



”Fältsjukhuset” i Älvsjö – Rekordbygget som ingen ville ha?

En fallstudie i aktörsgemensam samverkan



”Fältsjukhuset” i Älvsjö – Rekordbygget som ingen ville ha?

En fallstudie i aktörsgemensam
samverkan

Erik Hedlund och Camilla Lönngrén

Innehåll

Sammanfattning	9
1. Inledning	13
1.1 Bakgrund Coronakrisen	14
1.2 Rapportens syfte	14
1.3 Rapportens disposition	14
2. Kronologi – Varför byggdes ett sjukhus inuti Stockholmsmässan?	15
2.1 Socialstyrelsen upprättade en stab	15
2.2 Region Stockholm aktiverade RSSL	16
2.3 FM beslutade att ett fältsjukhus skulle upprättas i Ärna	16
2.4 FMs hjälp behövdes mer i Älvsjö	17
2.5 Beslut om avveckling	17
3. Lärdomar ifrån tidigare kriser och samverkan	18
3.1 Principer för krishantering i Sverige	18
3.2 Skogsbranden 2014	19
3.2.1 Intern samverkan – problem med roller och lägesbild	19
3.2.2 Extern samverkan – problem med befälsrätt, roller och samverkansstruktur	20
3.2.3 Samverkan med MSB och FM	20
3.3 Skogsbränderna 2018	21
3.3.1 Intern samverkan – erfaren TiB men problem med lägesbild	21
3.3.2 Extern Samverkan – samverkan påbörjades tid men problem med lägesbild	21
3.3.3 Samverkan med MSB och FM	22
3.4 Sammanfattning: tidigare lärdomar	22
4. Teoretiskt ramverk – fyra perspektiv på organisationer	24
4.1 Bolman och Deals fyra perspektiv på organisationer	24
4.1.1 Strukturellt perspektiv	24
4.1.2 HR-perspektivet	26
4.1.3 Det politiska (makt) perspektivet	27
4.1.4 Det symboliska perspektivet	27
5. Metod	29
5.1 Älvsjöprojektet som fallstudie	29
5.1.1 Observationer	29
5.1.2 Urval och intervjuer	29
5.1.3 Datahantering	30
6. De involverade aktörerna i Älvsjöprojektet	31
6.1 De involverade aktörerna inom vården	31
6.1.1 Socialstyrelsen	31

6.1.2 Region Stockholm	31
6.1.3 RSSL – Regional Särskild Sjukvårdsledning	33
6.1.4 KrIVA	35
6.1.5 Karolinska universitetssjukhuset, KS	35
6.1.6 Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO	36
6.2 De involverade aktörerna inom FM	36
6.2.1 FMs Högkvarter	36
6.2.2 MR M- Mellersta Militärregionen	36
6.2.3 Försvarsmedicincentrum - FömedC	37
6.3 De involverade aktörerna inom byggnation	37
6.3.1 Locum	37
6.3.2 Länken mellan vård och bygg – Boundary Spanner	38
6.3.3 Stockholmsmässan	39
7. Intern samverkan	40
7.1 Intern samverkan inom vården	40
7.1.1 Samverkan mellan nationell och regional nivå	40
7.1.2 Samverkan mellan regional och lokal nivå: RSSL, KrIVA och KS	40
7.1.3 Samverkan mellan SLSO och KrIVA	44
7.2 Sammanfattande analys – intern samverkan inom vården	45
7.2.1 Initial lägesuppfattning och bedömd åtgärd	45
7.2.2 Organisatoriska skillnader inom vården	46
7.3 Intern samverkan inom FM	48
7.3.1 Svårigheter med lägesbild	48
7.3.2 En viss missunnsamhet och avundsjuka	48
7.4 Intern samverkan inom byggnation	48
7.4.1 Locum	48
7.4.2 Stockholmsmässan	49
8. Extern samverkan	50
8.1 Nationell nivå	50
8.1.1 Socialstyrelsen och FM	50
8.1.2 MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap	50
8.2 Regional nivå	51
8.2.1 Region Stockholm och MR M	51
8.2.2 Länsstyrelsen i Stockholm	51
8.3 Lokal nivå	51
8.3.1 KrIVA	51
8.3.2 Karolinska universitetssjukhuset (KS)	54
8.3.3 Stockholms läns sjukvårdsområde - SLSO	55
8.3.4 Locum	55
8.3.5 Stockholmsmässan	56
8.3.6 MR M	56
8.3.7 FMs material	57

8.4 Sammanfattande analys: extern samverkan	58
8.4.1 Strukturellt perspektiv	58
8.4.2 HR-perspektivet	59
8.4.3 Det politiska perspektivet	60
8.4.4 Det symboliska perspektivet	61
9. Lärdomar	64
9.1 Positiva reflektioner ifrån Älvsjöprojektet avseende samverkan	64
9.2 Samverkan och befälsrätt	64
9.3 RSSLs struktur	65
9.4 Krisberedskapsprinciperna och RSSLs mandat	65
9.5 Strukturella organisatoriska skillnader spelade mindre roll	66
9.6 Skillnader i attityder mellan läkare som har eller inte har arbetat i katastrofer	66
9.7 Lärdomar 2014, 2018 och 2020	67
10. Slutsats	69
10.1 Trender utifrån Bolman och Deals fyra perspektiv på organisationer	69
10.1.1 Strukturellt perspektiv	69
10.1.2 HR-perspektivet	69
10.1.3 Politiskt perspektiv	70
10.1.4 Symboliskt perspektiv	70
10.2 Övergripande slutsatser	71
10.3 Begränsningar och förslag på fortsatt forskning	73
10.3.1 Avslutande reflektioner	73
Digital rundvisning	74
Tack!	74
Referenser	75
Intervjuer	75
Interna underlag och utvärderingar	76
Externa referenser	76

Lista med akronymer

FömedC	Försvarsmedicinskt centrum
HSF	Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen
HSN	Hälsa- och sjukvårdsnämnden
IVA	Intensivvårdsavdelning
KrIVA	Kris-IVA: den grupp som fick i uppdrag att undersöka hur regionen kunde utöka sin IVA-kapacitet i början av Coronakrisen
KS	Karolinska universitetssjukhuset
LSSL	Lokal särskild sjukvårdsledning
MR M	Mellersta militärregionen
RSSL	Regional särskild sjukvårdsledning
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde

Foton på framsidan är tagna av Erik Hedlund

Sammanfattning

Covid-19 och den medföljande så kallade Coronakrisen slog till mot Sverige, inledningsvis framförallt mot Stockholmsområdet, under februari och mars 2020. Initiala prognoser ifrån södra Europa pekade på att Stockholm skulle kunna drabbas hårt – över 1000 personer bedömdes behöva IVA-vård under första veckan i april. I normala fall har Stockholm tillgång till cirka 100 IVA-platser. Samhället började på samtliga nivåer förbereda sig för de värsta tänkbara scenariona samtidigt som vårdbelastningen ökade för varje dag som gick. Region Stockholm, som hade gått upp i stabsläge och aktiverat *Regional särskild sjukvårdsledning* (RSSL), beslutade den 19 mars att tre särskilt utvalda läkare skulle utreda möjligheterna att utöka regionens IVA-kapacitet. Gruppen med de tre läkarna kallades för Kris-IVA och sedermera KrIVA. Efter några dygns intensivt arbete och skissande på hur IVA-kapaciteten kunde utökas kom gruppen med sitt förslag: Stockholmsmässan i Älvsjö, söder om Stockholm, var enligt gruppen det bästa alternativet när det kom till infrastruktur och kapacitet för att snabbt kunna utöka vårdkapaciteten i Stockholm.

I och med det påbörjades ett ambitiöst projekt inne på Stockholmsmässan: att på två veckor bygga ett sjukhus med 550 vårdplatser – redo att ta emot Covid-19 patienter. Locum som är Region Stockholms byggföretag som bygger och förvaltar sjukhus i Stockholm, fick uppdrag att bygga vårdmodulerna och infrastrukturen inne på Stockholmsmässan, medan KrIVA-gruppen fortsatte att projektleda och ordna alla delar som krävdes för att vård skulle kunna bedrivas på sjukhuset. Stockholmsmässans personal med underentreprenörer bistod Locum med bygget samt hade lokalkännedomen.

Till Stockholmsmässan kom även Försvarmakten (FM) genom Mellersta Militärregionen (MR M), med en mindre stab och Hemvärnsbataljoner vilka bistod Locum i arbetet med att bygga och sköta logistik och transport. Vidare kom ett försvarsmedicinskt förband (första Sjukhuskompaniet från FömedC i Göteborg) som skulle utbilda civil personal i militär sjukvårdsutrustning. Försvarmakten bistod med 30 intensivvårdsplatser utav de totalt 550 vårdplatserna. MR M understöddes även av delar ur Logistikbataljonen från Trängregementet i Skövde avseende tilltransport av utrustning/materiel samt återtransport av detsamma vid avvecklingen. Resultatet var att det på två veckor, genom aktörsgemensam samverkan, byggdes ett temporärt sjukhus med 550 vårdplatser inne på Stockholmsmässan. Sjukhuset tog aldrig emot någon patient och på en presskonferens i juni 2020 meddelade hälso- och sjukvårdsdirektör Björn Eriksson att sjukhuset skulle avvecklas.

Författarna till den här rapporten har studerat byggandet av Älvsjö sjukhus, i denna rapport även kallat Älvsjöprojektet och sjukhuset i Älvsjö, framförallt av

seende intern och extern samverkan. Älvsjöprojektet är ett fall av aktörsgemensam samverkan under en pågående kris.

Älvsjöprojektet är ett unikt fall i flera avseenden. Det är unikt då det är ett exempel på *proaktiv* krishantering som byggde på prognoser för krisens utveckling och inte de faktiska konsekvenserna för krisen. Det är unikt eftersom det är första gången det byggts ett temporärt sjukhus i Sverige i syfte att vårda patienter under en stor kris. Det är unikt då det är första gången det bestämdes att det skulle byggas ett militärt *fältsjukhus* på svensk mark för skarp krishantering.¹ Det är unikt för att det byggdes ett fullt fungerande temporärt sjukhus i en mässhall, redo att ta emot 550 patienter. Det är unikt för att det endast tog två veckor att bygga sjukhuset. Det är unikt då det gavs i stort sett obegränsade ekonomiska och personella resurser för byggandet av sjukhuset. Det är slutligen unikt för att det aldrig behövde tas i bruk.

