhet inom arbets- och organisationspsykologi fristående från Falck Healthcare. Beslutet att låta en extern part genomföra intervjuerna togs utifrån författarens roll som chef inom Falck Healthcare, som vid tiden för studien innehade det befintliga avtalet för krisstöd med den aktuella regionen där uppdraget utfördes och därmed författarens roll som uppdragsgivare gentemot underleverantörerna tillika deltagarna i studien. Genom att intervjuerna transkriberades och avidentifierades kunde författaren ta del av materialet och samtidigt garantera deltagarnas anonymitet. Författaren tog inte del av de inspelade intervjuerna utan endast det avidentifierade transkriberade materialet. Namn på deltagarna samt de sjukhus där de tjänstgjort togs bort vid transkriberingen för att säkra anonymiteten.

Genomförande

Intervjuerna genomfördes under september och oktober 2021. Informanterna fick en inbjudan via e-post med erbjudande om att delta i aktuell studie. Se Bilaga 2. I inbjudan informerades om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att anonymitet och sekretess garanterades samt möjligheten till avbrytande av sitt deltagande när som helst under studiens genomförande och destruering av inspelade intervjuer samt transkriberat material efter studiens slut. Utskicket innehöll också kontaktuppgifter till undertecknad för eventuella frågor samt direkt till intervjuare för anmälan om deltagande.

Intervjuerna genomfördes digitalt genom videosamtal. Att genomföra intervjuerna digitalt beslutades utifrån både ett förenklat deltagande för informanterna och utifrån hänsyn till fortsatt smittspridning i samhället. Det bedömdes att intervjuernas utfall inte skulle påverkas nämnvärt av att genomföras genom videosamtal i stället för genom fysiskt möte.

Varje intervju tog cirka en timma. Ljudinspelning av intervjuerna gjordes med informanternas godkännande samt transkribering via ett externt företag. Transkriberingsföretaget avidentifierade materialet. Därefter tog författaren del av det transkriberade materialet. Ljudinspelningarna raderades efter att materialet hade transkriberats.

Beskrivning av syfte och frågeställning inledde varje intervju. Deltagarna fick också information om att citat ur varje enskild utsaga kunde komma att användas i den färdiga rapporten, men att dessa citat inte skulle innehålla någon information som platser, namn eller dylikt som kunde röja den enskilde.

Databearbetning och analysarbete

Databearbetning och analys tog sin utgångspunkt i Braun och Clarks (2006) beskrivning av metoden för induktiv tematisk analys, med syftet att fånga de huvudsakliga temana i materialet. Författaren valde teman som framstod som väsentliga, var representativa och som besvarade forskningsfrågan. Analysen var semantisk och utgick från och styrdes av det uttalade innehållet i intervjuerna.

Var och en av de transkriberade intervjuerna lästes upprepade gånger. När något framstod som relevant för studiens syfte och frågeställning markerades detta. Denna procedur upprepades flertalet gånger med varje intervju tills inga nya teman återfanns. Samtliga transkriberade intervjuer behandlades på samma sätt. När alla intervjuer hade behandlats lästes intervjuerna igenom på nytt, för att undersöka om de teman som framkommit återkom och var gemensamma för flera intervjuer.

I nästa del av analysen lästes samtliga intervjuer på nytt med fokus på att finna citat som belyste vart och ett av de teman som framkommit. När samtliga teman belysts med citat, följde ytterligare tematisering av materialet. Vissa teman slogs ihop, delades upp i skilda teman eller omformulerades för att bättre beskriva data i sin helhet. I nästa steg analyserades varje tema för sig och underteman skapades. Slutligen granskades strukturen av teman mot det sammantagna materialet.

Resultat

Analysen resulterade i fyra huvudteman med ett antal underteman. Dessa redovisas inledningsvis i Tabell 1. Temanans inbördes ordning beskrev processen för krisstödet utveckling. I det första temat beskrevs hur deltagarna tog sig an uppdraget och genom ett utforskande arbetssätt anpassade krisstödet för att kunna nå målgruppen och bli efterfrågade i den särskilda kontexten. I det andra temat beskrevs hur själva innehållet i krisstödet anpassades till olika nivåer i organisationen, när krisstödet väl blivit känt och efterfrågat. I det tredje temat berördes upplevelsen av strukturen för uppdraget och hur den formades och anpassades under uppdragets gång. I det fjärde temat belystes krishanterarnas upplevelser av att använda den egna personen som verktyg, svårigheten att beskriva sin metod och att vara del av en kris de samtidigt arbetade med samt hur detta påverkade krisstödet. Resultatet innehåller citat från samtliga deltagare.

Tabell 1

Teman och underteman

Tema	Undertema
1.	Utforskande arbetssätt för att bli efterfrågad
	1.1 Svårnådd målgrupp
	1.2 Synlig och tillgänglig över tid
	1.3 Aktivt uppsökande
	1.4 Lyhörd balansgång mellan aktivitet och passivitet
2.	Krisstöd på olika nivåer i organisationen
	2.1 För individuella medarbetare
	2.1.1 Avlasta och stabilisera
	2.1.2 Främja uthållighet
	2.1.3 Bedöma och hänvisa
	2.1.4 Professionellt stöd i brist på socialt stöd
	2.2 För medarbetargrupper
	2.2.1 Reflektera, lära och motivera
	2.2.2 Främja kollegialt stöd
	2.2.3 Fånga individuella behov
	2.3 För chefer och chefsgrupper
	2.3.1 Stödja chefen som individ och som ledare
	2.4 Som betydelsefull signal
	2.5 Som förändrades över tid
	2.5.1 Hantera stress, rädsla och ovisshet i tidigt skede
	2.5.2 Lära och blicka tillbaka i slutskedet
3.	Struktur och strukturlöshet
	3.1 Strukturlöshet – en brist eller krisens essens?
	3.2 Krishanterares olika behov
4.	Den egna personen som verktyg
	4.1 Närvaro, genuint intresse och lugn
	4.2 Frånvaron av vetenskaplig metod
	4.3 Att som krishanterare vara en del av krisen

1. Utforskande arbetssätt för att bli efterfrågad

Merparten av deltagarna belyste utmaningen med att nå hälso- och sjukvårdspersonalen med stöd. Målgruppen upplevdes som svårnådd och trots upplevda behov av stöd verkade hälso- och sjukvårdspersonalen ha svårt att söka och ta emot hjälp. Deltagarnas upplevelse av orsakerna till denna låga grad av hjälpsökande var flera. Krishanterarnas uppdrag krävde ett utforskande arbetssätt, för att nå fram med stöd till målgruppen i den speciella situationen under pandemin.

1.1 Svårnådd målgrupp

Det upplevdes som att sjukvårdspersonalen inte alltid sökte stöd när de behövde. Många deltagare ansåg att sjukvårdspersonalen som grupp var något mindre hjälpsökande än människor generellt som deltagarna hade mött i andra krissituationer. Flera deltagare menade att hälso- och sjukvårdspersonalen var vana att hantera krisartade situationer som något som en del av arbetsvardagen och att kriser därmed sågs som något de förväntades kunna hantera och som något normalt snarare än något exceptionellt. Dessa förväntningar antogs höja tröskeln för när hälso- och sjukvårdspersonal sökte stöd i jämförelse med andra människor som krishanterarna mött i olika krissituationer, som verkade ha en lägre tröskel för att be om hjälp. Några deltagare menade också att hälso- och sjukvårdspersonalen vanligen var i rollen av de som vårdar andra och verkade ha svårt att vara i rollen av de som behövde stöd själva.

Här har vi nu med vårdpersonal att göra som är vana att ge omvårdnad, medicinsk vård, men är väldigt ovana att ta emot. Också väldigt ovana faktiskt att prata om känslor.

Några deltagare menade också att det verkade finnas en kultur bland vissa professioner inom hälso- och sjukvården som gjorde det svårare för dessa att söka stöd. Kulturen beskrevs som förväntningar om att vara mer hårdhudad och klara större påfrestningar än andra människor. Deltagarna menade att detta skapade en kultur där det kunde upplevas som svaghet att behöva stöd. Någon uppgav att det rådde en stigmatiserande kultur, där sårbarhet sågs som svaghet och något negativt.

Är man intensivvårdsläkare eller intensivvårdssjuksköterska och även undersköterska så tror jag man är ganska tuff. Har kanske lite svårt att erkänna för sig själv när man mår dåligt och att man behöver hjälp.

1.2 Synlig och tillgänglig över tid

Krisstödsuppdraget innebar enligt majoriteten av deltagarna i första hand att hitta sätt att bli efterfrågad och att nå ut med krisstödet till hälso- och sjukvårdspersonalen. Det krävde ett utforskande av strategier och arbetssätt för att nå de i personalen som hade behov. Flertalet deltagare beskrev hur arbetssättet växte fram över tid, hur ett förtroende skapades och relationer byggdes som gjorde stödet alltmer efterfrågat. Samtliga deltagare lyfte betydelsen av att vara fysiskt tillgänglig och synlig för hälso- och sjukvårdspersonalen över tid. En dimension av detta var att genom fysisk närvaro skapa relationer till personalen, för att de skulle bli trygga nog att efterfråga stödet. Flera deltagare betonade att just den fysiska närvaron var avgörande för insatsen. Tillgängligheten och synligheten gjorde krisstödet känt, men också accepterat och så småningom alltmer efterfrågat.

Hur kan vi finnas till för er på bästa sätt? Det var ju frågan, så det blev ju ett utforskande arbete. /.../ Det här krisstödet växte ju fram. /.../ Till att börja med var det att finnas på plats och på det sättet skapa relationer skulle jag säga, med medarbetare, med chefer på olika sätt för att förmedla att det här finns, att vi finns.

Men som krishanterare så är det ju på något sätt en unik möjlighet, att jag kan vara så pass länge så att jag blir igenkänd och jag kan skapa relationer och det öppnar ju upp för att lättare ta till samtal. /.../ Ju längre tiden går desto mer naturligt inslag blir jag.

Krishanterarna blev efter hand en naturlig och trygg del av arbetsmiljön på sjukhusen och grunden för detta var långsiktig fysisk tillgänglighet och synlighet. Några deltagare menade att den fysiska närvaron på sikt gjorde att hälso- och sjukvårdspersonalen började prata med varandra om krisstödet. I och med detta växte förtroendet för krisstödet och allt fler kände sig trygga med att söka kontakt för egen del. Några deltagare menade också att det på sikt förändrade kulturen bland hälso- och sjukvårdspersonalen och minskade stigma med att söka krisstöd för egen del i och med att kollegor vågade berätta om att de tagit emot hjälp. Den fysiska långvariga närvaron upplevdes vara en förutsättning för en sådan kulturförändring.

Ryktena går på arbetsplatsen. Det blir lite skvallercentral på de här avdelningarna, att det här är en jättebra kille eller jättebra tjej att snacka med. Då kommer man nästan i förtid och vill prata.

Ytterligare aspekter som lyftes av några deltagare var att hälso- och sjukvårdspersonalens mycket pressade arbetssituation krävde en fysisk närvaro, som möjliggjorde stöd precis när personalen hade utrymme. En del av syftet med att vara synlig var således, förutom att bli känd och accepterad, också att finnas till hands precis när stödet behövdes och efterfrågades. Några deltagare menade att närvaron och ett synligt krisstöd hade en hjälpsam effekt i sig. Det antogs förmedla trygghet i organisationen genom vetskapen om att stödet fanns om behov skulle uppstå. Detta gällde både för var och en av medarbetarna och på gruppnivå menade ett par deltagare.

Det som har varit hjälpsamt för personalen är väl att vi har funnits där när de har haft utrymme /.../ Tillgängligheten tror jag faktiskt [var viktig]. De hade aldrig sökt upp oss ifall vi inte hade funnits i verksamheten. Inte i det tempot, inte i den tröttheten, inte i det tunnelseendet som jobbet har inneburit.

1.3 Aktivt uppsökande

Som en del i att nå ut med stödet beskrev merparten av deltagarna att de använt sig av ett aktivt uppsökande av hälso- och sjukvårdspersonalen. Några deltagare beskrev hur de läste av behov som inte uttrycktes verbalt genom andra signaler och då aktivt kunde ta kontakt och erbjuda stöd till de som verkade vara i behov. Det upplevdes av några deltagare som att personalen inte sökte stöd trots stora behov och att detta krävde en anpassning av arbetssättet till ett mer aktivt uppsökande.

Man behöver liksom möta upp och ställa frågor om det är någon som signalerar att – usch, snacka inte med mig, så kanske man ändå behöver förstå att den här personen har det jobbigt./.../För vårt uppdrag är ju att avlasta personalen för att de ska orka och då behöver man ju vara inte framfusig men ändå lite framåt men inte vara påstridig.