Genom deltagande observationer under byggnationen samt med uppföljande djupintervjuer med så gott som alla involverade aktörer har syftet varit att undersöka vad som fungerade bra och vad som behöver utvecklas avseende samverkan. Insamlad data har analyserats genom Bolman och Deals (2017) fyra perspektiv på organisationer för att identifiera likheter och skillnader mellan organisationerna – samt utröna om dessa har påverkat samverkan. Lärdomar ifrån Älvsjöprojektet kan vara av nytta för de aktörer som var med, samt för andra aktörer som arbetar med samverkan inom ramen för totalförsvaret. Rapporten drar fem huvudsakliga slutsatser:

Behovet av ledningsmandat och befälsrätt

Den *första* slutsatsen är att oavsett organisationstillhörighet och nivå inom organisationerna har majoriteten av alla som har intervjuats lyft fram att någon form av befälsrätt behövs i en kris. Det är trögt och svårt att leda genom samverkan. Samverkan fungerar bara så länge de samverkande aktörerna vill samverka med varandra och så länge förtroende mellan aktörerna finns. När vilja och förtroende saknas blir det svårt att samverka. Detta har framförallt visat sig inom vården där det har varit svårt för Region Stockholm att styra över resurserna i regionen. I en kris som denna där förloppet fortskred snabbt och hotet var ovisst efterfrågas tydligt ledarskap och att någon har sista ordet.

Vikten av ett tydligt gemensamt mål samt boundary spanners

Den *andra* slutsatsen är att samverkan externt på plats på Stockholmsmässan fungerade bra trots att aktörerna som samverkade hade delvis olika organisatorisk struktur. Framgångsfaktorer gällande samverkan var att arbeta tillsammans mot ett tydligt definierat mål, en "vi"-känsla och att fokusera på lösningar och

¹ Det var inledningsvis meningen att det skulle sättas upp ett militärt fältsjukhus såsom senare gjordes i Göteborg men det byggdes i stället ett sjukhus inne i Stockholmsmässan och själva fältsjukhuset användes inte.

inte hinder. Det fanns dessutom en ömsesidig respekt mellan projektledare ifrån olika organisationer och några särskilt viktiga aktörer, så kallade *boundary spanners*², som kunde vara länkar mellan organisationerna och översätta de olika organisationernas 'språk' för varandra.

Risken för målkonflikter mellan regionens aktörer ställer höga krav på intern samordning

Den tredje slutsatsen är att det finns ett behov av att skapa former för att minska interna motsättningar inom Region Stockholm. Vården i Region Stockholm är komplex eftersom alla vårdgivare är autonoma aktörer. Vårdgivarna har patientansvar och är ytterst ansvariga för den vård som de bedriver. De är därför vana vid att själva styra, prioritera och bedriva den vård som de anser vara lämplig – även om de arbetar utifrån avtal med Region Stockholm. I kristid går Region Stockholm upp i stabsläge, förstärkningsläge eller katastrofläge och aktiverar RSSL, för att kunna samverka och samordna vården och prioritera utifrån det övergripande perspektiv som regionen ska ha. Ett betydande problem är att vårdgivarna inte sitter med i RSSL. Under Älvsjöprojektet blev detta tydligt då RSSL fattade beslut om att ett sjukhus skulle etableras inne på Stockholmsmässan och gav Locum och KrIVA i uppdrag att landsätta detta. Dock kan inte RSSL tillhandahålla och bemanna ett sjukhus – de måste utse en vårdgivare som har vårdgivaransvar. Vårdgivaransvaret gavs initialt till Karolinska universitetssjukhuset (KS). KS hade dock en egen plan för hur de skulle hantera covid-19 utbrottet och hade redan börjat arbeta med att skala upp IVA-kapaciteten internt på sjukhusen i Solna och Huddinge. Detta ledde till att KS inte aktivt engagerade sig i Älvsjöprojektet utan snarare passivt obstruerade mot RSSLs beslut. Detta skapade stor förvirring, inte minst för KrIVA, eftersom KS och RSSL hade haft gemensamma lägesbilder gällande beräknat behov av IVA-platser under det första skedet av Coronakrisen men hade trots det helt olika uppfattningar om vilka åtgärder som behövdes. Efter cirka en vecka bytte RSSL vårdgivare ifrån KS till Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) som hade vårdgivaransvaret från början av april 2020 tills beslut om att avveckla Älvsjö sjukhus togs. Det finns betydande motsättningar med förtroendeglapp mellan de stora vårdgivarna och Region Stockholm vilket kan bli ett problem vid framtida krishantering. Likt Coronakommissionens delbetänkande om äldre vården under pandemin, finner även denna fallstudie att delat ansvar mellan olika aktörer kräver ett gott och förtroendefullt samarbete i icke-kristid – och under en pandemi som denna då förloppet sker snabbt och prioriteringar måste göras, blir kraven ännu högre på samordning och samarbete (SOU, 2020:80).

² Boundary Spanner – en person eller en organisation vilken tidigare forskning identifierat som en länk som kan röra sig mellan olika organisationer och se till att projekt rör sig framåt och att organisationer kan samarbeta på ett smidigt sätt (se tex Älvinius m.fl., 2014; Ritcher m.fl., 2006; Williams, 2002).

Försvarsmakten - en viktig samarbetspartner, men med bristfällig vårdutrustning

Den fjärde slutsatsen är att Försvarsmakten har varit en uppskattad samverkansaktör. Internt inom Försvarsmakten har det funnits vissa samverkanssvårigheter mellan insats- och produktionsenheterna. Trots att Försvarsmakten har fått beröm – inte minst Hemvärnet som effektiviserade processen genom sin handräckningstjänst – så fanns det en hel del synpunkter på Försvarsmaktens materiel. En del läkare menar att respiratorerna och sängarna inte går att använda. Andra menar att utrustningen möjligen går att använda till en ung person under en kortare period, men inte till en äldre, lungsjuk patient med covid-19 utan att det skulle innebära risker för patienten. Förutom medicinska risker kan detta medföra att FMs material inte lever upp till civila aktörers förväntningar vilket kan skapa friktioner.

Brist på samsyn leder till olika åtgärder och olika uppfattningar

Den femte slutsatsen ifrån Älvsjöprojektet är att bristande samsyn ledde till olika åtgärder och olika uppfattningar om huruvida Älvsjöprojektet var lyckat eller inte. Samverkan externt fungerade bra och resultatet var imponerande: ett färdigt sjukhus byggdes på två veckor. Älvsjöprojektet har lyfts fram som ett lysande exempel på civil-militär samverkan, dessutom i en skarp situation med oklart utfall. Sjukhuset öppnades aldrig för patienter, dels på grund av att vårdgivarna inte ville och dels för att det inte behövdes. Vårdgivarna menade att de kunde skala upp sin verksamhet internt, vilket visade sig stämma. Det finns därmed tudelade åsikter om Älvsjöprojektet: ena sidan menar att det var ett nödvändigt projekt, en säkerhetsventil för regionen och dessutom ett rekordbygge som byggdes så snabbt och friktionsfritt genom effektiv samverkan. Den andra sidan menar att Älvsjöprojektet byggdes på en felaktig analys och att uppskalning av vård görs bäst internt på befintliga sjukhus. Kanske går "fältsjukhuset" i Älvsjö till historien som å ena sidan ett rekordbygge, och å andra sidan ett sjukhus som ingen ville ha.

1. Inledning

Med anledning av den säkerhetspolitiska utvecklingen i Sveriges närområde har den svenska Försvarsmakten (FM) ominriktats från ett insatsförsvaret med fokus på att verka i internationella insatser, till försvar av det egna territoriet. En central del i denna ominriktning är att återuppbygga det, sedan decennier, nedmonterade totalförsvaret bestående av både ett militärt och civilt försvar. Mot bakgrund av detta tog regeringen ett beslut i december 2015 om att FM och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB) tillsammans skulle återuppta en sammanhängande planering för totalförsvaret (Regeringsbeslut Fö2015/0916/MFI). Ett viktigt led i arbetet med att bygga upp totalförsvaret var inrättandet av fyra Militärregioner som ska arbeta med att bygga upp militär samverkan med civila aktörer på regional nivå såsom Länsstyrelser, Regioner, Polisregioner, Räddningstjänst med flera. Den regionala aktörsgemensamma samverkan ska samordnas av Länsstyrelsen och omfattar bl.a. planering, utbildning och övning för kris, höjd beredskap och högsta beredskap.

Föreliggande rapport är en del av ett forskningsprojekt finansierat av FM. Forskningsprojektet var mitt uppe i studier av uppbyggandet av aktörsgemensam civil-militär samverkan i militarregionerna när Coronapandemin nådde Sverige i slutet av februari 2020. Under en regional civil-militär samverkansövning 12-13 mars 2020 på Helikopterflottiljen i Linköping avbröts övningen i förtid då deltagarna blev tvungna att återvända till sina arbetsplatser för att utöva skarp aktörsgemensam krishantering.

En dryg vecka senare, 22 mars, bestämdes i Region Stockholm att Stockholmsmässan i Älvsjö skulle byggas om till ett sjukhus för att öka intensivvårdskapaciteten i regionen då man bedömde att den befintliga intensivvårdskapaciteten i regionen inte skulle räcka till. För byggandet av sjukhuset krävdes aktörsgemensam samverkan.

Detta är bakgrunden till föreliggande fallstudie om hur aktörsgemensam intern- och extern samverkan fungerade när planering, utbildning och övning i krishantering över en natt övergick till skarp krishantering där man ställdes inför den nya och krävande uppgiften att bygga ett "fältsjukhus" så snabbt som möjligt för att undvika ett katastrofläge avseende intensivvård i Region Stockholm. Rapporten vänder sig till inblandade aktörer i Älvsjöprojektet och andra aktörer involverade i eller intresserade av skarp aktörsgemensam samverkan.

1.1 Bakgrund Coronakrisen

Under de sista dagarna av 2019 rapporterade Wuhan Municipal Health Commission att de hade upptäckt ett antal fall av lunginflammation i staden Wuhan belägen i Hubei-provinsen i östra delen av Kina. Det visade sig att det var en ny form av coronavirus som hade upptäckts och som fick namnet SARS-CoV-2 (SOU, 2020:80). Hela Wuhan sattes i karantän den 23 januari (WHO, 2020; Ekstrand, 2020).