En strategi för aktivt uppsökande som många deltagare lyfte var personliga sms som skickades till samtliga medarbetare, där samtal erbjöds på plats på sjukhusen eller över telefon. Att skicka sms var ett sätt att nå många medarbetare på kort tid, uppmärksamma all personal på att stödet fanns och snabbt nå de som hade mest akuta behov av stöd. Det gjorde det också möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att höra av sig när det passade dem och utifrån individuella behov. Viss personal önskade samtal först efter arbetet. Andra önskade stöd under sin arbetstid för att kunna lämna tankar på arbetet vid hemgång. Stödet kunde på detta sätt anpassas efter olika individuella behov liksom arbets- och livssituationer. Samtliga deltagare

som benämnde strategin med sms upplevde denna insats som framgångsrik och något de tog med sig som en lärdom in i andra liknande krissituationer.

Hur ska vi nå människorna? När de väl går in och jobbar är de inne i fyra timmar i skyddsutrustning och sen kommer de ut och är helt slut och kan andas och äta och sen ska de in igen. /.../ Den här rutinen att vi började sms:a alla, det var någonting som vi själva kom på och kom fram till att vi skulle göra.

Det blev också ett effektivt sätt att nå var och en i personalen och möjliggjorde även senare kontakt, om behov skulle uppstå i ett senare skede. På så sätt anpassades stödet utifrån enskilda individers behov under olika perioder. Flera deltagare vittnade om att hälso- och sjukvårdspersonal återvände till sms:et och hörde av sig långt senare, när de hade behov av samtal eller var redo att ta emot stöd.

Det här med att skicka sms till medarbetare, det tänker jag är ett vinnande koncept. /.../ Har de fått ett sms av någon av oss så har många sparat det och sen när det har varit riktigt jobbigt så har de tagit kontakt.

Att skicka sms sågs också som ett sätt att möjliggöra för hälso- och sjukvårdspersonal att kunna ta kontakt för krisstöd utan att röja sina behov av stöd för kollegor eller visa sårbarhet på arbetet. Några deltagare vittnade om att kulturen på vissa avdelningar och i vissa arbetsgrupper verkade göra det svårt att ta kontakt öppet inför sina kollegor. Genom ett sms kunde kontakt skapas utan att det skedde öppet på arbetet. Att skicka sms var således en strategi och anpassning av arbetssättet som gjordes utifrån den upplevda kulturen i sjukvården, som några deltagare menade stipulerade svaghet och sårbarhet som något negativt.

Det var nog svårt för många/.../ att ta kontakt inför alla andra, för då kanske man kände sig lite svag. /.../ Sen när vi började skicka ut sms, då var det lättare för alla att svara att – ja men jag vill gärna prata, för då behövde man inte visa någon svaghet/.../eller skörhet inför sina kollegor.

Förutom sms beskrev samtliga deltagare andra aktiva vägar för att nå ut med stödet till hälso- och sjukvårdspersonalen, bland annat genom att röra sig och söka kontakt i personalens olika arbetsmiljöer och personalutrymmen. Några deltagare menade att det aktiva uppsökandet i de naturliga miljöerna var en nödvändig strategi för att nå personalen, då det inte togs för sannolikt att hälso- och sjukvårdspersonalen själva aktivt hade sökt upp stödet om det inte funnits med naturligt och synligt i arbetsvardagen. Genom synligheten i de naturliga arbetsmiljöerna gjorde sig krisstödet känt och därmed också accepterat menade några deltagare.

En annan kontaktväg har existerat i miljöerna; i personalrum, i korridorer, inne på avdelningar och i reflektionsgruppsammanhang.

De här mer spontana samtalen har handlat om att fånga upp personer. Det är naturligtvis frivilligt. Men det går inte sätta sig i ett rum och vänta på att någon kommer dit, utan man måste finnas bland folk.

1.4 Lyhörd balansgång mellan aktivitet och passivitet

Merparten av deltagarna beskrev balansgången mellan att å ena sidan vara aktiv, erbjuda och söka upp medarbetare som verkade ha behov av stöd och å andra sidan avvakta och finnas till hands tills stödet efterfrågades. Ett frekvent återkommande tema var att vara lyhörd, att

känna av när det var tid att fråga hur personalen mådde och när det var viktigt att låta personalen vara i fred för att kunna vila från tankar på den ansträngande situationen, att finnas tillgänglig men samtidigt inte tränga sig på.

Man får ju bli väldigt finkänslig och känna av när det är läge att sätta sig i personalrummet eller om det är bättre att kanske hålla sig utanför. För de ska ju inte heller känna att – åh nu kommer de igen, nu ska man prata om hur man mår, jag vill bara sitta här och liksom läsa tidningen eller lösa korsord när jag kăkar min lunch. Och det är viktigt att få den återhämtningen. Så det är väl mest det där att känna av när man ska och inte så att säga.

Vårt motto - att stödja utan att störa

Några deltagare upplevde att de hade blivit både mer inväntande och mer aktiva än de var vana vid för att nå personalen och successivt nått en större flexibilitet avseende aktivitet och passivitet i sitt arbetssätt. Flera deltagare uttryckte också att detta var en läroprocess, att lära sig hantera att inte alltid vara aktiv utan finnas till hands, men att samtidigt känna in när det var lämpligt att bli mer uppsökande. Detta var för vissa en utmaning och en ny lärdom när det gällde krishantering. Den specifika kontexten frammanade således en anpassning av arbetssättet i form av ökad flexibilitet. Några deltagare uttryckte att de genomgått en personlig utveckling och nått större följsamhet i sitt arbetssätt avseende aktivitet och passivitet.

Vi har ju bara fått följa med och försökt vara flexibla och anpassa oss till rådande omständigheter. Jag tror att jag har blivit mer aktiv i att ta kontakt. /.../ Både liksom mer aktiv och uppsökande, men också mer lyhörd.

Ibland kan det nästan vara svårare att tvingas vara lite passiv och finnas med i bakgrunden än att vara aktiv. /.../ Det ska vara utifrån den som behöver hjälp, utifrån dennes perspektiv och du ska stå ut med att vara lyhörd och vänta på när du efterfrågas. Att hela tiden göra sådana bedömningar har varit som att jobba med ens personliga utveckling och hitta nya sätt att hantera det här, som inte alltid varit lätt.

Majoriteten av deltagarna hade erfarenheter av att ha hanterat redan inträffade kriser, som de efter krisen arbetat med under en begränsad tid. Den typen av uppdrag upplevdes ha ett tydligare uttalat och mer väldefinierat uppdrag, där det aktiva uppsökandet av chefer och medarbetare med behov av stöd blev mer naturligt och förväntat än under det långdragna krisstödet gentemot hälso- och sjukvårdspersonalen under pandemin. Det kom av flera deltagare att uppfattas som utmanande, att inta en inväntande roll med ständig lyhördhet inför behov som kunde uppstå. Detta upplevdes som en anpassning specifikt till den långdragna och pågående krisen och som annorlunda jämfört med redan inträffade kritiska händelser och det efterföljande krisstödsarbetet.

I vanliga fall om man kommer till en arbetsplats och tar hand om människor i kris, då har man en konkret uppgift, man bara kommer, det är planerat, det är organiserat, då vet man vad man ska göra oftast. Men här ska man också bara vara med i bakgrunden och det är också en utmaning. Hur hanterar jag att stödja men inte störa?

2. Krisstöd på olika nivåer i organisationen

När krisstödet väl blivit känt och successivt alltmer efterfrågat beskrevs hur olika nivåer i organisationen behövde olika former av stöd. Metoder för krisstöd anpassades och applicerades i skilda sammanhang. Innehållet i stödet för medarbetare, chefer och grupper beskrevs bestå av olika men även liknande komponenter och krisstödet anpassades utifrån de behov som framkom.

2.1 För individuella medarbetare

Samtliga deltagare arbetade med individuella samtal gentemot medarbetare i hälso- och sjukvården. Dessa bestod av både fysiska möten och stöd över telefon i de fall medarbetarna önskade stöd när de befann sig utanför arbetet. Stödet kunde vara både planerade samtal och spontant uppkomna samtal i personalutrymmen på arbetsplatsen.

2.1.1 Avlasta och stabilisera. Samtalen med medarbetare beskrevs som stabiliserande samtal, som efter stor påfrestning eller stark stress fungerade stöttande och lugnande. Andra begrepp som beskrev dessa samtal var avlastande, där individen fick stöd efter svåra upplevelser eller stressfyllda situationer. Enligt flertalet deltagare var viktiga komponenter i dessa samtal att hjälpa personalen att sortera i händelseförlopp och intryck, att skapa ordning liksom begriplighet i det de varit med om i form av svåra upplevelser, men också sortera och skapa förståelse för det som fortsatt pågick omkring dem. Flera deltagare betonade betydelsen av att validera känslor och få hälso- och sjukvårdspersonalen att känna sig bekräftade, sedda och förstådda. Ytterligare något som majoriteten av deltagarna uppgav, var att de använde ett normaliserande förhållningssätt och normaliserade kris- och stressreaktioner. Som ett led i detta användes psykoedukation om stress- och krisreaktioner, vilket skapade en förståelse för de egna reaktionerna och därmed verkade lugnande. Ytterligare något som lyftes av flera deltagare som en viktig intervention var hjälpen till självhjälp. Några deltagare beskrev att de genom att uppmuntra till egenvård och självhjälpande strategier samt socialt stöd i det naturliga nätverket kunde öka hälso- och sjukvårdspersonalens egen förmåga att hantera situationen och återhämta sig.

Försöka vara en dialogpartner för att hjälpa begripa /.../Och varför reagerar jag som jag gör? Alltså validering och normalisering mitt i någonting som är helt ovanligt och inte alls normalt för oss. /.../ Och det kan ju vara akuta samtal, någon som har fått en panikångestattack i början framför allt när alla hade mask. Och försöka förklara vad det är och hur man kan gå vidare.

Det handlar ju mer om att bekräfta, sätta ord på, normalisera och hjälpa personerna i fråga att sortera. Och även om det bara är en liten del av tillvaron som man själv kan påverka, att ändå göra det. Att inte hamna liksom framför Netflix så fort man kommer hem, utan att göra saker som man verkligen mår bättre av.

2.1.2 Främja uthållighet. Krisstödet lyftes av majoriteten av deltagarna som ett sätt att hjälpa personalen att orka fullfölja sitt viktiga uppdrag, trots svåra förhållanden, stress och trötthet. Ett viktigt syfte med krisstödet som samtliga deltagare belyste var därför att främja hälso- och sjukvårdspersonalens uthållighet. En del av detta handlade om att hjälpa personalen att identifiera de copingstrategier som brukade fungera för dem i kritiska situationer, som de använt tidigare i livet och upplevt som hjälpande. Någon deltagare menade att detta inte bara stärkte personalens egen förmåga att ta hand om sig själva utan också framförallt ökade tilltron

till den egna förmågan, vilket sågs som något viktigt och som något som ökade känslan av bemästrande.

Flera deltagare menade att krisstödet kunde fungera som ett sätt att förebygga långsiktig utmattnings- och sjukskrivning genom att stärka personalens förmåga till egenvård och återhämtning. För att främja uthållighet användes olika strategier. Bland annat att med hjälp av psykoedukation synliggjordes behovet av regelbunden återhämtning för personalen, inte bara i form av vila utan med hjälp av återhämtande och påfyllande lustfyllda aktiviteter det vill säga en form av aktiv vila. Flera deltagare gav konkreta råd för att skapa förutsättningar för återhämtning och långsiktig uthållighet. Några deltagare använde konkreta modeller för att illustrera detta.

Det finns en jättebra modell som heter energihjulet/.../man ritar upp den som ett cykelhjul helt enkelt och ju fler ekrar man har desto mer energi genererar ju hjulet. /.../ Och sedan handfasta råd och tips på återhämtning, att verkligen poängtera vikten av att ägna tiden de inte är på jobbet för återhämtning, göra sånt som de tycker är riktigt roligt, vilsamt och strunta i människor där de inte kan vara sig själva och vara noggranna med att välja sitt umgänge när de är lediga.

Ytterligare något som sågs som ett sätt att främja uthålligheten var att hjälpa hälso- och sjukvårdspersonalen att hitta och vidmakthålla motivation för arbetet. Detta kunde vara genom att identifiera individuella motivatorer unika för varje medarbetare men också motiverande faktorer i själva det viktiga gemensamma uppdraget och gemenskapen runt detta med kollegorna. Flera påtalade vikten av att hjälpa personalen att se vad de kunde påverka i den påfrestande situationen, för att minska känslan av hjälplöshet och parallellt med detta hjälpa att stå ut med omständigheter som inte gick att påverka. Flera deltagare använde begreppet acceptans för att beskriva detta.