I detta tidiga skede bedömdes utbrottet inte vara något som skulle kunna påverka Sverige speciellt nämnvärt (se till exempel pressmeddelande från Folkhälsomyndigheten 16 januari 2020). Det kom dock snart att ändras. De första rapporterade fallen i Europa rapporteras den 24:e januari. Kort därefter rapporterades det första fallet i Sverige: en ung kvinna som har varit i Wuhan kom hem och isolerades direkt på sjukhuset i Jönköping (Ekstrand, 2020). I slutet av februari rapporterade Italien sitt första dödsfall och därefter rapporterades fall i både USA och Sydamerika. Den 11 mars rapporterade WHO att utbrottet skulle klassas som en pandemi. Den 11 mars avled den första svensken i covid-19 (Ekstrand, 2020). I skrivande stund har över 12 500 människor i Sverige avlidit med covid-19 (Folkhälsomyndigheten, 2021). Den här rapporten skrivs under hösten och vintern 2020-2021.

1.2 Rapportens syfte

Syftet med föreliggande rapport är att undersöka vad som fungerade bra, vad som fungerade sämre och vad som kan behöva utvecklas avseende aktörsgemensam samverkan vid en samhällskris. Förhoppningen är att rapporten kan ge lärdomar om krishanteringen i detta fall som kan användas för att utveckla och förbättra förmågan till aktörsgemensam samverkan vid kommande kriser.

1.3 Rapportens disposition

Rapporten är uppbyggd i tre övergripande delar:

En inledande del med bakgrund samt tidigare gjorda erfarenheter kring skarp samverkan i kriser i Sverige.

Därefter följer en teoretisk del där teoretiskt ramverk, forskningsmetod samt hantering av data presenteras. Vidare presenteras Älvsjöprojektets deltagande aktörer.

Slutligen redovisas empirin för den interna respektive den externa samverkan kring händelsen följt av en diskussion kring identifierade lärdomar. Denna del avslutas med en sammanfattning av huvudsakliga identifierade trender och förslag på fortsatt forskning inom området.

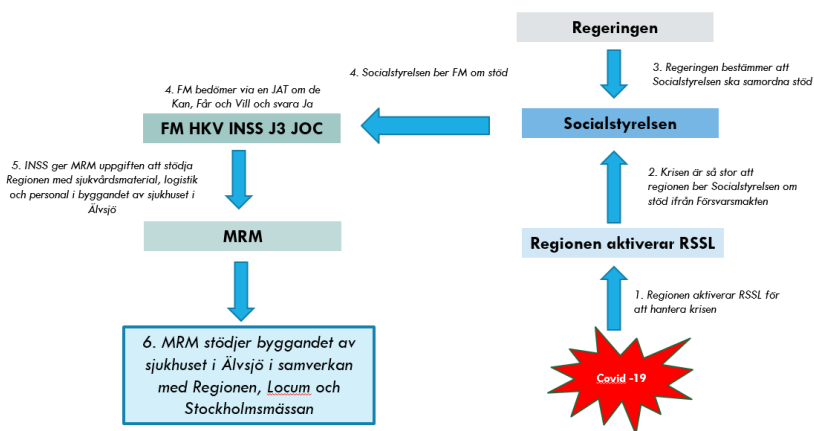
2. Kronologi – Varför byggdes ett sjukhus inuti Stockholmsmässan?

Coronakrisen slog till på allvar mot framför allt Stockholmsområdet i början av mars 2020. På samhällets samtliga nivåer började planer för att hantera utbrottet utarbetas. Den 9e mars publicerade Regeringen ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen. I uppdraget stod att Socialstyrelsen skulle ”vidareutveckla befintliga och kommande samordnings- och stödinsatser, exempelvis för tillgången till diagnostik, vårdplatser och andra former av stöd till regioner och kommuner med anledning av det pågående utbrottet av covid-19” (S2020/01233/FS).

2.1 Socialstyrelsen upprättade en stab

I samband med detta regeringsuppdrag kontaktade krisberedskapschefen vid Socialstyrelsen en tidigare kontakt ifrån Försvarshögskolan som numera driver egen verksamhet för att få hjälp med att etablera en stab på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen arbetar i normala fall inte i stab och har inte den operativa förmåga som krävs vid en kris i den här omfattningen. De inlånade konsulterna såg att det fanns behov att hemställa hjälp ifrån FM och hjälpte Socialstyrelsen att be FM om hjälp med stabskompetens. Det etablerades därmed en stor stab på Socialstyrelsen med en militär stabschef för att hantera alla förfrågningar om stödinsatser som inkom till myndigheten (Intervjuperson 33, 34). FMs arbete på Socialstyrelsen kommer dock inte att avhandlas i denna rapport. Att det nämns här är för att förstå hur beslutsprocessen att ett sjukhus skulle etableras på Stockholmsmässan gick till.

PROCESSBESKRIVNING AV FMS STÖD TILL REGIONEN VID BYGGANDET AV SJUKHUSET I ÄLVSJÖ



FIGUR 1. PROCESSBILD GÄLLANDE FMS STÖD TILL ÄLVSJÖ.

2.2 Region Stockholm aktiverade RSSL

Region Stockholms hälso- och sjukvårdsdirektör aktiverade i februari 2020 regionens stabsläge och regionen gick upp i vad som kallas för Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL). Detta läge ska aktiveras när det uppstår någon form av förhöjt krisläge i regionen.

Region Stockholm var en av många aktörer som insåg att de skulle behöva hjälp och stöd under Coronakrisen och med hjälp av Socialstyrelsen skickades en hemställan om att få ta del av FMs material, kompetens och personal för att etablera ett fältsjukhus. Socialstyrelsen beredde denna hemställan och bad sedan FM om stöd. Denna förfrågan inkom till FMs högkvarter (FM HKV INSS J3 JOC). FM tog emot förfrågan och bedömde om de kunde svara ja på Socialstyrelsens förfrågan (Intervju person 9, 10).

2.3 FM beslutade att ett fältsjukhus skulle upprättas i Ärna

Dock hade FM genom Överbefälhavaren (ÖB) redan gått ut med ett beslut om att de skulle upprätta delar av ett fältsjukhus i Ärna, Uppsala. På sociala medier publicerades den 18 mars 2020 en film där ÖB säger bland annat:

”Men vi stödjer även samhället. Jag har därför gett order om att upprätta delar av ett fältsjukhus på Ärna flygbas i Uppsala.” (Överbefälhavaren, 2020).

Socialstyrelsen hade vid covid-19 utbrottet bra koll på FM:s medicinska resurser (Intervjuperson 34). Socialstyrelsen följde prognoser och kurvor ifrån främst norra Italien och oroades över utvecklingen i Stockholm när de fick information om att ÖB hade beslutat att FM skulle upprätta ett fältsjukhus i Ärna utanför Uppsala. Samtidigt hade RSSL fattat ett beslut om att IVA-platserna i Stockholm skulle utökas genom att etablera ett sjukhus på Stockholmsmässan i Älvsjö (Intervjuperson 34, 4).

2.4 FM:s hjälp behövdes mer i Älvsjö

Socialstyrelsen skickade därför, efter dialog med RSSL, en förfrågan för Region Stockholms räkning till FM om de kunde ta fältsjukhuset samt resurser och personal till Älvsjö istället för till Ärna (Intervjuperson 34, 4). FM accepterade detta och styrde därefter om konvojen till Älvsjö istället för till Ärna. Beslutet att konvojen skulle omdirigeras togs på tjänstemannanivå och det var sjukhusdirektören i Region Stockholm som hade mandatet att tacka ja eller nej till fältsjukhuset. Politikerna i Region Stockholm var dock informerade om att det skulle ske och ställde sig positiva till detta initiativ (Intervjuperson 4, 28, 3, 15).

Det har framkommit i intervjuer att informell kontakt fanns mellan personer som arbetade inom vården i form av projektgruppen Kris-IVA (KrIVA), FM och med Socialstyrelsen för att diskutera tillgång till vårdmaterial innan den formella processen sattes igång (Intervjuperson 12). KrIVA var därför införstådda i att FM eventuellt skulle komma till Stockholmsmässan. Väl på plats vid Stockholmsmässan insåg de ansvariga för byggnationen att själva fältsjukhuset inte skulle behövas – det var bättre att använda Stockholmsmässans lokaler och befintliga infrastruktur.

Byggnationen avslutades den 9 april och då fanns 550 färdigställda vårdplatser, varav 140 IVA-platser, redo att ta emot patienter. Med mindre justeringar kunde kapaciteten utökas till 590 vårdplatser (Region Stockholm, 2020). Längst vägen hade dock en del friktioner uppstått – framförallt inom den breda kategorin som vi refererar till som ”vården”.

2.5 Beslut om avveckling

På en presskonferens den 4:e juni tillkännagav Region Stockholms hälso- och sjukvårdsdirektör Björn Eriksson att beslut tagits om att avveckla Älvsjö sjukhus. Älvsjö sjukhus tog aldrig emot någon patient.

3. Lärdomar ifrån tidigare kriser och samverkan

Som nämnts ovan är Älvsjöprojektet helt unikt i det avseendet att det var ett proaktivt krishanteringsprojekt som till skillnad från akuta och pågående kriser inte behövde hantera själva effekterna av en akut kris utan förberedde sig på att hantera en förutsedd kris. Genom detta är en proaktiv krishantering mer kontrollerbar än hanteringen av en pågående kris som är svårare att kontrollera och förutse hur den kommer att utvecklas. En pågående akut krishantering är också mer kritisk och tidskritisk, än en proaktiv, då effekterna av felbeslut eller fördröjningar kan bli förödande. Dock kan det finnas lärdomar från tidigare kriser som kan ha bäring även på krishanteringen i Älvsjöprojektet.

I det följande redovisas lärdomar ifrån två tidigare kriser som har krävt stora samverkansinsatser: skogsbränderna 2014 och 2018. Innan lärdomarna presenteras bör dock principerna för den svenska krishanteringen kort presenteras.