Flertalet deltagare lyfte betydelsen av validerande samtal, där personalen fick sätta ord på och sortera i sina upplevelser, för att orka fortsätta sitt arbete. En annan komponent som lyftes som viktig av några deltagare var härbärgerande av känslor, att genom närvaro och lyssnande hjälpa personalen att stå ut med situationen trots starka känslor.

Då var vi i andra halvan av pandemin, vilket betyder att det då handlade mycket mer om någon form av uthållighet och att se vad man har för resurser. Vad har vi som fungerar? Att jobba med ett uppskattande förhållningssätt. Att se vad det som ger energi. Och också vad det som jag kan påverka och inte påverka. En hel del sådana sorterande samtal. /.../Att de ska känna stöd att få tag på sin egen kraft.

Vi har fångat individernas behov i stunden, stöttat dem att sätta ord på det, för att de ska kunna vara i det på bästa sätt. Att ta hand om sig själva egentligen. Allt vi kan göra för att de ska kunna fortsätta gasa. För det finns ingen på avbytarbänken.

2.1.3 Bedöma och hänvisa. Individuella samtal syftade också till att göra en bedömning av enskilda medarbetares psykiska mående. I vissa fall återkopplades kring medarbetares mående till chef, efter överenskommelse med individen, för att chef skulle kunna erbjuda ytterligare stöd eller göra förändringar i arbetssituationen. Individsamtalen kunde också vara uppföljande, där medarbetare som inte mådde väl följdes upp över tid. Detta gav enligt någon deltagare möjlighet att identifiera individer som fick kroniska besvär efter potentiellt

traumatiserande upplevelser och således behövde behandling. I vissa fall ledde individsamtalen till hänvisning för annan vård.

Och sedan var det också många som vi lyckades hänvisa till företagshälsovården och motivera till att ta emot mer psykologisk behandling. För vårt uppdrag var ändå inte att bedriva psykologisk behandling kontinuerligt. Så vi kunde motivera ändå till att det finns mer hjälp att få.

2.1.4 Professionellt stöd i brist på socialt stöd. Flera deltagare uppgav att behovet av professionellt stöd för hälso- och sjukvårdspersonalen verkade ha varit särskilt stort i och med de minskade sociala kontakter pandemin medförde. Dels påverkades sjukvårdspersonalen precis som övriga i samhället av de pandemirelaterade restriktionerna för social distans, vilket minskade kontakterna och stödet från det naturliga sociala nätverket. Dels fanns en rädsla för att sjukvårdspersonal kunde bära på smitta, vilket gjorde att omgivningen i vissa fall drog sig undan. Detta upplevde flera deltagare ökade behovet hos sjukvårdspersonalen av att kunna avlasta sig med en professionell kontakt liksom med kollegor, då det privata sociala nätverket inte erbjöd samma möjligheter till stöd som innan. Behovet av kontakt med människor som var insatta i situationen och förstod vad hälso- och sjukvårdspersonalens situation innebar upplevdes också öka.

Enligt flera deltagare var också frustrationen över andra människors bristande följsamhet till de pandemirelaterade restriktionerna en källa till social distans från hälso- och sjukvårdspersonalens håll, som gjorde att det kunde vara svårt att ty sig till sitt sociala nätverk och därmed ytterligare ökade behovet av professionellt stöd.

Att få prata med människor som vet vad det innebär det här. Det är många som har haft svårt med sitt privata sociala liv, för att folk inte har förstått vilken verklighet de står i och vänner som inte respekterar restriktioner har varit väldigt provocerande. Och de upplever också att de har blivit ensamma, de som lever ensamma blir ju väldigt ensamma när de inte är på jobbet och då fyller jobbet en väldigt viktig funktion för det sociala.

2.2 För medarbetargrupper

Samtliga deltagare träffade även grupper av medarbetare. Detta kunde vara olika former av grupper. Deltagarna gav exempel på olika gruppkonstellationer däribland naturliga arbetsgrupper, yrkesspecifika grupper samt arbetslag.

2.2.1 Reflektera, lära och motivera. Vissa deltagare beskrev gruppsamtalen som reflektions-sessioner. Gruppsamtalen användes för att reflektera över varje dags arbetspass och samla ihop gruppens lärdomar och upplevelser. Gruppens reflektioner möjliggjorde förbättringar och utveckling av arbetet. Det blev också ett sätt att känna gemenskap och stolthet över det i arbetet som fungerat bra, vilket verkade öka ork, motivation och uthållighet.

Då hade man gruppreflekton kanske i slutet på dagen, hur har den här dagen varit? Vad har fungerat? Väldigt mycket fokus på, som en AAR nästan, alltså after action review struktur. Vad har ni gjort? Vad har gått bra? Vad är ni stolta över? Vad har ni lärt er? Saker som man ska kunna förbättra?

Vissa av deltagarna beskrev att de också lade in psykoedukation om krisreaktioner, stress och stresshantering vid gruppsamtalen för ökad kunskap och förbättrad förmåga till

egenvård i organisationen. Flera av deltagarna använde sig av mindfulness eller medveten närvaro som stående inslag med olika arbetsgrupper, som ett sätt att hantera stress.

Flera deltagare lyfte gruppens förmåga att tillsammans hitta nya motivatorer i arbetet i en svår situation. Gruppsamtalen kunde verka stärkande för gruppen genom att gruppen förenades i det meningsfulla och viktiga uppdraget. Några deltagare menade att detta kunde ersätta tidigare motivatorer, som under den påfrestande situationen inte längre gick att luta sig mot för att hitta glädje i arbetet.

Det som man kanske är van vid är, att jag kommer till mitt jobb och det är lustfyllt, jag ser fram emot att träffa mina kollegor, jag trivs med mina patienter. På något sätt så lyckades vi många gånger ändra det här perspektivet från att det inte är lustfyllt, men det finns andra värden man kan ersätta den här lusten med. Det vill säga, det jag gör det är meningsfullt, det är viktigt, det är värdefullt både för vården, för patienten, för samhället och för mig. Jag tror att många gånger när man lyckades ändra perspektiv /.../och de värdena fick styra mer blev man ju stärkt av det.

2.2.2 Främja kollegialt stöd. Många deltagare påtalade att gruppsamtal var viktiga forum för att få till stånd ett kollegialt stöd. Genom att gynna gemenskap och ett stöttande klimat i gruppen upplevde flera deltagare att hälso- och sjukvårdspersonalens känslor av ensamhet verkade minska i den påfrestande situationen. Gruppsamtalen gav också möjlighet att dela de känslor av ovisshet och kontrollförlust som pandemin medförde. Genom att personalen fick dela upplevelser och bilder, beskrev flera deltagare att det kollegiala stödet verkade få stor betydelse för hälso- och sjukvårdspersonalen. Gruppsamtalen kunde också vara forum för att avlasta sig efter påfrestande upplevelser och få förståelse för att fler hade liknande upplevelser och därmed minska känslan av ensamhet.

I grupp så var det ju oerhört givande att de upptäckte likheter, igenkänningsfaktorn. /.../ De behövde verkligen sitta ner och mötas och dela erfarenhet av hur arbetssituationen hade förändrats, men också erfarenheter kring hur man reagerar på arbetet. /.../ Alltså annars har de ju på många sätt framförallt i början känt sig väldigt ensamma och utkastade i någonting som var väldigt ovisst. Ovisshet är svårt för de flesta människor.

Det dök upp samtalsämnen som man kunde avhandla och bara dela bilder egentligen. För många kände sig ju väldigt ensamma just i det här arbetet. Sen upptäckte de att andra mätte dåligt också och bara det var en hjälp så att säga.

Genom att krishanterarna fanns till hands på sjukhuset kunde grupper samlas med kort varsel vid behov av stöd efter kritiska händelser. Detta poängterades av flera deltagare som något viktigt, att på ett enkelt sätt kunna samla grupper vid plötsligt uppkomna behov i verksamheten. Gruppsamtalet fungerade då som kollegial avlastning och som en aktivering av det kollegiala stödet i grupperna.

Gruppsamtalen blev också enligt flera deltagare ett sätt att gemensamt hantera och dela frustrationen gentemot samhällets bristande följsamhet till restriktionerna för social distans. Medmänniskors upplevda respektlöshet ledde till ilska, distansering och ökad ensamheten för hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessa samtal blev ett sätt att kanalisera frustration, känna gemenskap och vidmakthålla motivationen i arbetet.

Det är ju när det väller in patienter och samtidigt ser man bilder av människor som struntar i att till exempel hålla avstånd. Det blev många gånger att man tog det personligt. /.../ Att kunna vända på det, att kunna också hantera den här frustrationen och inte ta de här sakerna personligt. Det var mycket sådana värdefrågor som kom upp i de här gruppsamtalen.

2.2.3 Fånga individuella behov. Gruppsamtalen gav också möjlighet att få en bild av hur personalen mår och fånga upp enskilda medarbetare i behov av mer stöd. Detta kunde vara medarbetare som inte hade sökt stöd på egen hand, men vars behov blev tydliga under gruppsamtalen. Genom att arbetsgruppen skulle samlas nåddes även dessa medarbetare av stöd, utan att de aktivt sökte eller tog emot individuellt stöd. Det gav en möjlighet att hjälpa chefer att fånga upp medarbetare som behövde ytterligare hjälp och som löpte risk att drabbas av kroniska besvär utan ytterligare hjälp.

Ja, även i gruppsamtalen har jag ju kunnat fånga, att det här är inte naturliga reaktioner på det vi pratar om och då har jag kunnat vara den här länken till cheferna och hjälpa dem med att det här pågår just nu.

2.3 För chefer och chefsgrupper

Alla utom en av deltagarna gav chefsstöd i olika former. Detta bestod av stöd till enskilda chefer, till ledningsgrupper eller andra grupperingar av chefer. Det var också olika former av samarbeten mellan krishanterare och chefer kring stödinsatser för chefernas medarbetare liksom återkoppling till chefer kring insatser för medarbetare. Chefsstödet bestod av både enskilda samtal, gruppsamtal, handledning och föreläsningar. Exempel på innehåll i föreläsningarna var tillitsfullt ledarskap, ledarskap i kris, stresshantering och krisreaktioner.

2.3.1 Stödja chefen som individ och som ledare. Chefernas behov av krisstöd beskrevs delvis likna medarbetarnas, i det att cheferna också som individer och som medarbetare i hälso- och sjukvården var drabbade av krisen och på det sättet behövde samma typer av insatser som medarbetarna. Samtidigt var cheferna i behov av stöd i chefsrollen i och med de kraftigt ökade organisatoriska påfrestningar pandemin medförde. Stödet till chefer beskrevs därmed av flera deltagare som bestående av ett dubbelt uppdrag, stöd både i form av att möta chefen i de egna behoven men också i ledarskapet.

De som hade mest samma mönster var chefsstödsamtalen, som var mer kontinuerlig avstämning och check både för att kolla av hur det var med övrig personal, men också hur chefen eller ledaren höll sig i sin stressnivå och återhämtning och balans och vad som dök upp för frågor där.

På chefsnivå så har det också funnits hela tiden dimensionen av kampen med organisationen, med chefsnivåerna uppåt i krisen och kämpandet med det att vara mellan medarbetare och chefer.

Flertalet deltagare träffade chefsgrupper i olika former. Några deltagare betonade särskilt betydelsen av att samla chefer i grupp i syfte att få till kollegial stöttning, då chefer många gånger kunde känna sig ensamma och utsatta för missnöje i organisationen. Gruppsamtal med chefer kunde då skapa gemenskap, stöd och samsyn på hur krisen kunde hanteras och kunskapsutbyte gällande viktiga faktorer för ett ledarskap i kris. Flera krishanterare beskrev hur chefsgrupperna också i vissa fall hade föreläsande inslag, där krishanteraren bistod med kunskap om krisledning och framgångsfaktorer för ledarskap i

krissituationer. Även blandade grupper med chefer och medarbetare förekom i syfte att öka den inbördes förståelsen mellan medarbetare och chefer.

Vi hade alltså grupper med bara chefer och stöttade dem och skapade samsyn och stöttning i hur de skulle hantera krisen. Sedan hade vi mixade grupper när vi försökte få med både chefer och läkare och allihop liksom på tvärsen för att ha möjlighet till att sätta ord på det och få samsyn.

Cheferna beskrevs av flertalet deltagare som utsatta för medarbetarnas frustration och tvungna att ta svåra beslut som inte alltid var uppskattade av medarbetare, vilket innebar en påfrestning. Enligt några deltagare uttryckte cheferna också frustration över organisatoriska svårigheter och högre ledning. Några deltagare beskrev att krisstödet för chefer därför inriktades på kommunikation och bemötande av medarbetare samt på utveckling av ledarskapet och att leda i krissituationer. En deltagare lyfte gränsdragningen mellan chefsutveckling och krisstöd till chefer, som hen upplevde som otydlig.

Det som var lite annorlunda det var just att hjälpa chefer hur hantera vissa svårigheter och hur kommunicera med personalen. Hur hantera sin egen frustration men också hur vara ett stöd för medarbetare som inte kände sig bra. /.../ För i en sån krissituation blir ju ledningen också ganska utsatt för missnöje och frustration från medarbetare.

2.4 Som betydelsefull signal

Flera deltagare påtalade vikten av krisstödet som en symbolisk gest från organisationen, att organisationen visade att hälso- och sjukvårdspersonalen var värdefull och togs på allvar i sina behov. Några deltagare menade att det blev ett sätt för personalen att känna sig sedd av ledningen. Genom att satsa resurser på krisstöd för hälso- och sjukvårdspersonalen menade flera deltagare att detta blev en signal till personalen att högre ledning såg och bekräftade personalens utsatta situation och behov av stöd, vilket upplevdes vara välgörande i sig. Den omfattande satsningen på krisstöd sågs också som ett synliggörande av personalens viktiga insats och ett erkännande. På så sätt menade flera deltagare att symbolvärdet av detta var välgörande i organisationen och för personalens mående. Också vetskapen för personalen om att det fanns stöd om de skulle komma att behöva ansågs vara betydelsefullt för känslan av trygghet.

Men så som jag uppfattar det så har det varit en trygghet, att de vet att vi finns där. /.../ Och jag tror att det också har haft betydelse för deras känsla av att de gör någonting som är viktigt på riktigt. Alltså att man satsar centralt, att det blir som ett kvitto på att de [ledningen] fattar att det här är helt över alla gränser för vad man ska behöva stå ut med. Så gör man åtminstone det, så visar man det genom att tillgodose stöd.

Det har ett jättetydligt signalvärde att ledningen ser att det här är viktigt. Att det finns människor som finns där för en. Det i sig skulle jag nästan nämna som nummer ett. Och det andra har varit det att man signalerar att man satsar resurser på och att man förstår allvaret i situationen /.../ oavsett vem jag har träffat faktiskt, så har det alltid funnits med som en tydlig komponent.

2.5 Som förändrades över tid

Flertalet deltagare beskrev hur krisstödet förändrades och anpassades över tid under pandemins gång utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens skiftande behov.

2.5.1 Hantera stress, rädsla och ovisshet i tidigt skede. Under den första vågen av pandemin beskrevs stödet som inriktat på att ge hjälp att stanna upp och komma ned i varv, då personalen framstod som uppvarvade och starkt påverkade av stresspåslag. Dessa starka stresspåslag sågs av samtliga krishanterare som tärande för personalen, som hade svårt att koppla av även utanför arbetet och mellan sina arbetspass. Att hjälpa personalen att hushålla med sin energi, komma ned i varv och vila när de hade möjlighet sågs som en viktig del i stödet i början av pandemin.

Där [akuten] jobbar ju folk med ett högt adrenalintryck /.../då kan man ju förledas att tro att de här de mår ju ganska bra, de är uppåt, men de var ju speedade. Det dröjde inte länge förrän man kände av, de här är speedade, de här de mår ju dåligt.

Bli bra på aktiv avslappning när de inte jobbade. Blir bra på att träna och röra sig. /.../ lite mindfulnesssträning för att vara så mycket här och nu som det bara går och inte hänge sig åt allt för mycket oro.

Krisstödet beskrevs också av flertalet deltagare i början av pandemin vara inriktat på att hantera rädsla och ovisshet. Flera deltagare lyfte hur de kunde stödja hälso- och sjukvårdspersonalen att möta rädsla och ovisshet med acceptans och medveten närvaro, att hjälpa personalen att förhålla sig till vad som gick att påverka och inte och hantera oroande tankar. Några deltagare beskrev också hur stödet inriktades på att hjälpa personalen hantera känslor av vanmakt och hjälplöshet i relation till arbetet, att stå ut med att inte ha bättre metoder för att hjälpa alla döende människor och lära sig tillämpa självmedkänsla i den svåra situationen.

I början så var det ju en chock /.../ Vem är fienden? Vem slåss vi mot? Hur ser den ut? Vad kommer det här att innebära? Mycket trauman kring att bara springa runt i mask, vara livrädda för att de kanske skulle dö själva, hanteringen av död./.../Bara få dem att orka den här dagen, orka det här passet, våga komma tillbaka nästa dag, det var ju mycket det som var i början.

I de första månadernas nästan adrenalinstinna situation, så handlade det väldigt mycket om att hantera rädslan för att själv bli smittad. Frustrationen över att inte kunna hjälpa på det sätt som man är van. Skammen över att känna sig otillräcklig, hjälplös själv, den var nog överskuggande. Maktlösheten. Och hjälpa till att sätta ord på det mycket. Det var början.

2.5.2 Upprätthålla ork och motivation i senare skede. Under den andra och tredje vågen av pandemin var krisstödet mindre inriktat på att hantera rädsla upplevde flertalet deltagare, eftersom tryggheten över både behandlingsmetoderna blivit större och rädslan för smitta minskat i och med vaccinationer. I stället ökade fokus på att hjälpa personalen hitta sätt för återhämtning, stärka uthålligheten och vidmakthålla motivationen för arbetet på lång sikt. För detta inriktades stödet på egenvård och strategier för återhämtning. Flera deltagare beskrev också att både de individuella samtalen och gruppsamtalen inriktades alltmer på att hitta de egna och gruppens motivatorer i en fas när många var uttröttade av lång tids påfrestningar.

Så kom nästa fas med en enorm trötthet och farhågor kring hur ska vi orka?

Ska vi ta en militärterm, hålla stridsvärdet pratar man ju om, vi måste hjälpa de här människorna att hålla ett bra stridsvärde så att de kan klara av att göra det här viktiga jobbet som de gör. Så det blev ju lite strategier i det, alltifrån att träna folk att inte lyssna så himla mycket på nyheter och läsa så mycket, alltså skärma av sig litegrann.

2.5.3 Lära och blicka tillbaka i slutskedet. Flera deltagare beskrev också att samtalen mot slutet av pandemin ofta innehöll reflektion över och tillbakablickande på pandemin. Individ- och gruppsamtal inriktade sig på reflektion över de förändringar pandemin medfört för arbetet samt vad detta lett till för lärande för individen, gruppen och organisationen. Någon deltagare beskrev att samtalen också fyllde funktionen av att lämna det som varit bakom sig och blicka framåt, men samtidigt ta med sig viktiga lärdomar både om sig själv, arbetsgruppen och organisationen.

Då [mot slutet] var det egentligen att vi tittade tillbaka för att jämföra, och göra som någon form av bokslut /.../. Vad finns det för känslor kvar och hur kan vi tänka om det dyker upp igen? Och vad har vi lärt oss av det här, att dra lite lärdomar. Så den typen av sammanfattande möten var det en hel del i slutet. /.../ Nu upphör just det här och sen går ni vidare och det här är verktyg som ni kan jobba med i vardagen, så såg litegrann avslutmötena ut.

Vi har erfarenhetssamtal nu när det här har lugnat ner sig, vad har vi lärt oss? Vad har du lärt dig av det här?

3. Struktur och strukturlöshet

Strukturen för krisstödsuppdraget benämndes av majoriteten av deltagarna. Upplevelsena skilde sig åt, där några såg strukturlösheten som något som hör kriser till och är krisens själva kärna och några såg bristen på struktur som något negativt och menade att en tydligare förutbestämd struktur kunde lett till ett förbättrat utförande av uppdraget. Några deltagare beskrev också hur strukturen växte fram under uppdragets gång och anpassades efter den specifika kontexten.

3.1 Strukturlöshet – en brist eller krisens essens?

Flera deltagare påtalade behovet av en tydligare struktur och ramar för uppdraget. Otydligheten som lyftes rörde bland annat riktlinjerna för uppdraget, där flera deltagare hade önskemål om tydligare riktlinjer för både ramar och innehåll i uppdraget. Några deltagare önskade en tydligare löpande planering och uppföljning av uppdraget. Ett par deltagare upplevde behov av tydliggöranden kring roller och mandat. Någon påtalade att bristen på struktur och förutbestämda roller ledde till friktion utförarna emellan.

Vem är det som bestämmer här? Vem har mandat att göra vad? /.../ Nu behöver vi sätta lite spelregler, sätta lite struktur, tydliggöra lite roller. Allt sånt som organisationsmänniskor vet att man behöver göra. Det kom liksom i efterhand, lite surt innan man tog tag i det, det var nybörjarmisstag tänker jag.

Flera deltagare beskrev strukturlösheten för uppdraget som en naturlig process och att bristen på struktur är krisens essens. Utifrån detta beskrev några deltagare att krisstödsarbete i princip mer eller mindre alltid påbörjas i ovetskap om hur behoven och strukturen kommer att se ut och att uppdraget är just att anpassa sitt arbetssätt efter de förhållanden som råder och som möter krishanteraren på plats. Någon menade också att kontexten i detta fall var så unik att det inte hade kunnat förutses vilken form av struktur som behövdes, utan att det utforskande arbetssättet var en nödvändighet i en så unik situation.

För detta menade några deltagare att det krävdes en flexibilitet i arbetssättet. Någon deltagare menade att en allt för förutbestämd struktur hade varit hindrande och minskat en flexibel och behovsstyrd anpassning av krisstödet. Ett par deltagare upplevde det som en frihet att själva kunna påverka uppdragets struktur och anpassa till de behov som uppstod i organisationen.

Det här utvecklades under tiden, för i början var det så här – vad gör vi? Men så är det i krishantering, man får liksom bygga båten medan den åker.

Så strukturen kom ju efter en stund. Men strukturen, vägen till struktur är flexibilitet.

3.2 Krishanterares olika behov

Flera deltagare benämnde olika krishanterares syn på behovet av förutbestämd struktur. En del menade att krisuppdrag kräver en förmåga att stå ut med, kunna hantera och till och med trivas med att arbeta utan förutbestämd struktur. Flera deltagare menade att en krishanterares förmåga att stå ut med låg grad av struktur också hängde ihop med lämpligheten som krishanterare i uppdraget, där en hög tolerans för ovisshet och strukturlöshet samt förmåga till flexibilitet ansågs som lämpligt hos en krishanterare.

Ja, men hela krishanteringen är ju flexibilitet. /.../ Ibland får man sitta i en lagerlokal, inklämd mellan två hyllor får man ta ett avlastningssamtal. Och man måste tycka att det är...jag ska inte säga kul, men man måste ändå trivas i den miljön. Och det var det inte alla som gjorde.

En sådan här insats kräver att man är mer flexibel. Att man inte utgår från några tidigare mallar eller bara är klar med vad exakt jag ska göra. Utan gå in i det här med enorm nyfikenhet, lyhördhet och anpassa sig till situationen.

4. Den egna personen som verktyg

Att som krishanterare använda sin egen person som verktyg var något som återkom i samtliga deltagares utsagor. Detta beskrevs utifrån egna förmågor och egenskaper, både inlärd och inövade strategier och kunskaper men också som något som hörde personligheten till.

4.1 Närvaro, genuint intresse och lugn

Samtliga deltagare lyfte personliga egenskaper och förmågor som viktiga i krishanteringen. De beskrev hur de använde sig själva som verktyg och att detta upplevdes vara en del av det verkningsfulla i insatserna. Några lyfte den egna förmågan till närvaro i stunden och empatiskt lyssnande som viktiga komponenter i krisstödsamtalen, där detta förhållningssätt hjälpte hälso- och sjukvårdspersonalen att komma i kontakt med egna känslor och behov. Några deltagare betonade vikten av lugn och att vara i kontakt med reaktionerna i

den egna kroppen. Förmågan att kunna använda sig själv som verktyg beskrevs både som ett inlärt förhållningssätt som tillägnats i och med utbildning och träning inom den egna professionen och tidigare krisstödsuppdrag, men också som en förmåga som hörde personligheten till.

Närvaron, uppriktigheten, att jag har varit nyfiken och verkligen velat veta hur de har det. /.../ Att det har varit viktiga värdefulla samtal där de har kunnat få reflektera över sig och sin situation.

Jag har haft väldig användning av min förmåga till närvaro och kontakt och att man kan få in någon form av lugn som gör att människor får en möjlighet att stanna upp och reflektera och få komma i kontakt med det som är och att alla känslor får finnas där. /.../ Att komma in som person. Det kanske låter självklart, men man behöver preparera sig för det, att inte dras med.