3.1 Principer för krishantering i Sverige

Krishantering i Sverige bygger på samverkan mellan olika myndigheter men också mellan kommuner, företag, organisationer och privatpersoner (Krisinformation.se, 2020). Krishantering bygger på tre huvudprinciper: ansvarsprincipen, likhetsprincipen och närhetsprincipen (Krisinformation.se, 2020).

- *Ansvarsprincipen* innebär att den aktör som ansvarar för en verksamhet i normala fall ska fortsätta ha ansvaret över samma verksamhet under en kris.
- *Likhetsprincipen* innebär att en verksamhet ska fungera på ett liknande vis som den fungerar när det inte är kris, samt skötas på samma plats som i normala fall (så långt som det är möjligt).
- *Närhetsprincipen* innebär att en kris så långt det är möjligt ska hanteras där den sker och av de som närmast är berörda och ansvariga. Det är alltså den drabbade kommunen eller regionen som ska leda arbetet med en insats i en kris (Krisinformation.se, 2020).

Trots att samverkan är det helt centrala begreppet i svensk krishantering så visar forskning att det inte är ett helt lätt begrepp att definiera, att få en samstämmig definition av eller förstå vad det konkret innebär (Uhr, 2011; Bondesson m.fl., 2019). En vanlig definition är att samverkan innebär att fler aktörer agerar tillsammans, ofta över organisatoriska gränser och sektorsgränser, för att uppnå gemensamma mål som de inte kan uppnå på egen hand (Bondesson m.fl., 2019). Forskning visar också att det är svårt att påvisa mervärdet av samverkan enligt Bondesson m.fl. (2019). Bondesson m.fl. menar dock att det är viktigt att för-

bättra och utveckla samverkan då det kan förmodas vara avsevärt bättre att aktörer går samman och samverkar än att de arbetar separat på egen hand (2019).

Mot denna bakgrund presenteras i det följande några lärdomar från två tidigare stora samverkansinsatser med relevans för Älvsjöprojektet.

Det är för förståelsen av denna rapport viktigt att känna till att i enlighet med de tre krishanteringsprinciperna så hanteras alla *civila kriser* av civila myndigheter, regioner, kommuner och andra civila aktörer som vid behov kan be om stöd av FM. FM har ingen skyldighet att ge stöd men kan ge stöd om de bedömer att de har möjligheter att göra det utan att deras huvuduppgifter blir lidande.

3.2 Skogsbranden 2014

Det var mycket varmt i Västmanland sommaren 2014. Det var mitt i semestern och många ansvariga politiker och tjänstemän var bortresta när branden började den 31 juli. Räddningsarbetet avslutades officiellt först den 11 september (Länsstyrelsen i Västmanlands län, 2014; Asp m.fl., 2015). Krisberedskapen under skogsbranden 2014 testades på i stort sett alla nivåer – staten tog över ansvaret ifrån den kommunala räddningstjänsten, en samverkansstab upprättades, krisledningsnämnder blev aktiverade, djur och människor evakuerades och statliga, kommunala, privata och ideella aktörer bistod med sin hjälp (Asp m.fl., 2015).

3.2.1 Intern samverkan – problem med roller och lägesbild

Ett problem gällande intern samverkan var att flertalet aktörer inte hade någon, eller mycket lite, yrkesmässig erfarenhet av krishantering innan skogsbranden 2014. Det fanns interna problem då de roller som var kopplade till beredskap var gömda inom organisationerna och inte så pass integrerade på ledningsnivå som de bör vara. Tjänsteman i beredskap (TiB) bör, till exempel, veta vem i organisationen som gör vad, och hur de kan aktiveras, samt veta när andra aktörer ska informeras (Asp m.fl., 2015).

Detta ledde till att flera av de centrala organisationerna hade svårt att se helhetsbilden under krisen (Asp m.fl., 2015). Det saknades en samverkansfunktion som kunde generera en gemensam lägesbild och som kunde beskriva samverkansstabens olika funktioner samt vad som kan förväntas av chefen. När det saknades började istället de olika funktionerna arbeta på de sätt som var bekanta för dem – och det var inte alltid i linje med de övriga funktionernas arbetssätt och uppbyggnad. Det fanns helt enkelt 6 separata staber som arbetade på olika sätt (Asp m.fl., 2015).

3.2.2 Extern samverkan – problem med befälsrätt, roller och samverkansstruktur

I Västmanlands län arbetar Länsstyrelsen med samordning mellan olika relevanta aktörer genom en funktion som kallas för U-Sam som ska vara den sammankallande funktionen när det handlar om krishantering (Asp m.fl., 2015). Ett samverkansproblem under branden 2014 var att det tog flera dagar innan U-Sam sammankallades och när det skedde fanns det inte en relevant lägesbild (Asp m.fl., 2015). Länsstyrelsen i Västmanland och beredskapssamordnare i Surahammars kommun tyckte att U-Sam skulle aktiveras tidigare vilket inte gjordes. Länsstyrelsen trodde inte att de hade mandat att aktivera U-Sam då räddningstjänsten sa att de inte hade behov av hjälp eller samverkan (Asp m.fl., 2015).

Först fyra dagar efter brandens start, då räddningstjänsten bad om en U-Samkonferens, påbörjades samverkan. Trots att det fanns mycket tydliga riktlinjer om hur och när U-Sam ska aktiveras (när någon av aktörerna bedömer att samverkan kan vara viktigt) så var det inte allmänt känt bland aktörerna (Asp m.fl., 2015) vilket pekar på svårigheter att samverka utan uttalad befälsrätt. Länsstyrelsen i Västmanland finner i sin utvärdering att trots erbjudande om samverkan vid flera tillfällen tackade Räddningstjänsten nej till detta (Länsstyrelsen i Västmanlands län, 2014). En av de viktigaste lärdomarna var att samverkan och stora insatser ska sättas in ifrån början (ibid). Frågan ställs också om Länsstyrelsen kan, och har mandat, att överpröva en annan aktörs bedömning (i det här fallet, räddningstjänsten) ifall de vill göra en annan bedömning av en situation (Länsstyrelsen i Västmanlands län, 2014).

3.2.3 Samverkan med MSB och FM

Asp med flera skriver i sin rapport att det fanns svårigheter för flera aktörer att förstå MSBs roll under samverkansinsatsen. Det saknades tillit mellan MSBs personal och räddningsledningen vilket berodde på oklarheter kring MSBs roll och mandat (Asp m.fl., 2015).

Samverkan med FM lyfts fram som lyckad. I Asp med fleras rapport framkommer att räddningsledningen uttryckt att utan FM så hade arbetet inte fungerat (Asp m.fl., 2015). FM hjälpte till med släckning, bevakning, rekognosceringsflygningar, logistik, samverkan med mera. Det var Mellersta Militärregionen (MR M) som ledde arbetet, och ett tag samordnade de även den civila insatsen (Asp m.fl., 2015). Under skogsbranden 2014 var ca 1000 – 1500 personer ifrån FM (inklusive Hemvärnet) direkt eller indirekt iblandade. Totalt var 11 Hemvärnsförband aktiva (Sjökvist & Strömberg, 2015).

Skogsbrandsutredningen når också den övergripande slutsatsen att det civila är beroende av FMs kompetens och resurser, och FM är beroende av det civila samhällets kompetens och resurser. FM och det civila bör därför utveckla kris-

beredskapen tillsammans samt öka möjligheten till ett effektivt sätt att nyttja de samlade resurserna som finns i samhället (Sjökvist & Strömberg, 2015).

3.3 Skogsbränderna 2018

Sommaren 2018 var även den ovanligt varm och torr, och risken för skogsbränder var extrem i nästan hela Sverige under flera månader. I mitten av juli drog ett åskväder in över Gävleborg och flertalet bränder påbörjades i skogarna efter olika blixtnedslag. Bränderna drog snabbt fram och bränderna som släcktes började brinna på nytt på grund av torkan (Asp m.fl., 2018). De mest omfattande bränderna var i Gävleborgs, Dalarnas och Jämtlands län (SOU, 2019:7) och bränderna i Ljusdal, i Gävleborgs län, utgjorde det största brandområdet (Asp m.fl., 2018). Skogsbränderna 2018 är de största och mest omfattande i modern tid (SOU, 2019:7). Räddningsinsatsen i Ljusdal pågick i 27 dagar, 200 människor evakuerades, räddningstjänst ifrån hela landet involverades och det kom internationellt stöd ifrån 10 länder. Som mest var 1300 personer inblandade i räddningsarbetet (Asp m.fl., 2018). Ingen människa dog eller skadades allvarligt till följd av Ljusdalsbränderna. Enskilda skogsägare drabbades dock mycket hårt (SOU, 2019:7).

3.3.1 Intern samverkan – erfaren TiB men problem med lägesbild

En skillnad jämfört med bränderna 2014 var att TiB vid Länsstyrelsen i Gävleborg var mycket erfaren, agerade skyndsamt och följde riktlinjerna. Han gav information till landshövdingen som kunde begära att Länsstyrelsen skulle gå upp i stabsläge – vilket innebar en aktivering av krisledningsstaben. Därmed började samverkan: samverkanskonferens tillkallas om Länsstyrelsen går upp i stabsläge (Asp m.fl., 2018). SOU pekar ut att det inledningsvis var svårt för de relativt små lokala räddningstjänsterna att arbeta med stora och många bränder. Detta förbättrades dock successivt (SOU, 2019:7). SOU identifierar även brister i riskbedömning och lägesbilder inledningsvis (SOU, 2019:7).

3.3.2 Extern Samverkan – samverkan påbörjades tid men problem med lägesbild

Under kvällen på brändernas första dag, söndag den 15 juli, skickades det ut en kallelse till regional samverkanskonferens. Då kontaktades även FM av tjänsteman i beredskap (TiB) för att få hjälp av Hemvärnet – dock var de redan på väg till Dalarna för att hjälpa till med bränderna som pågick där (Asp m.fl., 2018). Jämfört med bränderna 2014 initierades samverkan på regional nivå redan under brandens första dygn. Det fanns problem med att förstå situationen och att ha en korrekt lägesbild initialt. Detta berodde framförallt på att räddningsinsatsen var underdimensionerad inledningsvis och det saknades därför kapacitet att analysera

och förstå situationen samt att identifiera stödbehov (Asp m.fl., 2018). Asp med fler når slutsatsen att det finns två utmaningar för Länsstyrelser i sådana situationer: det är Länsstyrelsens ansvar att identifiera regionala lägesbilder. De ska även stötta räddningstjänsten på kommunal nivå. För att kunna göra dessa två uppgifter är de beroenden av kommunerna, det vill säga, den lokala nivån, och deras uppfattning av situationen (Asp m.fl., 2018). Under skogsbrändranden 2018 litade Länsstyrelsen inte alltid på kommunernas lägesbilder utan gjorde sin egen bedömning av situationen (ibid).