4.2 Frånvaron av vetenskaplig metod

Flera deltagare hade svårt att beskriva vilka metoder de arbetade utifrån och vilken vetenskaplig grund de baserade sina interventioner på. Några beskrev enstaka modeller med vetenskaplig grund, som de använde sig av i krisstödsarbetet. Någon hänvisade till en teori om grupputveckling. Majoriteten deltagare hade emellertid svårigheter att beskriva på vilken vetenskaplig grund eller utifrån vilken teoribildning de arbetade med krisstödet. I stället hänvisades återkommande till förhållningssätt eller personliga förmågor hos krishanteraren som ansågs viktiga för ett verksamt krisstödsarbete. Någon menade att hen i olika sammanhang och under olika utbildningar tillägnat sig många skilda metoder och förhållningssätt och att detta lett till en sammanblandning av metoder och resulterat i en bred verktygslåda, som också gjorde det svårt att hänvisa till någon särskild metod eller teoribildning. Någon uppgav även att det kändes pressande att svara på frågor om sin metod, då det var svårt att beskriva.

Tryggheten måste ligga i subjektet, att det inte kan sitta i en namnskyld där det står en titel eller det kan inte vara i verktygslåda, utan det måste ligga i subjektet.

Vi har väl haft lite olika varianter [teorier] som vi har jobbat med som har varit väldigt liksom...där de har varit väldigt hjälpta av... som kanske inte är de vanligaste, så jag blir så här... (skratt)/.../ För mig blir det så här att jag mixar ihop allting som är i min verktygslåda, så det blir lite svårt att sätta ord på vad som är vad exakt.

4.3 Att som krishanterare vara en del av krisen

Flera deltagare lyfte aspekten att själv vara en del av krisen parallellt med att ge krisstöd till personal i hälso- och sjukvården. Flera upplevde att detta var ytterligare en dimension som gjorde uppdraget annorlunda jämfört med andra krisstödjande uppdrag, där det tydligare är andra som är drabbade och krishanteraren själv inte är påverkad av krisen personligen. Detta ledde för flera till en ökad stress och belastning i situationen.

Några deltagare upplevde inte att det påverkade själva arbetet med krisstöd att själv vara en del av den samhällsliga krisen, men att det självklart var närvarande i livet som för alla människor och påverkade på ett privat plan. Det upplevdes också som en positiv upplevelse att få bidra under en samhällslig kris. Någon deltagare upplevde också möjligheten att få hjälpa med något konkret under den samhällsliga krisen var stärkande, att känna att hen var en del av något större.

Om jag går in på en arbetsplats när någon har dött i en olycka, då går jag in och liksom möter den här gruppen. Men jag är inte en del av det. Här är jag en del av det, det här är min familj en del av.

Många deltagare upplevde det som starkt meningsfullt att få bidra vid en samhällelig kris. Samtidigt uttryckte några att det var ett påfrestande uppdrag. En deltagare upplevde påfrestningen av uppdraget som så stor att hen inte hade valt att ta sig an det, om hen vetat om hur påfrestande det skulle bli. Flera deltagare beskrev att de själva gick igenom liknande reaktioner som sjukvårdspersonalen själva, att de i början av pandemin var rädda för att bli smittade och bära hem smitta till sina familjer, men att uppdraget kändes så viktigt och meningsfullt att de ändå ville fullfölja.

Det har varit viktigt, det har varit häftigt att få vara med. Men det har ju varit en tragedi att vara en del av. Och det är inte omhändertaget någonstans. Så hade du ringt in mig om ett par år och jag hade vetat att det skulle bli så här, då hade det inte varit värt det. Men det visste jag inte från början. Jag trodde det här skulle vara några veckor. Det trodde väl alla.

Jag är jättetacksam och stolt över att ha varit med om den här resan. Precis som jag också har förmedlat till personalgruppen, om just de här värdena som gör det meningsfullt, när det är värdefullt. /.../ Så jag har inte farit illa av det jag har gjort, utan tvärtom jag har vuxit av det och samtidigt som jag också har haft både rädsla och oro.

Flera deltagare beskrev att de tog egen handledning för att säkra sin egen hållbarhet under det långdragna arbetet. Några deltagare lyfter också stödet och samarbetet från de andra utförarna i uppdraget som betydelsefullt. En deltagare hade önskat mer stöd från uppdragsorganisationen och upplevde det stödet som otillräckligt. Stödet från anhöriga beskrevs också som viktigt av några. Ett par deltagare betonade vikten av egenvårdande aktiviteter och att själv tillämpa strategier i form av till exempel distraktion och att avskärma sig från nyheter för att vila.

Vi har sökt oss till varandra och pratat en del några av oss. Jag har sett till att jag har egen handledning vid sidan om, och ser till att jag får det stöd jag behöver för att orka göra det här.

Diskussion

Syftet med studien var att fördjupa kunskapen om tillämpning och anpassning av arbetssätt och metoder för krisstöd gentemot medarbetare och chefer inom hälso- och sjukvården under en pågående utdragen krissituation. Resultatet presenterades i form av fyra huvudteman med ett antal underteman. Diskussionen kommer följa samma struktur som resultatet.

Utforskande arbetssätt för att bli efterfrågad

Situationen under pandemin och hur den skulle komma att påverka hälso- och sjukvårdspersonalen var okänd för alla och det gick inte till fullo förutse vilka metoder för krisstöd som skulle vara effektiva och hjälpsamma i den speciella kontexten. De konkreta moment som uppdragsbeskrivningen innehöll (Klawitter, 2021), verkar enligt resultatet ha genomförts fullt ut. Förutom dessa yttre ramar, framstod det med all tydlighet i föreliggande studie att det fanns ett behov av ett utforskande arbetssätt för att nå fram med ett hjälpsamt stöd. Successivt växte arbetssättet fram och anpassades allt eftersom. Även i tidigare studier (Wei et al., 2020; Malik et al., 2021; Chen et al., 2020; Lefèvre et al., 2021) framstod det som att det varit ett sökande efter lämpliga metoder, för att sjukvårdspersonalen skulle få det stöd de behövde för att orka med sitt påfrestande uppdrag och undvika traumatisering och annan psykisk ohälsa. Detta verkade resultera i många olika former av vitt skilda insatser som omnämndes i forskningen. Mer detaljerade uppgifter om hur dessa stödsatser implementerades och genomfördes framgick mycket lite av. Aktuell studie blir därför ett bidrag till forskningen i form av en mer kvalitativ beskrivning av arbetssätt och tillämpning av metoder för krisstöd under en långdragen kris.

Resultatet i aktuell studie visade på en upplevd utmaning att nå fram med krisstöd till hälso- och sjukvårdspersonalen till följd av en ambivalens till psykologiskt stöd. Att hälso- och sjukvårdspersonal verkade ha en hög tröskel för att söka psykologiskt stöd, bekräftades även av tidigare forskning. Bland annat Cantu och Listy (2020) visade ett underanvändande av stöd trots psykiska ohälsosymptom hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Likaså Wei et al (2020) lyfte problematiken med en stigmatiserande kultur i sjukvården. Även i studien av Malik et al. (2021) uppvisade sjukvårdspersonalen misstänksamhet mot psykosocialt stöd.

Resultatet i föreliggande studie visade på hur denna tveksamhet till stöd frammanade flertalet anpassningar av arbetssättet, bland annat genom fysisk närvaro och tillgänglighet över längre tid, som sågs som förutsättningar för att skapa förtroende, bygga relationer och göra sig känd och accepterad i verksamheten. Detta resultat kan jämföras med studien av Malik et al. (2021), där sjukvårdspersonalens tveksamhet till stöd, ledde till en anpassning i form av just ökad närvaro och tillgänglighet, vilket också medförde en ökad motivation och tillit till stödet.

Ytterligare något som betonades i aktuell studie som väsentligt i arbetet med att nå fram med stöd, var att kunna erbjuda olika former av samt sökvägar för stöd, för att möta skilda behov vid olika tidpunkter av pandemin. Resultat från flera tidigare studier pekade likaså på vikten av individuell anpassning och valmöjligheter för att öka motivationen att söka hjälp. Bland annat Shechter et al. (2020) visade att copingstrategier och upplevda behov av stödsatser skilde sig åt och att det därför var viktigt att kunna påverka typen av stöd utifrån egna upplevda behov. Cao et al. (2020), belyste att personalen upplevde helt skilda copingstrategier som hjälpande. Även Santarone, McKenney och Elkbuli (2020) betonade vikten av att kunna erbjuda olika former av psykologiska stödsatser, för att underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal att söka hjälp utifrån vad som passade just dem och menade att detta också skulle kunna minska stigma kring psykologiskt stöd. Utifrån detta kan tänkas att ett hjälpsamt krisstöd under en långdragen kris behöver vara mångfacetterat och flexibelt för att kunna möta olika individuella liksom organisatoriska behov som skiftar under krisens gång.

Krisstöd på olika nivåer i organisationen

Medarbetarstödet

Enligt resultatet i aktuell studie verkade krisstödet till enskilda medarbetare ha stor betydelse och fylla flera funktioner. Att psykologiskt stöd till medarbetare i hälso- och

sjukvården hade betydelse fick också stöd i tidigare forskning. Det kan jämföras med studien av Digby et al. (2021) som lyfte det psykologiska stödet till medarbetare som en av flera viktiga faktorer för att minska risken för psykisk ohälsa, öka motståndskraften hos personalen och stärka möjligheterna att hantera den samhällseliga krisen. Även Walton, Murray och Christian (2020) betonade vikten av det psykologiska stödet till medarbetare.

Något som sågs som centralt i medarbetarstödet, enligt innevarande studie, var att stärka hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av att själva kunna bemästra situationen och öka känslan av självtillit, bland annat genom att aktivera tidigare fungerande copingstrategier. Detta bekräftades även i tidigare forskning. Bland andra Maunder et al. (2021) lyfte upplevelsen av egenförmåga eller self efficacy som viktig för att minska risken för psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Resultatet i aktuell studie betonade också krisstödet betydelse för återhämtning, hållbarhet och uthållighet hos personalen och hur krisstödet inriktades på att öka personalens resilience. Detta påvisades också i studien av Frias et al. (2020), som menade att psykologiskt stöd till hälso- och sjukvårdspersonal skulle kunna öka resilience i den påfrestande situationen som pandemin utgjorde.

Något annat som framkom i innevarande studie, var det upplevda ökade behovet av ett professionellt krisstöd i och med det minskade sociala stödet i privatlivet och ökade belastningen på arbetet. Detta resultat bekräftades även i studien av Frias et al. (2020). I eventuella framtida utdragna samhällskriser kan det tänkas vara viktigt att uppmärksamma när det sociala stödet minskar samtidigt som belastningen ökar och ha beredskap för att detta kan öka behovet ett professionellt stöd.

Detta leder in på ett annat resultat i aktuell studie, som pekade på betydelsen av gruppsamtal; att öka det kollegiala stödet i en tid när det privata sociala livet var decimerat, skapa en förstående gemenskap för avlastning och stöd, öka motivationen för arbetet samt ta tillvara det gemensamma lärandet i krisen. Enligt Powley (2009) ökade förmågan att hantera en kris, det vill säga resilience, för både individ och organisation vid upplevelse av goda relationer och socialt nätverk. Även i studien av Walton, Murray och Christian (2020) betonades vikten av det kollegiala stödet som en av flera faktorer som skulle kunna öka resilience hos medarbetarna. Enligt (Powley, 2009) kan det lärande och den utveckling som kan komma av kris leda till bättre beredskap för framtida kriser. Dock pekade resultaten i en studie av Wang et al. (2021) på en risk för ökad känslomässig utmattning av att dela sina upplevelser i grupp. Detta är ett resultat från en enstaka studie, men det är naturligtvis viktigt att ta i beaktande och något som behöver undersökas vidare. Denna risk var inget som påtalades i innevarande studie.

Med tanke på både denna studies resultat och tidigare forskning, så framstår gruppsamtal sammantaget vara en betydelsefull intervention, som skulle kunna öka resilience och förutsättningar för att hantera en långdragen kris för medarbetare i hälso- och sjukvården. Emellertid behöver alltid bedömning av gruppsamtal göras från fall till fall avseende den dynamik som uppstår och huruvida den kan leda till ökad belastning för gruppmedlemmarna.