3.3.3 Samverkan med MSB och FM

Länsstyrelsen upplevde att kontakten med MSB var ojämn och personberoende – svaren varierade beroende på om man pratade med handläggare eller jurist (Asp m.fl., 2018).

FM kontaktades i ett tidigt skede då räddningstjänsten bad om hjälp ifrån FM och Hemvärnet. SOU finner att ett problem med samarbetet med FM är att det generellt saknas kunskap om vad som gäller när FM kliver in och hjälper till vid en brand (SOU, 2019:7). Arbetet med FM under bränderna var mycket uppskattat och många räddningstjänster har uttryckt att arbetet inte hade gått utan dem. FM hjälpte till med släckningsarbetet och dess material, t.ex. helikoptrar var mycket betydelsefulla i släckningsarbetet då de rymmer otroligt mycket vatten (SOU, 2019:7).

3.4 Sammanfattning: tidigare lärdomar

Utifrån två tidigare stora samverkansinsatser finns det, som visas i Tabell 1 nedan, några övergripande lärdomar. Det är viktigt att roller som är kopplade till krishantering är tydliga inom organisationerna. Att få korrekt lägesbild och påbörja samverkan tidigt har visat sig vara framgångsfaktorer. Under bränderna 2014 när samverkan haltade initialt lyftes frågan om befälsrätt och om bedömningar kan överprövas av någon aktör om aktörerna inte håller med varandra. Slutligen var det svårt att samverka med MSB både 2014 och 2018 medan FM var en uppskattad samverkanspartner under båda insatserna.

TABELL 1. LÄRDOMAR TIDIGARE SAMVERKANSINSATSER

Lärdomar samverkan	2014	2018
INTERN SAMVERKAN	Roller kopplade till kris var gömda i organisationerna vilket skapade förvirring	Erfarna nyckelpersoner underlättade att samverkan startade i tid
EXTERN SAMVERKAN	Påbörjades sent Svårt med lägesbild Svårigheter med MSB Positiv samverkan m FM	Påbörjades tidigt och fungerade väl Svårigheter med MSB Positiv samverkan m FM
LÄGESBILD	Svårt att initialt få korrekt lägesbild	Svårt att initialt få korrekt lägesbild
BEFÄLSRÄTT OCH ANSVAR	Oklar befälsrätt ledde till sent startad samverkan	Inga tydliga svårigheter identifierades
KRISHANTERINGSPRINCIPERNA	Förefaller ha fungerat bra (statligt övertagande av räddningstjänst när händelsen blivit för stor)	Förefaller ha fungerat bra (statligt övertagande av räddningstjänst när händelsen blivit för stor)

4. Teoretiskt ramverk – fyra perspektiv på organisationer

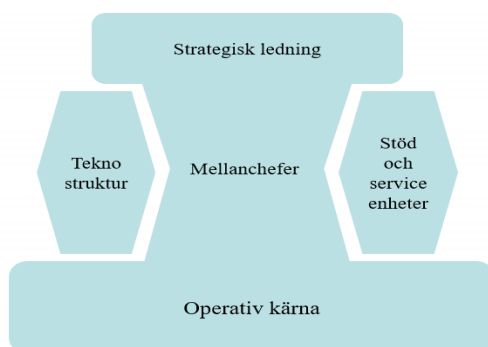
Denna studie fokuserar på intern och extern samverkan mellan olika aktörer vid krishantering. Det valda teoretiska perspektivet för analys av data är Bolman & Deals (2017) fyra perspektiv på organisationer. Bolman och Deals fyra perspektiv är ett relevant ramverk eftersom det belyser organisationer ifrån olika perspektiv. De fyra perspektiv på organisationer som Bolman & Deal erbjuder är (1) strukturellt perspektiv, (2) HR-perspektivet, (3) det politiska perspektivet och slutligen (4) det symboliska perspektivet.

4.1 Bolman och Deals fyra perspektiv på organisationer

4.1.1 Strukturellt perspektiv

Det strukturella perspektivet lägger tyngdpunkten på mål, specialiserade roller, arbetsfördelning, formella relationer, processer och kontroll syftande till att optimera organisationen för att uppnå ställda mål. Perspektivet är i grunden rationellt och grundas på positivistiska lagar om rationella samband mellan mål, medel och utfall (Bolman & Deal, 2017). Några utmärkande drag för det strukturella perspektivet är att organisationer existerar för att man ska kunna uppnå uppställda mål och att organisationer förbättrar effektivitet och utfall genom specialisering och tydlig arbetsfördelning. Samordnings- och kontrollformer ska säkerställa att olika individers och enheters ansträngningar kopplas samman. Organisationer fungerar bäst då rationaliteten ges företräde framför individuella och personliga preferenser och strukturerna ska utformas på ett sådant sätt att de passar organisationens villkor vad gäller mål, teknologi, arbetsstyrka och omgivning. Problem och försämrade prestationer uppstår till följd av strukturella svagheter och åtgärdas med hjälp av analys och därefter omorganisation och omstrukturering (Bolman & Deal, 2017). En situation där olika aktörer ska samverka innebär att olika organisationers strukturer möts. De samverkande organisationerna kan ha mer eller mindre strukturella likheter vilket kan komma att ha en direkt inverkan på hur den aktuella samverkan kommer att fungera. Vad gäller organisationsstrukturer så kan den enligt Mintzberg (1983) beskrivas innehållande följande fem grundläggande strukturella organisatoriska delar enligt Figur 2 nedan.

1. *Den operativa kärnan* omfattar alla de anställda som producerar organisationens basprodukter och tjänster eller direkt stödjer denna produktion.
2. *Den strategiska ledningen* består av organisationens översta chefschefer och deras närmaste personal.
3. *Mellandelen* består av de chefer som sitter i en direkt formell position mellan den strategiska toppen och den operativa kärnan.
4. *Teknostrukturen* består av de analytiker, från den formella "linjestrukturen", som tillämpar analytiska tekniker för utformning och underhåll av strukturen och för att anpassa organisationen till dess miljö (t.ex. revisorer, arbetsplanerare).
5. *Stöd och serviceenheter* inkluderar de grupper som ger indirekt stöd till resten av organisationen (t.ex. i det typiska tillverkningsföretaget, juridisk rådgivare, PR, löner, cafeteria).



FIGUR 2. – DEN STRUKTURELLA KONFIGURATIONENS FEM DELAR

Storleken och balansen mellan dessa fem organisatoriska delar kan enligt Mintzberg beskrivas i fem strukturella konfigurationer: (1) enkel struktur, (2) maskinbyråkrati, (3) professionell byråkrati, (4) ad hoc-struktur och (5) divisionaliserad struktur. Vissa organisationer kan därutöver ha en hybridkultur bestående av en mix av en eller flera av de fem konfigurationerna (Mintzberg, 1983).

Enkel struktur

I en enkel struktur är den strategiska toppen central och samordning sker genom direkt vertikal styrning och övervakning av den strategiska ledningen (ofta en stark ledare). Organisationsstrukturen är minimal och återfinns i regel i dyna-

miska miljöer, i mindre och yngre organisationer eller de som står inför svåra kriser (Mintzberg, 1983).

Maskinbyråkratin

Maskinbyråkratin kan liknas med en maskin med kugghjul som ska passa med varandra eller som ett löpande band där varje individ gör sin lilla del i produktionen. Samordning sker främst genom införande av strikta arbetsbeskrivningar, regler och rutiner som produceras av teknostrukturen. Arbetsuppgifterna är mycket specialiserade och formaliserade i arbetsbeskrivningar och rutiner. Enheterna är funktionella och ofta stora på operativ nivå. Styrningen är centrerad vertikalt utifrån den strategiska toppen med begränsad horisontell decentralisering till teknostrukturen. Maskinbyråkratin finns i enkla, stabila miljöer och är ofta associerad med äldre, större organisationer. De är ibland externt styrda och har tekniska system för massproduktion (Mintzberg, 1983).

Den professionella byråkratin

Den professionella byråkratin förlitar sig på standardisering av färdigheter i sin operativa kärna för samordning. Jobben är mycket specialiserade men minimalt formaliserade. Utbildning är omfattande och utövarna är välutbildade. Organisationen är ofta stor och decentralisering är omfattande både i den vertikala och horisontella dimensionen. Denna struktur finns vanligtvis i komplexa men stabila miljöer som myndigheter och stora företag (Mintzberg, 1983).

Ad hoc-struktur

Ad hoc-strukturen samordnar främst genom ömsesidig anpassning mellan alla delarna i strukturen och stort stöd från supportavdelningen. Jobben är mycket specialiserade och kräver lång utbildning. Formaliseringen är liten, enheterna små och samverkan med andra är omfattande. Styrningen är decentraliserad såväl vertikalt som horisontellt. Ad hoc-strukturen finns i komplexa och dynamiska miljöer. Den förekommer ofta i miljöer där man jobbar i projektform med olika specialister där ingen är utpekad chef. Exempel på företag med sådan struktur är start-up företag i IT-branschen och reklambyråer (Mintzberg, 1983).

4.1.2 HR-perspektivet

HR-perspektivet lyfter fram att organisationen ser personalen som en viktig resurs. En viktig skillnad mellan det strukturella perspektivet och HR-perspektivet är att fokus ligger mer på att anpassa strukturen till de anställdas behov så att det finns en överensstämmelse mellan de anställdas behov, drivkrafter, önskemål och kompetenser, vilket i förlängningen kommer att gynna såväl organisationen som personalen och leda till både effektivare produktion och nöjdare personal (Bol-

man & Deal, 2017). Några utmärkande drag för HR-perspektivet är att människor och organisationer är beroende av varandra i ett samspel där organisationerna behöver idéer, energi, kunskaper, kompetenser och färdigheter medan människor behöver lön och möjligheter att utvecklas, och göra karriär. När överensstämmelsen mellan individ och organisation inte matchar varandra så blir minst en av parterna lidande vilket leder till sämre effektivitet, lägre trivsel och hög omsättning av personal. När överensstämmelsen mellan individ och organisation är god tjänar båda parter på det. Individerna får ett meningsfullt arbete som skänker tillfredsställelse och organisationen får den kompetens, energi och engagemang som krävs för att få en välfungerande verksamhet (Bolman & Deal, 2017).

4.1.3 Det politiska (makt) perspektivet

Organisationer är inte bara rationella och strukturerade utan de är också dynamiska politiska arenor där olika intressen vävs samman i komplexa nätverk och koalitioner som strävar efter makt och inflytande över organisationen, men också i relation till andra organisationer (Bolman & Deal, 2017). Några utmärkande drag för det politiska perspektivet är att organisationer är koalitioner som består av olika individer och intressegrupper. Mellan koalitionsmedlemmar finns det bestående skillnader i värderingar, åsikter, information, intressen och tolkningar av verkligheten. Huvuddelen av alla viktiga beslut handlar om fördelning av knappa resurser, det vill säga vem som ska få vad. Knappa resurser och bestående skillnader ger konflikter en central plats i organisationsdynamiken och gör makt till den viktigaste tillgången. Mål och beslut växer fram genom förhandling, köpsläende och tävlande om bra positioner mellan konkurrerande intressenter (Bolman & Deal, 2017).

4.1.4 Det symboliska perspektivet

Människor men också organisationer har ett grundläggande behov av att skapa förståelse och mening i tillvaron. Denna mening förmedlas via socialisering till organisationens medlemmar inom ramen för den aktuella organisationens organisationskultur. Organisationskulturen styr över hur vi uppfattar vilka vi i vår organisation är och vilka andra är. Vad som är viktigt och värdefullt och vad som inte är det. Vad och hur man ska göra något och hur man inte ska göra. Några utmärkande drag för det symboliska perspektivet är att det viktigaste inte är vad som händer utan vad det betyder (Bolman & Deal, 2017). Många händelser och processer är av större vikt för det som uttrycks än för det som produceras. Organisationskulturen är det kitt som håller samman organisationer och som samlar dess medlemmar kring en gemensam uppsättning värderingar och övertygelser. Organisationen och verksamheten kan i det symboliska perspektivet ses som en arena där aktörerna spelar inför såväl intern och extern publik med främsta syftet att skapa legitimitet för verksamheten. Det vill säga: det kanske inte alltid blir

någon effekt av det man gör men man behöver göra det för att det ska se ut som att man gör något viktigt och värdefullt.

I det följande kommer Bolman och Deals fyra perspektiv på organisationer att användas för analyser av observationer och intervjudata för att se om olikheter och likheter mellan de samverkande aktörerna avseende de fyra perspektiven hade inverkan på hur samverkan fungerade vid byggandet av Älvsjö sjukhus.

5. Metod

5.1 Älvsjöprojektet som fallstudie

Fallstudie som metod går ut på att noga undersöka en aspekt, ett fall, av ett bredare fenomen med förhoppningen att kunna dra lärdomar om det bredare fenomenet (George och Bennet, 2005). Det görs genom att jämföra likheter eller olikheter med andra fall av samma fenomen (George och Bennet, 2005).

Älvsjöprojektet är ett fall av aktörsgemensam samverkan under en pågående kris. Det är ett fall som är viktigt att undersöka då det är ett exempel på en samverkansinsats i en situation där hotbilden var osäker och krishantering skedde proaktivt. Med oklar hotbild och osäker utveckling är vår bedömning att det ställts särskilda krav på samverkan. Älvsjöprojektet är således ett relevant och aktuellt exempel på aktörsgemensam samverkan i skarpt läge.

5.1.1 Observationer

Tack vare kontakter mellan Försvarshögskolan och MR M kunde författarna till denna rapport vara med och observera etablerandet av Älvsjö sjukhus. Observationerna ägde rum mellan den 28e mars och den 3e april 2020. Därefter skedde sporadiska besök vid sjukhuset för att hålla intervjuer samt för att närvara vid avvecklingen av sjukhuset.

5.1.2 Urval och intervjuer

Efter att observationer gjorts utformades intervjuguider för kommande uppföljande djupintervjuer med nyckelpersoner som på olika sätt samverkat i Älvsjöprojektet. Mellan april och oktober 2020 genomfördes 34 djupintervjuer med identifierade nyckelpersoner. Identifiering av dessa gjordes till stor del i Älvsjö där det var tydligt vilka som var projektledare och ansvariga för olika områden. Därefter skedde en viss snöbollseffekt då intervjupersonerna fick säga vilka de ansåg att vi skulle intervjua vidare. När vi hade intervjuat de centrala aktörerna på plats i Älvsjö ifrån Locum, MR M, KrIVA, Stockholmsmässan samt vårdgivarna, identifierades centrala samverkansaktörer som inte hade varit fysiskt på plats. Det gällde exempelvis den högre tjänstemanna- och politiska nivån i Region Stockholm, Länsstyrelsen, MR M och FMs Högkvarter, vårdgivare och sjukhusdirektörer samt samverkande myndigheter i form av Socialstyrelsen och MSB. Intervjuerna spelades in med samtycke och transkriberades ordagrant.

5.1.3 Datahantering

Efter att intervjuerna transkriberades har de analyserats i datahanteringsprogrammet NVivo för att sortera ut trender och återkommande mönster gällande samverkan inom och mellan organisationerna. Därefter har materialet analyserats utifrån Bolman och Deals (2017) teoretiska ramverk samt Mintzbergs (1983) organisationskonfigurationer.

6. De involverade aktörerna i Älvsjöprojektet

Det här kapitlet redovisar de olika samverkande aktörerna och deras organisatoriska struktur.

6.1 De involverade aktörerna inom vården

6.1.1 Socialstyrelsen

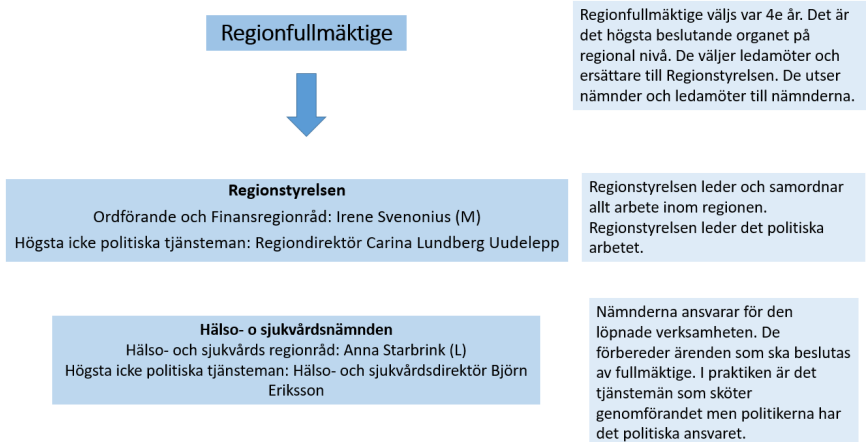
Socialstyrelsen är kunskapsmyndigheten för vård och omsorg i Sverige. Socialstyrelsens uppgift är bland annat att ta fram statistik, kunskapsstöd och föreskrifter samt att följa upp och utvärdera områden kopplade till vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2018). De har även beredskap för allvarliga händelser. Socialstyrelsen är ett exempel på en professionell byråkrati enligt Mintzbergs modell (1989).

Socialstyrelsen har varit den nationellt samordnande kraften för vård i den här krisen vilket gör att Älvsjö sjukhus var en av många olika frågor som de har arbetat med. Socialstyrelsen kan, i egenskap av kunskapsmyndighet, ta fram olika riktlinjer om hur vård ska bedrivas samt utvärdera och följa upp vård. De har dock inte mandat att styra över hur en läkare på ett sjukhus vårdar en patient. Vårdgivare i Sverige är höggradigt decentraliserade enheter vilket regleras i Hälso- och sjukvårdslagen, HSL 2017:30.

Socialstyrelsens roll i Älvsjöprojektet var att tillgodose att resurser fördelades jämt mellan regionerna – och Älvsjöprojektet var en del av det arbetet. Socialstyrelsen såg att smittotalen och prognoserna för Stockholm var oroande och insåg att hjälp och stöd ifrån FM behövdes mer i Region Stockholm än i Region Uppsala vid den aktuella tidpunkten – och skickade därför en förfrågan till FM för Region Stockholms räkning om hjälp kunde styras om till Älvsjö istället för till Ärna. Vidare höll sig Socialstyrelsen informerad om vad som skedde i Region Stockholm och hur Älvsjöprojektet gick (Intervjuperson 34).

6.1.2 Region Stockholm

Region Stockholm, tidigare Stockholms Läns Landsting, är en politiskt styrd organisation som ansvarar bland annat för att invånarna i länet får den hälso- och sjukvård som de behöver (Region Stockholm, 2020a). Region Stockholm är ett exempel på en professionell byråkrati. För att förstå regionens arbete i Älvsjöfalllet behövs det lite bakgrundsinformation om hur regionen fungerar i vanliga fall samt vid höjd beredskap.



FIGUR 3. HUR FUNGERAR REGIONEN?

I vanliga fall ser regionens arbete, något förenklat, ut som bilden ovan visar. Var 4e år, samtidigt som det är val till riksdag och kommun, är det val till regionfullmäktige. Regionfullmäktige är utformad ungefär som Sveriges riksdag – med ledamöter ifrån de olika partierna. Regionfullmäktige är det högsta beslutande organet på den regionala nivån (Region Stockholm, u.å.). Regionfullmäktige beslutar i sin tur om en regionstyrelse samt vilka olika nämnder som ska finnas i regionen. De beslutar även om vilka ledamöter som ska sitta i nämnderna. Irene Svenonius (M) är för närvarande ordförande i Regionstyrelsen och hon är även finansregionråd (Region Stockholm, u.å.).

Den nämnd som är mest relevant för Älvsjöprojektet är hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). Nämnderna utses av Regionfullmäktige. Den som under den här mandatperioden är ordförande för hälso- och sjukvårdsnämnden är hälso- och sjukvårdsregionråd Anna Starbrink (L) (Region Stockholm, u.å.).