Innevarande studie skiljde inte på stöd till paramedicinsk och medicinsk vårdpersonal, där behoven av stöd kan tänkas skilja sig åt. Med tanke på forskningen om hur olika grupper av medarbetare verkade påverkas olika under pandemin utifrån yrkesroll, kön och familjesituation (Luceno-Moreno et al., 2020) kan olika grupper också behöva olika former av riktat stöd. Utifrån att flera tidigare studier (Juan et al., 2020; Shechter et al., 2020; Luceno-Moreno et al., 2020; Azoulay et al., 2020) visade att kvinnor och sjuksköterskor löpte högre risk för psykisk ohälsa kan tänkas att kvinnlig hälso- och sjukvårdspersonal samt sjuksköterskor behöver ett särskilt fokus under långdragna kriser som drabbar vården. Forskningen går dock delvis isär gällande vilka yrkesgrupper som löper störst risk för psykisk ohälsa och även suicid. Viss forskning pekar på den ökade suicidrisken för läkare och då framförallt kvinnliga läkare (Dutheil et al., 2019), annan forskning på den ökade suicidrisken

för sjuksköterskor (Davies et al., 2021). Ytterligare andra studier belyser risken för psykisk ohälsa för de yrkesgrupper som har mycket direktkontakt med patienter, den första linjens vårdpersonal (Juan et al., 2020; Mattila et al., 2020; Shechter et al., 2020), Luceno-Moreno et al., 2020; Azoulay et al., 2020). Innevarande studie undersöker inte närmare hur krisstödet anpassades till just individuella behov utifrån kön och yrkesroll annat än utifrån chefsroll eller medarbetare mer generellt. Detta kan vara viktiga aspekter att ta hänsyn till vid framtida liknande situationer och även undersöka i mer riktad forskning, för att kunna utforma specifika stödinsatser till särskilt riskutsatta grupper inom hälso- och sjukvården.

Chefsstödet

Resultatet i innevarande studie belyste också chefsstöd som en viktig del av krisstödet, där chefer hade behov av stöd både som individer precis som andra enskilda medarbetare i hälso- och sjukvården och i chefsrollen. Belastningen på cheferna ökade kraftigt under pandemin i och med stora organisatoriska utmaningar och samtidigt en belastad personalsituation. Något som betonades som viktigt var därför att aktivera det kollegiala stödet. Så precis som för medarbetarna framstod stödet av gruppen som värdefullt för cheferna och som något som gynnade ett gott ledarskap, men även ett individuellt professionellt chefsstöd. Vikten av chefsstöd bekräftades även i tidigare forskning, där flera studier pekade på betydelsen av ett välfungerande ledarskap i kris. Bland annat Juvet et al. (2021) betonade möjligheterna att öka resilience och anpassningsförmåga hos både individ och organisation genom att öka stödet till chefer och därigenom förbättra problemlösnings- och kommunikationsförmåga. Även Walton, Murray och Christian (2020) framhöll ett ödmjukt, mänskligt ledarskap med god kommunikationsförmåga som betydande komponenter som gynnade resilience hos individ och organisation.

En annan aspekt som framkom i innevarande studie var ledarskapets inverkan på det etiska klimatet samt hur hälso- och sjukvården under pandemin ställdes inför mycket svåra etiska beslut. Detta lyftes fram också i tidigare forskning. Enligt Azalou et al (2020) innebar pandemin en kraftig ökning av etiskt svåra beslut, där oetiskt beslutsfattande och sämre etiskt klimat hade ett samband med psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta sätter ytterligare fokus på betydelsen av ledarskap i kris och därmed också stödet till chefer, som ställs inför svåra etiska ställningstaganden som påverkar organisationen i stort. Genom att ge rätt stöd till chefer vid långdragna kriser skulle troligen det etiska klimatet och därmed också hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsituation och hälsa kunna påverkas på gynnsamma sätt.

Något som också belystes i innevarande studie var vikten av samarbetet krishanterare och chefer sinsemellan, bland annat som ett sätt att fånga upp medarbetare i behov av utökat stöd och behandling för att undvika kroniska besvär. Med tanke på tidigare studier som visat på kraftigt ökad psykisk ohälsa hos hälso- och sjukvårdspersonal under pandemin (Zhou et al., 2020; Zhang et al., 2020) framstår tydligt behovet av att på olika sätt identifiera och erbjuda adekvat behandling. Detta belystes även i en studie av Malik et al., 2021, där det beskrevs hur sårbara medarbetare identifierades i just samarbete med chefer, för att kunna erbjudas utökat stöd. Således kan tänkas, att ett nära samarbete krishanterare och chef emellan liksom ett kvalificerat chefsstöd, bör vara prioriterade insatser under en långvarig kris, då dessa insatser skulle kunna förbättra den organisatoriska arbetsmiljön, möjliggöra identifiering av medarbetare som riskerar kroniska besvär samt säkra chefers hållbarhet i en mycket krävande situation.

Krisstödet anpassning och betydelse över tid

Aktuell studie visade också på behovet av ett föränderligt krisstöd under den långdragna krisen, eftersom behoven skiftade under krisens gång. Detta antyder att det finns ett värde av

ett flexibelt arbetssätt med en ständig anpassning till krisens utveckling. Detta har tidigare forskning inte gått in på i någon större utsträckning.

Ytterligare något som belystes i innevarande studie var krisstödet symboliska och kulturförändrande betydelse. Dels kunde krisstödet ses som en signal om att ledning och organisation värdesatte och såg personalens behov och viktiga bidrag i den samhälleliga krisen. Dels verkade det kunna fungera kulturförändrande. Genom den upplevda spridningseffekt krisstödet fick, när allt fler vågade berätta för kollegor om att de själva sökt stöd, verkade attityderna till att söka stöd förändras. Detta skulle kunna indikera en viss kulturförändring. Innevarande studie kan inte uttala sig om varken kulturen i sjukvården eller den långsiktiga påverkan av den långvariga krisstödsinsatsen. Dock kan det vara en viktig synvinkel att undersöka vidare, huruvida krisstöd under en långvarig kris skulle kunna bidra till en mer tillåtande kultur och förändrad syn på psykisk ohälsa i sjukvården. I och med att ledningen erbjuder och motiverar till ett psykologiskt krisstöd skulle kulturen kunna påverkas i en positiv riktning och visa vägen för en annan mer accepterande kultur och därmed förbättrad arbetsmiljö. Detta är inget som direkt påtalats i tidigare forskning.

Struktur och strukturlöshet

Det tema som rörde struktur liksom bristen på sådan visade på de olika perspektiv skilda deltagare hade. Några upplevde strukturlösheten och därmed det utforskande arbetssättet som en förutsättning i varje kris, medan andra menade att en bättre struktur skulle öka möjligheterna för ett optimalt genomfört uppdrag. Att perspektiven var så olika är inte helt oväntat då det rörde sig om ett relativt heterogent urval i form av profession, utbildningsbakgrund och erfarenheter. Dessa diametralt olika perspektiv innebar troligen också en dynamik mellan deltagarna. En långvarig kris medför oundvikligen en längre tids samverkan olika parter emellan. Detta ställer stora krav på samarbete och kommunikation och det är inte heller helt oväntat att det kan uppstå friktion. Det kan också spekuleras i om det fanns parallella processer för vad sjukvårdspersonalen gick igenom och krishanterarna själva upplevde, då krisen för alla inblandade parter innebar strukturlöshet, kontrollförlust och sökande efter fungerande arbetssätt. Det är inte helt otänkbart att frustration och maktlöshet hos sjukvårdspersonalen också påverkade krishanterarnas upplevelse av situationen och sitt eget uppdrag.

Hur samarbetet har fungerat mellan parter som stått för stödinsatser i hälso- och sjukvården under pandemin, är inte något som har berörts i tidigare forskning. Oavsett anledning till de diametralt olika uppfattningarna gällande struktur, så ger detta en viktig lärdom till liknande långdragna insatser, i form av vikten av att följa upp och ge styrning till samarbetet krishanterare emellan och även beakta de eventuella parallellprocesser kriser kan medföra.

Den egna personen som verktyg

Resultatet belyste temat att se den egna personen som ett viktigt verktyg vid krishantering. Med detta avsågs både kunskaper och färdigheter tillägnade genom utbildning och träning samt något som hörde den egna personligheten till i form av egenskaper, som sågs som viktiga förutsättningar för uppdraget. Parallellt med att betydelsen av den egna personen som verktyg betonades, framstod den vetenskapliga metoden som svår att greppa och utmanande att återge och hänvisa till för krishanterarna. Även i tidigare forskning kring stödinsatser under pandemin framgick mycket lite av vilka vetenskapliga metoder som legat

till grund för olika stödinsatser. I några fall hänvisades till insatser som stödgrupper, psykiatriskt långtidsstöd, krisstöd etc (Ripp, Peccoralo & Charney, 2020). Det framgick dock relativt lite om vilka teorier eller vetenskapliga metoder dessa insatser vilade på. I en annan studie av Malik et al., 2021 användes begreppet psykologisk första hjälpen. Någon djupare beskrivning av hur detta tillämpades gavs inte. Andra studier beskrev hur de gav psykologiskt stöd via en telefonlinje (Wei et al., 2020; Kang et al., 2020; Chen et al, 2020) och hur det erbjöds webinar kring olika teman, online-kurser och gruppaktiviteter för att minska stress (Chen et al, 2020). Inte heller där gavs närmare beskrivning av vetenskaplig metod för dessa insatser eller utförligare beskrivning av utförande, anpassning eller implementering. En något närmare beskrivning gavs av Presti et al. (2020) som hänvisade till att flera evidensbaserade stressreducerande interventioner hade tillämpats för att stötta sjukvårdspersonalen. Bland insatserna beskrevs information om egenvård, mindfulnessövningar, mindfulnessbaserat psykoedukativt material, psykologiskt stöd via en telefonlinje bemannad av psykoterapeuter och uppsökande stöd till sjukvårdspersonal i ansvarsroller samt gruppinterventioner och debriefing till intensivvårdsavdelningar. Dessa interventioner återfinns också i resultatet i innevarande studie från deltagarnas utsagor. Dock kvarstår att den vetenskapliga grunden eller teoribildning bakom insatserna är svår att återge för deltagarna. Frågan är om den relativt utforskade kontexten med stöd till sjukvårdspersonal under en pandemi framtingar ett pragmatiskt arbetssätt i form av just ett kontinuerligt utforskande och prövande av metoder samt användande av den egna personen som verktyg. Då det inte finns tillräcklig forskning och beprövad erfarenhet att vila på i val av arbetssätt och metoder, får eventuellt pragmatism och ett utforskande arbetssätt fylla platsen. Krishanterarna får vila sina metoder på generell kunskap om krishantering och på beprövad erfarenhet från liknande situationer. Inom detta område finns ett stort behov av ytterligare forskning, framförallt kring val av metoder och faktisk effekt av dessa.

Temat kring den egna personen som verktyg leder in på frågan om lämpliga kunskaper och egenskaper som krishanterare och bedömningen av vilka krishanterare som är lämpliga för liknande uppdrag, något som flera deltagare lyfte som en fråga. Vilken kompetens lämpar sig då bäst i liknande uppdrag med långdragna kriser? Detta är ingen fråga som besvaras i aktuell studie. Med tanke på deltagarnas heterogena utbildningsbakgrund och kompetens är det inte förvånande att åsikterna om detta gick isär. I resultatet i denna studie lyftes bland annat förmågor som inte direkt behöver vara knutna till formell kompetens; kunna hantera strukturlöshet och oförutsägbarhet, flexibilitet avseende aktivitet/passivitet, finkänslighet samt förmåga till närvaro och lugn. Andra kunskaper och erfarenheter som betonades var förmågan till kvalificerad psykologisk bedömning, för att kunna fånga upp individer i behov av stöd, bedöma psykisk status och hänvisa till rätt instanser, vilket antas vara närmare knutet till profession och formell kompetens än personliga egenskaper. Andra kompetenser rörde erfarenhet och kunskap om krisledning, chefsstöd liksom psykologisk första hjälpen samt erfarenhet av tidigare arbetsrelaterade kriser, som mer verkar härröra från utbildning eller arbetserfarenhet. I tidigare forskning framgick oftast inte vilken kompetens som användes för olika former av insatser, medan det i några få studier specificerades till viss del. Bland annat i studien av Ripp, Peccoralo och Charney (2020) användes socionom och psykolog för digitala stödgrupper, men också kollegialt stöd i olika insatser där ingen formell psykologisk kompetens lyftes fram. I studien av Malik et al. (2021) användes personal från en psykiatrienhet för bedömning av psykisk status hos personalen, vilka professioner framgick inte. I en studie av Kang et al. (2020) användes psykiater i olika medicinska och psykologiska interventioner för personalen men också volontärer som fått psykologisk utbildning fick bemanna en stödlinje. I studien av Lefèvre et al. (2021) där projektet La Bulle beskrevs, användes psykiater och psykologer men också andra professioner. Sammantaget framgick det mycket lite i tidigare forskning av hur rekrytering av viss personal till liknande insatser gått till eller vad som avgjort

val av vissa professioner. Frågan kring vilken formell och reell kompetens som behövs för liknande uppdrag blir viktig att se över till framtida utdragna krissituationer.

En särskild dimension av krishanteringen under pandemin var att krishanterarna också var en del av den kris som pågick med allt vad det innebar i form av rädsla för smitta, oro för anhöriga och egen social distansering. Att samtidigt dagligen ta del av svåra berättelser från sjukvården tordes påverka även krishanterarna. För en del verkade detta innebära en påtaglig belastning, medan det för andra visserligen verkade beröra dem, men inte påverka arbetet i uppdraget i större utsträckning. Vikten av att säkerställa tillräckligt stöd också till krishanterarna framstår som viktigt vid framtida liknande situationer, då det både kan påverka den egna hälsan och utförande av uppdraget samt förmågan att kunna hantera det under en längre period.