Under nämnderna, där det sitter folkvalda politiker, finns förvaltningarna. I förvaltningarna sitter opolitiska tjänstemän och de hjälper i normalfall nämnderna med att genomföra den politik som det beslutas om (Region Stockholm, u.å.). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) beställer den vård och tandvård som behövs och följer upp vården och dess kvalitet. I hälso- och sjukvårdsförvaltningen är den högste tjänstemannen hälso- och sjukvårdsdirektör Björn Eriksson (Region Stockholm, u.å.).

I Region Stockholm omsätts de politiska besluten till vårdverksamhet genom att HSF beställer den vård de vill ha av vårdgivarna. I Region Stockholm finns hundratals vårdgivare – alltifrån små privata kliniker till de 6 stora akutsjukhusen: Danderyds sjukhus, Södersjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset (KS) i Solna och Huddinge, Norrtälje sjukhus, S:t Görans sjukhus och Södertälje

sjukhus. Dessutom finns Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), som utgör en stor del av den psykiatri, geriatrik och de vårdcentraler som finns i Stockholm. Vårdgivarna är decentraliserade, autonoma, enheter som har stor frihet att själva bestämma över sin verksamhet (Intervjuperson 12, 27, 23).

Regionens struktur för ledning och styrning med beställar- och utförarmodellen bygger i normala fall på ett förhållande där HSF skriver så kallade ägardirektiv med vårdgivarna i regionen, som sedan konkretiseras i en vårdbeställning som tas fram av HSF. Det avtalet definierar vården i form av vilka verksamheter som ska bedrivas (tex akutsjukvård och/eller kirurgi). Verksamheten följer sedan upp det som görs utifrån ägardirektiv och vårdbeställning (Intervjuperson 23). Avtal finns alltså både med stora akutsjukhus såsom KS, och med små privata kliniker. Ägardirektiven är ofta öppet formulerade och det finns en stor frihet för vårdgivarna att själva bestämma över hur de bedriver sin verksamhet utifrån de avtal de har med Region Stockholm. HSF har ingen reell eller formell makt över vårdgivarna utan vårdgivarna är autonoma enheter som styr sig själva. Vårdgivarna har inte heller något mandat att styra över varandra utan där sker samordning via samverkan mellan respektive vårdgivares sjukhusdirektörer och chefsläkare.

6.1.3 RSSL – Regional Särskild Sjukvårdsledning

Regional särskild sjukvårdsledning, förkortat RSSL, aktiveras när regionen går upp i stabsläge, förstärkningsläge eller katastrofläge. RSSL klassificeras som en ad hoc-organisation, men med stöd ifrån en professionell byråkrati utifrån Mintzbergs organisationskonfigurationer (1983). Enligt Region Stockholms katastrofmedicinska beredskapsplan (2017 & 2020) ska RSSL i händelse av stora epidemiologiska katastrofer, t.ex. influensapandemier ta ”i samarbete med smittskyddsläkaren över ansvaret för ledning av bekämpningen och de sjukvårdsmässiga konsekvenserna av utbrottet” (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2017 s. 54). Under Coronakrisen har RSSL varit aktiverat mer eller mindre sedan i februari 2020 (Intervjuperson 4) och både stabsläge och förstärkningsläge har aktiverats. RSSL aktiveras för att samordna regionens insatser, samverka med andra aktörer och vidta nödvändiga förstärkningar (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2017). RSSLs uppgift är att leda och samordna regionens ”samlade resurser inom hälso- och sjukvården och samverka med andra myndigheter, organisationer och sjukvårdshuvudmän” (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2017 s. 34). Chef för RSSL under Coronakrisen har varit hälso- och sjukvårdsdirektör Björn Eriksson och det var även han som tog beslut om att aktivera RSSL i början av Coronakrisen i samförstånd med den politiska nivån (Intervjuperson 4, 3 och 15).

Ungefär samma sak som sker när regionen aktiverar RSSL sker på akutsjukhusen och SLSO: vid stabsläge, förstärkningsläge och katastrofläge går sjukhusen upp i lokal särskild sjukvårdsledning (LSSL) för att vidta åtgärder för för-

stärkning av vissa funktioner, upprätta information, förstärka operationskapaciteten eller öka upp kapaciteten inom intensivvården (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2020). RSSL och LSSL har regelbunden kontakt för att planera vårdens flöden och resurser. Akutsjukhusen och SLSO sitter inte med i RSSL, utan det är beställarsidan av vården genom HSF som är grunden i RSSL.

INFORMATIONSRUTA 1: REGION STOCKHOLMS OLIKA BEREDSKAPSLÄGEN OCH DEFINITIONEN AV MEDICINSK KATASTROF.

Under Coronakrisen har katastrofläget i Region Stockholm inte aktiverats. Det finns tre lägen för förhöjd beredskap i regionen:

1. **Stabsläge:** "beredskapsläge som innebär att RSSL håller sig underrättad om läget, vidtar nödvändiga åtgärder och följer händelseutvecklingen" (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2020:28).
2. **Förstärkningsläge:** "beredskapsläge som innebär att RSSL vidtar åtgärder för förstärkning av vissa viktiga funktioner" (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2020:28).
3. **Katastrofläge:** "beredskapsläge som innebär att RSSL vidtar åtgärder för förstärkning av alla viktiga funktioner" (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2020:28).

Det har förekommit viss debatt om katastrofläget borde ha aktiverats för att då ge RSSL mandat att frigöra mer personal ifrån privata vårdgivare, eftersom RSSL får ett större mandat att styra över privat verksamhet om de går upp i katastrofläge (se tex Svensson & Gustafsson, 2020). Då RSSL inte har gått upp i katastrofläge är det dock svårt att veta hur mandat och beslutsmakt rent konkret skulle ändras då det är generellt beskrivet i regionens katastrofmedicinska beredskapsplan (Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan, 2020). Region Stockholm har inte heller aktiverat katastrofledningsnämnden. Katastrofledningsnämnden leds vid aktivering av Irene Svenonius (Dragic & Gustafsson, 2020). Istället är det RSSL som har haft ett långtgående mandat att fatta beslut om bland annat Älvsjö sjukhus i regionen under Coronakrisen.

Coronakrisen har hittills inte definierats som en medicinsk katastrof inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens definition av en medicinsk katastrof är:

"Med katastrof inom hälso- och sjukvården avses en situation där tillgängliga resurser är otillräckliga i förhållande till det akuta vårdbehovet och där belastningen är så hög att normala kvalitetskrav för medicinsk behandling inte längre kan upprätthållas trots adekvata åtgärder." (Socialstyrelsen, 2013)

Coronakrisen blev inte någon katastrof enligt denna definition och sjukhusen behövde inte sänka vårdkvaliteten (utifrån vad som har framkommit hittills). Detta är viktigt för vidare förståelse kring diskussionerna om Älvsjö sjukhus varande eller icke varande då det diskuterades om ett öppnande Älvsjö sjukhus skulle kunna innebära en sänkning av vårdkvaliteten (Intervjuperson 12).

6.1.4 KrIVA

På grund utav de oroande prognoserna och den pressade situationen i Stockholm utsåg RSSLs chefläkare och beslutsfattare under ett möte den 19 mars 2020 en grupp med tre läkare som fick i uppdrag att undersöka möjligheterna att utöka antalet intensivvårdsplatser i Stockholm (bland annat Intervjuperson 4, 12, 22, 23, 28). Den här gruppen kom att kallas för Kris-IVA gruppen och sedermera KrIVA-gruppen (Intervjuperson 22, 28, 4).

RSSL rådgjorde bland annat med chefen för KS intensivvårdsavdelning och med katastrofmedicinsk expert på Socialstyrelsen tillika professor vid Karolinska Institutet för att välja ut lämpliga kandidater som skulle kunna utreda detta. Det utsågs två intensivvårds- och anestesiläkare som i vanliga fall arbetar på KS, samt en läkare som är VD för en privat vårdklinik (Intervjuperson 28, 4, 12, 6). Denna trio undersökte olika platser där det skulle kunna gå att öka vårdkapaciteten – bland annat Gamla Karolinska sjukhuset och Kistamässan. Deras rekommendation till RSSL blev slutligen Stockholmsmässan i Älvsjö, söder om Stockholm (Intervjuperson 12, 20).

”På lördag natt så kom vi fram till att Älvsjömässan eller Stockholmsmässan som de vill heta eller som de heter, var optimalt ur jättemånga synpunkter. Och på lördag natt så ringde vi också RSSL och sa att vill ni ha någonting så ska det ske på Älvsjö, på Stockholmsmässan” (Intervjuperson 12).

RSSL fattade därefter ett beslut om att utöka vårdplatser på Stockholmsmässan och då det beslutet tagits fortsatte KrIVA, på uppdrag av RSSL, att projektleda bygget tillsammans med Locum och med stöd av FM och Stockholmsmässan.

Två av tre utsedda läkare i KrIVA hade stor erfarenhet av att ha varit på uppdrag med Läkare utan gränser. När bygget drog igång rekryterade de lämpliga personer för att hjälpa till att etablera vård på Stockholmsmässan. KrIVA-trion utgick ifrån handlingskraftiga och lösningsorienterade personer och många av dessa tillhörde nätverket från Läkare utan gränser (Intervjuperson 12). KrIVA var en ad hoc organisation med specialistkompetenser, korta beslutsvägar och lösningsorienterade individer som var redo att göra det bästa av situationen.

6.1.5 Karolinska universitetssjukhuset, KS

När Stockholmsmässan i Älvsjö hade bedömts vara det bästa stället att utöka IVA-kapaciteten i Stockholm och bygget hade dragit igång behövde RSSL utse en vårdgivare till Älvsjö sjukhus. RSSL kan inte själva ha ett sjukhus i bruk, utan de måste utse en vårdgivare som utför vården och har patientansvar (Intervjuperson 12). Efter några dagar av intensivt byggande utsågs KS till vårdgivare. Motiveringen ifrån RSSL var bland annat att KS är det största akutsjukhuset med den största kapaciteten för intensivvård i regionen och att det hängde ihop med det

stora ansvar de redan hade fått när det gällde att utöka IVA-kapaciteten i Stockholm. Vidare var två av tre i den så kallade KrIVA-gruppen anställda vid KS och det ansågs därför vara ett rimligt beslut (Intervjuperson 22, 27). KS är ett modernt sjukhus och är ett exempel på en professionell byråkrati (Mintzberg, 1983).