Metoddiskussion

Nedan diskuteras val av forskningsansats och konsekvenserna av olika metodologiska beslut som tagits i denna studie samt deras påverkan på resultatet.

Forskningsmetod

Med tanke på att avsikten var att få en så bred förståelse som möjligt av krishanterarnas upplevelser och erfarenheter av sitt arbetssätt samt anpassningar av det till den särskilda situationen, valdes en kvalitativ och explorativ forskningsansats (Braun & Clarke, 2006). Den kvalitativa ansatsen kan ge en bredare kunskap som sedan kan ligga till grund för vidare kvantitativ generaliserbar forskning i specifika delar av ämnet. För detta ändamål fyllde semistrukturerade intervjuer bäst funktion. Den semistrukturerade intervjun ger enligt Bryman (2018) möjlighet att få en övergripande bred bild men samtidigt kunna fördjupa viktiga fokusområden. Den explorativa och kvalitativa ansatsen bedöms sammantaget ha fungerat ändamålsenligt. Studien gav en fördjupad förståelse och breddad bild av krisstöd gentemot sjukvårdspersonal under en långdragen kris.

Analysmetod

För tematisering av intervjuerna valdes en tematisk analys, eftersom denna analysmetod enligt Braun och Clarke (2006) ger möjlighet att utforska området så brett och så djupt som bedöms relevant utifrån intervjumaterialet med utgångspunkt i forskningsfrågan. För att undersöka materialet förutsättningslöst och kunna fokusera på den enskilda deltagarens upplevelse bedömdes en induktiv tematisk analys skapa bättre förutsättningar än en mer styrd linje för linje-kodning. Eftersom analysprocessen inte utgick från ett förutbestämt ramverk eller en teoretisk ansats valdes en induktiv analys framför en deduktiv (Braun & Clarke, 2021). Analysen utgick inte heller från några förutbestämda teman, vilket gjorde att tematisk analys lämpade sig bättre än innehållsanalys (Bryman, 2018). Det framstod heller inte som relevant att göra en kvantifiering av data vilket görs vid innehållsanalys, då syftet inte var att ta reda på hur frekvent vissa teman förekom utan snarare att få en övergripande helhetsbild (Bryman, 2018).

Extern intervjuare och sekretess

Beslutet att låta en extern part utföra intervjuerna bedömdes innebära fördelar som övervägde nackdelarna med att författaren själv skulle intervjuas. Vikten av att informanterna skulle känna sig fria att uttrycka sig kring sitt arbetssätt utan närvaron av tankar på vad uppdragsgivaren kunde komma att tänka avgjorde detta beslut. Förhoppningen var att informanterna skulle känna sig så trygga med aidentifiering av det transkriberade materialet

och garanterad anonymitet, att de skulle känna sig fria att dela sina perspektiv och vara öppna med svårigheter. Deltagarna fick både skriftlig och muntlig information om processen för avidentifiering och att författaren inte skulle ta del av de inspelade intervjuerna. Nackdelen med detta tillvägagångssätt var att nyanser i själva ljudinspelningen av intervjuerna eventuellt gick förlorade i analysen. För att säkerställa att författaren inte misstolkat eller missat viktiga teman till följd av detta stämde temana av med intervjuaren.

Valet av en intervjuare som också var leg psykolog gjordes utifrån olika överväganden. En psykolog antogs kunna vidareutveckla och fördjupa frågor under intervjuens gång utifrån deltagarens utsaga men med samtidig förankring i intervjuguiden och frågeställningen. Detta hade varit svårt för en intervjuare som inte hade någon psykologisk förkunskap och utbildning. Att intervjuerna eventuellt påverkades av intervjuarens egen förförståelse och kunskap som psykolog går inte att bortse från, men fördelarna med att välja en intervjuare med denna förkunskap övervägde klart nackdelarna. Det kan också ses som en styrka att intervjuaren hade denna kompetens och förkunskap, med möjligheten att fånga upp och fördjupa väsentliga frågeställningar under intervjuens gång och därmed kunde förhålla sig flexibelt till intervjuguiden.

Perspektivmedvetenhet

För att säkra att samtliga teman var tydligt förankrade i textinnehållet återvändes kontinuerligt till det transkriberade ursprungsmaterialet. Författarens egna förkunskaper, både som psykolog och utifrån arbete med krisstöd, kan naturligtvis ha påverkat inriktningen på analysen och valet av betydande teman och hindrat en friare analys fränkopplad från förutbestämda antaganden. Samtidigt kan författarens förförståelse också ses som en fördel i och med en eventuell djupare förståelse för deltagarnas perspektiv. För att säkerställa att deltagarna inte skulle kunna identifiera varandra, redovisades inte citaten i anslutning till viss kod för varje deltagare och inte heller med beskrivning av annan data för deltagaren. Sådan information skulle kunna göra att deltagare identifierade varandra, genom att sätta flera citat i samband med varandra. Detta minskar dock transparensen för läsaren, samtidigt som denna avvägning bedömdes som nödvändig då sekretessen och tryggheten för deltagarna måste prioriteras. Trots detta bedöms citaten skapa tillräcklig förankring i materialet för att ge läsaren en adekvat insyn i författarens tolkningsgrund. För att öka validiteten och säkerställa att citat tolkats i enlighet med data, stämde dessa av mot intervjuarens övergripande uppfattning av materialet.

Generaliserbarhet

Studien bedöms ha gett värdefulla insikter om krisstöd i den särskilda kontexten. Emellertid kan det vara svårt att generalisera utifrån resultatet. Det rör sig om ett tiotal krishanterare som arbetat på uppdrag av en och samma organisation, vilket kan styra deras syn på krisstöd. Samtidigt är urvalet relativt heterogent med olika yrkeskategorier och bakgrund, vilket troligen gör deras syn på och metoder för krisstöd diversifierad. Krisstödet implementerades i en svensk region på fem olika akutsjukhus, som också säkerligen vart och ett av dem präglades av viss organisatorisk kultur som påverkade både stödbehov hos hälso- och sjukvårdspersonal och implementering liksom anpassning av krisstödet. De olika deltagarna arbetade med mycket olika frekvens i uppdraget. Denna skillnad påverkade eventuellt också upplevelsen av uppdraget och tillämpningen av metoder. Eftersom urvalet endast utgörs av tio deltagare går det inte urskilja några tendenser utifrån frekvens i uppdraget eller dra några slutsatser om hur detta påverkade resultatet. Deltagarna bemannade också olika sjukhus i olika konstellationer och deltagarnas inbördes samarbete kan även det ha påverkat deras syn på krisstödet. Inte heller detta kan dras några slutsatser om i innevarande studie på grund av avidentifiering av materialet och därmed borttagande av namn på sjukhus.

Trots detta borde studiens resultat kunna ge viktiga lärdomar och till viss del kunna generaliseras till liknande förhållanden inom svensk sjukvård vid framtida långdragna kriser och således ge idéer till olika sätt att implementera ett krisstöd. Studien borde också kunna fungera som underlag till fördjupande och mer generaliserbar forskning.

Slutsatser

Syftet med studien var att fördjupa kunskapen om tillämpning och anpassning av arbetssätt samt metoder för krisstöd gentemot hälso- och sjukvårdspersonal under en pågående, utdragen krissituation. Analysen visade att det krävdes ett utforskande arbetssätt för att nå hälso- och sjukvårdspersonalen, som upplevdes som en svårnådd målgrupp med stora behov av stöd. Ett individualiserat, flexibelt och föränderligt krisstöd uppfattades öka möjligheterna att nå fram med adekvata stödinsatser. Ett aktivt uppsökande arbetssätt och fysisk närvaro betonades som särskilt betydelsefullt. Stödet anpassades för att möta behov på olika nivåer i organisationen och för olika medarbetargrupper, vars behov i många fall var liknande men också gick isär och framför allt förändrades under krisens gång. Resultatet visade också på krishanterarnas olika behov av struktur för uppdraget, där en tydlig styrning framstod som väsentlig. Den egna personen sågs som ett viktigt verktyg i krishanteringen, där både informell och formell kompetens liksom personliga egenskaper ansågs ha betydelse. Utifrån att den samhällsliga krisen påverkade alla kom också krishanterarna att beröras i olika grad och ha behov av eget stöd under den långvariga insatsen.

Avslutande reflektioner och förslag till vidare forskning

Metoder för krisstöd till svensk hälso- och sjukvårdspersonal under en pandemi var ett relativt utforskat område och behovet av ytterligare forskning framstod tydligt. Tidigare forskning gav inte närmare beskrivning av metoder, anpassning och implementering av krisstöd gentemot hälso- och sjukvården varken under pandemin eller under andra långdragna kriser. Innevarande studie är förhoppningsvis ett bidrag till forskningen i form av en konkret beskrivning av innehåll och anpassningar av ett krisstöd i den specifika kontexten. Genom att beskriva upplevelser av utmaningar, men också framgångsfaktorer i tillämpning och anpassning av krisstödet, möjliggörs ytterligare anpassningar av insatser i framtida långdragna kriser. Behov finns av liknande kvalitativ forskning i fler och likartade kontexter, till exempel krisstödsinsatser i annan svensk eller internationell sjukvård under en pandemi. Bland annat skulle hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av att ha tagit del av krisstödet behöva undersökas i ett första steg liksom olika yrkesgruppers specifika behov utifrån skilda riskfaktorer. Därtill behövs också generaliserbar kvantitativ forskning och studier som kan visa på effekten av ett krisstöd.

Referenser

- Alexiou, E., Steingrimsdottir, S., Akerstrom, M., Jonsdottir, I., Ahlstrom, L., Finizia, C., Wijk, & H, Degl'Innocenti, A. (2021). A Survey of Psychiatric Healthcare Workers' Perception of Working Environment and Possibility to Recover Before and After the First Wave of COVID-19 in Sweden. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 770955.
- Azoulay, E., De Waele, J., Ferrer, R., Staudinger, T., Borkowska, M., Povoia, P., Iliopoulou, K., Artigas, A., Schaller, S., Har, M., Pellegrini, M., Darmon, M., Kesecioglu, J., & Cecconi, M. (2020). Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 110.
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37-47.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bryman, A., & Nilsson, B. (2018). Samhällsvetenskapliga metoder (Tredje upplagan ed.).
- Cantu, L., & Thomas, L. (2020). Baseline well-being, perceptions of critical incidents, and openness to debriefing in community hospital emergency department clinical staff before COVID-19, a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 82-8.
- Cao, J., Wei, J., Zhu, H., Duan, Y., Geng, W., Hong, X., & Zhu, B. (2020). A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 252-254.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), E15-E16.
- Cho, H., Sagherian, K., & Steege, L. (2021). Hospital Nursing Staff Perceptions of Resources Provided by Their Organizations During the COVID-19 Pandemic. *Workplace Health & Safety*, 69(4), 174-181.
- Cole, C., Waterman, S., Hunter, E., Bell, V., Greenberg, N., Rubin, G., & Beck, A. (2021). Effectiveness of small group cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in Ebola treatment centre staff in Sierra Leone. *International Review of Psychiatry* (Abingdon, England), 33(1-2), 189-197.
- Davis, M., Cher, B., Friese, C., & Bynum, J. (2021). Association of US Nurse and Physician Occupation With Risk of Suicide. *JAMA Psychiatry* (Chicago, Ill.), 78(6), 651-658.
- Digby, R., Winton-Brown, T., Finlayson, F., Dobson, H., & Bucknall, T. (2021). Hospital staff well-being during the first wave of COVID-19: Staff perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 440-450.
- Dong, Z., Ma, J., Hao, Y., Shen, X., Liu, F., Gao, Y., & Zhang, L. (2020). The social psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical staff in China: A cross-sectional study. *European Psychiatry*, 63(1), E65.
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J., Trousselard, M., Lesage, F., & Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 14(12), E0226361.
- Frias, C., Cuzco, C., Frias Martin, C., Perez-Ortega, S., Trivino Lopez, J., & Lombrana, M. (2020). Resilience and Emotional Support in Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(6), 5-6.
- Fullerton, C., McKibben, J., Reissman, D., Scharf, T., Kowalski-Trakofler, K., Shultz, J., &

- Ursano, R. (2013). Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Alcohol and Tobacco Use in Public Health Workers After the 2004 Florida Hurricanes. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 7(1), 89-95.
- Han, B., Crosby, A., Ortega, L., Parks, S., Compton, W., & Gfroerer, J. (2016). Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18–64 years in the United States. *Comprehensive Psychiatry*, 66, 176-186.
- Jonsdottir, I., Degl’Innocenti, A., Åhlström, L., Finizia, C., Wijk, H., & Åkerström, M. (2021). A pre/post analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the psychosocial work environment and recovery among healthcare workers in a large university hospital in Sweden. *Journal of Public Health Research, Journal of public health research*, 2021-07-14.
- Juan, Y., Yuanyuan, C., Qiuxiang, Y., Cong, L., Xiaofeng, L., Yundong, Z., Jing, C., Peifeng, Q., Yan, L., Xiaojiao, X., & Yujie, L. (2020). Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psychiatry*, 103, 152198.
- Juvet, T., Corbaz-Kurth, S., Roos, P., Benzakour, L., Cereghetti, S., Moullec, G., Suard, J., Vieux, L., Wozniak, H., Pralong, J., & Weissbrodt, R. (2021). Adapting to the unexpected: Problematic work situations and resilience strategies in healthcare institutions during the COVID-19 pandemic’s first wave. *Safety Science*, 139, 105277.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet. Psychiatry*, 7(3), E14.
- Kim, S., Shin, D., Oh, K., Kim, E., Park, Y., Shin, Y., & Lim, S. (2018). Gender Differences of Occupational Stress Associated with Suicidal Ideation among South Korean Employees: The Kangbuk Samsung Health Study. *Psychiatry Investigation*, 15(2), 156-163.
- Klawitter, M. (2021) Rapport pandemirelaterat krisstöd 2020-2021. Falck Healthcares skriftlig rapportering till Region Stockholm.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H. Wang, G. Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), E203976.
- Lefèvre, H., Stheneur, C., Cardin, C., Fourcade, L., Fourmaux, C., Tordjman, E., Touati, M., Voisard, F., Minassian, S., Chaste, P., Moro, M., & Lachal, J. (2021). The Bulle: Support and Prevention of Psychological Decompensation of Health Care Workers During the Trauma of the COVID-19 Epidemic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(2), 416-422.
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5514.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190.
- Malik, M., Peirce, J., Van Wert, M., Wood, C., Burhanullah, H., & Swartz, K. (2021). Psychological First Aid Well-Being Support Rounds for Frontline Healthcare Workers During COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 669009.
- Manzano García, G., & Ayala Calvo, J. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 832-844.

- Mattila, E., Peltokoski, J., Neva, M., Kaunonen, M., Helminen, M., & Parkkila, A. (2021). COVID-19: Anxiety among hospital staff and associated factors. *Annals of Medicine* (Helsinki), 53(1), 237-246.
- Maunder, R., Heeney, N., Kiss, A., Hunter, J., Jeffs, L., Ginty, L., Johnstone, J., Loftus, C., & Wiesenfeld, L. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on hospital workers over time: Relationship to occupational role, living with children and elders, and modifiable factors. *General Hospital Psychiatry*, 71, 88-94.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L., Steinberg, R., & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 168(10), 1245-1251.
- Panse, S., Parikh, D., Santre, M., Wadgaonkar, G., Gholap, S., Raidurg, K., More, J., Karad, A., Meshram, N., & Sikchi, R. (2021). Psychological impact and coping strategies in health-care workers during the coronavirus disease 2019 pandemic at a dedicated coronavirus disease 2019 hospital: A cross-sectional study. *Indian Journal of Social Psychiatry : Official Publication of Indian Association for Social Psychiatry*, 37(1), 98-104.
- Poonian, J., Walsham, N., Kilner, T., Bradbury, E., Brooks, K., & West, E. (2020). Managing healthcare worker well-being in an Australian emergency department during the COVID-19 pandemic. *Emergency Medicine Australasia*, 32(4), 700-702.
- Selman, L., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), E81-E86.
- Powley, E. (2009). Reclaiming resilience and safety. *Human Relations* (New York), 62(9), 1289-1326.
- Presti, G., Dal Lago, B., Fattori, A., Mioli, G., Moderato, P., Sciaretta, L., & Costantino, M. (2020). Mental health support to staff in a major hospital in Milan (Italy) during the COVID-19 pandemic: A framework of actions. *General Psychiatry*, 33(4), E100244.
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: A cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3), E100259.
- Ripp, J., Peccoraro, L., & Charney, D. (2020). Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City Health System During the COVID-19 Pandemic. *Academic Medicine*, 95(8), 1136-1139.
- Rodriguez-Vega, B., Palao, A., Munoz-Sanjose, A., Torrijos, M., Aguirre, P., Fernandez, A., Amandor, B., Rocamora, C., Blanco, L., Marti-Esquitino, J., Ortiz-Villalobos, A., Alonso-Sanudo, M., Cebolla, S., Curto, J., Villanueva, R., De-la-Iglasia, M., Carracedo, D., Casado, C., Vidal, E., Trigo, D., Iglesias, N., Cabanas, D., Mellado, L., Garcia, D., Frenandez-Encinas, C., Navarro, R., Mediavilla, R., Vidal-Villegas, M., Bravo-Ortiz, M., & Bayon, C. (2020). Implementation of a Mindfulness-Based Crisis Intervention for Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak in a Public General Hospital in Madrid, Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 562578.
- Santarone, K., McKenney, M., & Elkbulli, A. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 1530-1531.
- Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D., Ye, S., Agarwal, S., Birk, J., Brodie, D., Connone, D., Chang, B., Claassen, J., Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., Ficens, R., Hochman, B., Homma, S., Kronish, I., Lee, S., Manzano, W., Mayer, L., Laurel, E., McMurry, C., Moitra, V., Pham, P., Rabbani, L., Rivera, R., Schwartz, A.,

- Schwarz, J., Shapiro, P., Shaw, K., Sullivan, A., Vose, C., Wasson, L., Edmondson, D., & Abdalla, M. (2020). Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry*, 66, 1-8.
- Tugade, M., & Fredrickson, B. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247.
- Wang, H., Zhou, X., Jia, X., Song, C., Luo, X., Zhang, H., Wu, H. & Ye, J. (2021). Emotional exhaustion in front-line healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Wuhan, China: The effects of time pressure, social sharing and cognitive appraisal. *BMC Public Health*, 21(1), 829.
- Wang, Y., Duan, Z., Peng, K., Li, D., Ou, J., Wilson, A., Wang, N., Si, L., & Chen, R. (2021). Acute Stress Disorder Among Frontline Health Professionals During the COVID-19 Outbreak: A Structural Equation Modeling Investigation. *Psychosomatic Medicine*, 83(4), 373-379.
- Wei, E., Segall, J., Villanueva, Y., Dang, L., Gasca, V., Gonzalez, M., Roman, M., Mendez-Justiniano, I., Cohen, A., & Cho, H. (2020). Coping With Trauma, Celebrating Life: Reinventing Patient And Staff Support During The COVID-19 Pandemic. *Health Affairs Web Exclusive*, 39(9), 1597.
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C. Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- Xu, X., Wang, W., Chen, J., Ai, M., Shi, L., Wang, L., Hong, S., Zhan, Q., Hu, H., Li, X., Cao, J., Lv, Z., Du, L., Li, J., Yang, H., He, X., Chen, X., Chen, R., Luo, Q., Zhou, X., Tan, J., Tu, J., Jiang, G., Han, Z., & Kuang, L. (2021). Suicidal and self-harm ideation among Chinese hospital staff during the COVID-19 pandemic: Prevalence and correlates. *Psychiatry Research*, 296, 113654.
- Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chan, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F. & Wang, H. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250.
- Zhou, Y., Wang, W., Sun, Y., Qian, W., Liu, Z., Wang, R., Qi, L., Yang, J., Song, X., Zhou, X., Zeng, L., Liu, T., Li, Z., & Zhang, X. (2020). The prevalence and risk factors of psychological disturbances of frontline medical staff in china under the COVID-19 epidemic: Workload should be concerned. *Journal of Affective Disorders*, 277, 510-514.

Intervjuguide

Bakgrund

- Hur länge har du arbetat med krisstöd?
- Vad har du för erfarenhet av krisstöd sedan innan?

Uppdragets ramar

- Beskriv ramarna för ditt uppdrag inom Region Stockholm för Falck Healthcare under pandemin.
 - Gentemot vilka typer av verksamheter inom Region Stockholm har du arbetat? Exempelvis intensivvård, akutmottagning, geriatrik, rehabilitering, kirurgi etc. Kan vara flera olika verksamheter.
 - Ungefär under vilka perioder och i vilken omfattning? Exempelvis ”tre dagar i veckan i fem veckor under första vågen av pandemin och en dag i veckan i åtta veckor under andra vågen av pandemin”.
- Beskriv målgruppen för krisstödet under ovanstående uppdrag.
 - Chefer, medarbetare, grupper?
- Beskriv innehållet i ditt arbete under ovanstående uppdrag. Exempelvis föreläsningar, chefsstöd, medarbetarstöd, mindfulnessgrupper, handledning av kollegor.

Beskrivning och upplevelse av uppdraget och dess utförande

- Beskriv din syn på behovet av krisstöd på olika nivåer i organisationen?
 - Hur har medarbetarnas behov sett ut?
 - Hur har chefernas behov sett ut?
 - Hur har gruppernas behov sett ut?
- Om behoven av krisstöd har ändrat sig under pandemins gång, i så fall hur?
 - Hur har medarbetarnas behov ändrat sig?
 - Hur har chefernas behov ändrat sig?
 - Hur har gruppernas behov ändrat sig?
- På vilka sätt har ditt arbetssätt för krisstöd under pandemin liknat tidigare kriser du hanterat?
- Vilka lärdomar från andra kriser har du haft användning för?
- Hur har arbetet med krisstöd under pandemin skilt sig åt från annat krisstöd du tidigare arbetat med?

- På vilka sätt har du fått anpassa ditt arbetssätt för krisstöd under pandemin för att möta den särskilda situationen?
 - För medarbetare?
 - För chefer?
 - För grupper?
- Hur har det varit för dig att anpassa ditt arbetssätt utifrån den särskilda situationen?
- På vilket sätt upplever du att krisstödet har varit hjälpsamt för målgruppen?
 - För medarbetare?
 - För chefer?
 - För grupper?
- Vad tror du har varit hjälpsamma komponenter i krisstödet?
 - För medarbetare?
 - För chefer?
 - För grupper?
- Upplever du att de hjälpsamma komponenterna är annorlunda jämfört med andra kriser du hanterat och i så fall på vilka sätt?
- Om du fick göra om arbetet med krisstöd under pandemin på nytt, vad hade du kunnat göra annorlunda/förbättra?
- Om du fick göra om arbetet med krisstöd under pandemin på nytt, vad hade du gjort på samma sätt igen?

Inbjudan till deltagande i studie om krisstöd

Hej!

Region XX har genom Falck Healthcare erbjudit all sin personal - medarbetare som chefer - krisstöd under Covid-19 pandemin. Som ett led i att utvärdera denna krisinsats, kommer jag att påbörja en kvalitativ studie. Syftet med studien är att undersöka hur krisstödet har tillämpats och anpassats i denna speciella situation inom hälso- och sjukvården.

Du har varit en av de krisspecialister som aktivt arbetat med denna unika och stora krisinsats för Region XX. Jag undrar därför om du skulle kunna tänka dig att vara en del av denna studie. Det skulle vara mycket värdefullt att få ta del av dina tankar om krisstödet.

Covid-19-pandemin är en annorlunda kris med ett mycket utdraget förlopp, som har medfört situationer som vi inte har någon vana av eller rutiner för att hantera. Det finns ett stort värde i att undersöka hur krisstödet har tillämpats och anpassats i denna speciella situation inom hälso- och sjukvården.

Ditt deltagande innebär att du kommer att låta dig intervjuas under en timmas tid. Intervjun kommer att ske digitalt med en extern intervjuare som inte är knuten till Falck Healthcare. Intervjun spelas in och transkriberas. Inga namn eller platser kommer att finnas med i den transkriberade intervjun för att värna anonymiteten. När transkriberingen är klar raderas ljudfilen. Efter studiens genomförande destrueras också transkriberat material. Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst under studien välja att dra tillbaka ditt deltagande och intervjun kommer då inte att användas i studien.

Intervjuerna kommer att äga rum under september och oktober. Om du väljer att delta kommer du att bli kontaktad av leg psykolog XX för att boka en tid. Meddela ditt deltagande till xxx@xxx

I den mån resultatet innefattar delar som kan vara av värde även för andra aktörer, kan studien komma att leda till en publicering.

Ditt deltagande har stor betydelse för förståelsen av denna unika insats och framtida utveckling av metoder för krisstöd.

Om du har några frågor är du varmt välkommen att kontakta mig på e-post hanna.lesauvage@falckhealthcare.se eller på tel. 0739-50 28 80.

Vänliga hälsningar

Hanna Lesauvage
Leg psykolog