6.1.6 Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO

På grund av interna friktioner mellan RSSL och KS valde RSSL att byta vårdgivare ifrån KS till SLSO efter en dryg vecka (Intervjuperson 27, 28). SLSO står för Stockholms läns sjukvårdsområde. SLSO ansvarar för en stor del av Region Stockholms primärsjukvård, psykiatri, geriatrik med mera. De har även ASIH-vård vilket är avancerad sjukvård i hemmet och är en mycket stor vårdgivare i regionen (Intervjuperson 1, 12). SLSO fick vårdgivaransvaret i början av april 2020 och var vårdgivare fram till att sjukhuset avvecklades i juni 2020. Vid vårdgivarbytet gick vårdgivaransvaret ifrån ett akutsjukhus med den största IVA-kapaciteten i regionen, till en vårdgivare som har närakuter men som inte har den typ av intensivvård som regionens akutsjukhus har. Även SLSO är en professionell byråkrati (Mintzberg, 1983).

6.2 De involverade aktörerna inom FM

Nedan presenteras aktörerna inom FM som var involverade i Älvsjöprojektet. FM är en typisk professionell byråkrati (Mintzberg, 1983) med en stark linjeorganisation där verksamheten styrs vertikalt och hierarkiskt av chefer från den strategiska nivån via operativ nivå ner till taktisk nivå. Teknostrukturen har stort inflytande över verksamheten då mycket av verksamheten styrs av doktriner, reglementen, policys och regler.

6.2.1 FMs Högkvarter

När det blev bestämt att det skulle byggas ett sjukhus på Stockholmsmässan fick FM en förfrågan av Socialstyrelsen om att stödja med medicinsk utrustning och personal vid byggandet sjukhuset och om de kunde omdirigera den karavan som redan var på väg mot Ärna till Älvsjö istället. Denna förfrågan hanterades rutinmässigt av berörd avdelning på FMs högkvarter som resulterade i att MR M fick en order om att stödja Region Stockholm vid byggandet av sjukhuset (Intervjuperson 9, 10).

6.2.2 MR M- Mellersta Militärregionen

FM är indelad i olika geografiska områden. När det beslutades att FM skulle bistå bygget av Älvsjö sjukhus tillföll det geografiskt MR M. MR M täcker det geografiska området Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Västmanlands, Dalarnas och Gävleborgs län. MR M har ett övergripande ansvar att

”stödja och samordna verksamheten som sker inom deras geografiska område. MR M fungerar också som en länk mellan FM och civilsamhället, och har ett aktivt samarbete med Länsstyrelse och region. Vid behov leder MR M även insatser, bland annat vid nationella krissituationer och stöd till samhället” (FM:s hemsida, u.å.).

Till MR M hör även elva Hemvärnsbataljoner samt Livbataljonen.

Chefen för MR M tog emot ordern och gav chefen för genomförandeavdelningen, den s.k. operationsledaren, uppgiften att upprätta en organisation för att stödja regionen i byggandet av sjukhuset på Stockholmsmässan (Intervjuperson 9, 10, 32). Fältsjukhuset med utrustning kördes därmed till Älvsjö istället för till Ärna. Det visade sig snart att själva fältsjukhuset inte behövdes i mässhallarna då lokaler och infrastrukturen som fanns därinne var bättre lämpad för att snabbt bygga ett tillfälligt sjukhus. Dock kom en del av FM:s material att användas, bland annat 30 intensivvårdsplatser. MR M hjälpte även till med logistik och transport. Hemvärnssoldater hjälpte till som arbetskraft i bygget och FömedC hjälpte till med utbildning av civil personal i den militära sjukvårdsutrustningen. Väl på plats på Stockholmsmässan upprättade den militära operativa chefen en liten militär stab, en främre ledningsplats med traditionell linjestabsorganisation vilket inkluderar fasta mötesrutiner med fasta punkter på agendan där information och uppdatering gavs, uppgifter delades ut och följdes upp vilket i militär kontext benämns insatsledning eller operationsledning.

6.2.3 Försvarsmedicencentrum - FömedC

FömedC ligger i Göteborg och har en sektion i Linköping. Deras uppdrag är att se till att det finns fungerande hälso- och sjukvård inom FM i fredstid, i kris och katastrof, under väpnad konflikt samt vid internationella insatser. Det finns två sjukhuskompanier på FömedC (Försvarsmakten, u.å.). Personal och utrustning ifrån FömedC kom ifrån Göteborg till Stockholmsmässan för att bistå med material och utbildning av civil personal i FM:s material.

6.3 De involverade aktörerna inom byggnation

6.3.1 Locum

Locum är den del av Region Stockholm som bygger, förvaltar och utvecklar vårdfastigheter åt Region Stockholm. Locum fick i uppdrag av Region Stockholm att ihop med vården, FM samt Stockholmsmässan etablera vårdplatser inuti Stockholmsmässans lokaler. Locums uppgift var att bidra med projektledning av byggnationen samt med kompetens inom säkerhet, medicinska gaser, VVS, och re-

servkraft (Locum, 2020). Locum ledde även avvecklingen av sjukhuset. Utöver det formella uppdraget tog Locum stort ansvar för att etablera mötesrutiner mellan bygg och vårddelen. De initierade så kallade ledningsgruppsmöten där de olika delarna av projektet kunde mötas och länka i varandras arbete. Vidare tog Locum över vissa delar som de normalt inte ansvarar för i byggen av sjukhus, såsom logistik och flöden. Locums säkerhetschef tilldelades rollen som projektledare för byggnationen av sjukhuset. Projektledaren, som har officersbakgrund, etablerade en tydlig stabsmetodik med tre dagliga lägesorienteringar – med avstämningar och beslutsfattande. Locums ansvarige valde ut personer som de hade arbetat med tidigare och som de visste var handlingskraftiga och lösningsorienterade (Intervjuperson 2, 8). Locums organisation i Älvsjö blev en ad hoc liknande organisation men deras grundorganisation kan beskrivas som en professionell byråkrati (Mintzberg, 1983) med hög grad av decentraliserat beslutsfattande men med tydligt linjeledarskap och styrning via planeringsmodell med fasta besluts- och uppföljningsmöten.

6.3.2 Länken mellan vård och bygg – Boundary Spanner

En person som blev helt avgörande för bygget utav Älvsjö sjukhus var en läkare som har erfarenhet av att dels vara just läkare, dels har erfarenheter ifrån Läkare utan gränser och dessutom har erfarenhet av att bygga sjukhus. Denne person blev en tydlig länk mellan vårddelen och byggdelen av arbetet. Han utsågs till programchef för Älvsjöprojektet.

Locums projektledare träffade den blivande programchefen under den första dagen av Älvsjöprojektet och insåg snabbt att de skulle bli en bra kombination av bygg, projektledning och vårdkunskap. Programchefen är därför lite svår att placera inom någon organisation – bygg eller vård. Han var en så kallad ”boundary spanner” – vilket tidigare forskning identifierat som en länk som kan röra sig mellan olika organisationer och se till att projekt rör sig framåt och att organisationer kan samarbeta på ett smidigt sätt (se tex Alvinus m.fl., 2014; Ritcher m.fl., 2006; Williams, 2002). En representant ifrån Locum beskriver programchefen enligt nedan:

”...min erfarenhet när man samarbetar med läkare och så vidare det är att det finns en väldigt strikt akademisk hierarki där, men då hade jag funnit programchefen³ i, innan helgen där, och kände då att vi skulle kunna bli ett bra radarpar där han var liksom krockkudden mellan vården och Locum i det här liksom... vara länken mellan Locum och bygget och den här läkargruppen så att det blev en bra radarpartner egentligen”(Intervjuperson 2).

3 Respondenten säger egentligen ett namn men vi har valt att inte skriva ut namn i denna rapport.

Programchefen nämns i många intervjuer i termer av att han var en synnerligen viktig person, samverkan personifierad, då han rörde sig mellan organisationerna och såg till att de förstod varandra. Han var en person som hade helt rätt kompetens för det här projektet och det uppfattades mycket lyckosamt att han hade tid och möjlighet att släppa sitt vanliga arbete och gå in i det här projektet under den här krisen.

6.3.3 Stockholmsmässan

Stockholmsmässan ligger i Älvsjö söder om Stockholm. Stockholmsmässan ägs av Stockholms stad och Stockholms Handelskammare. Ordförande i Stockholmsmässans styrelse är Anna König Jerlmyr (M) (Stockholmsmässan, u.å.) som är finansborgarråd i Stockholms stad. Stockholmsmässan utsågs till den plats där det skulle vara mest lämpligt att etablera ett nytt sjukhus på kort tid. Stockholmsmässans personal samt underentreprenörer fanns på plats under bygget och hjälpte till med byggandet samt med sina kunskaper om lokalen. Produktionschef ifrån Stockholmsmässan var på plats under hela byggnationen och var projektledare för Stockholmsmässans personal. Han var i ständig samverkan med Locum för att koppla ihop rätt person ifrån Locum med rätt person ifrån Stockholmsmässan.

Stockholmsmässans projektgrupp kan beskrivas som en blandning av ad hoc- och professionell byråkrati (Mintzberg, 1983). De hade stor vana vid att arbeta i projekt med korta tidsramar för att snabbt bygga om och anpassa mässhallarna till nya kunder vilket passade både KrIVA och Locums organisationer väldigt bra. På sätt och vis var Älvsjöprojektet relativt likt ett vanligt projekt för Stockholmsmässan – förutom att allting gick snabbare och att det fanns en massa nya människor ifrån olika organisationer på deras arbetsplats (Intervjuperson 29).

Stockholmsmässan är överlag en optimal lokal för att snabbt sammanställa ett projekt likt detta då de har entreprenörer redo, är vana att jobba koncentrerat i projekt samt eftersom de har mycket utrustning och material:

”Vi har också en massa utrustning som gjorde det möjligt att såhär snabbt ställa upp det. Att vi hade 6000 väggar – bara det, än att börja beställa 6000 väggar eller ta något annat material som hade tagit längre tid att bygga väggar med. Att vi hade 5 kilometer tross, och att vi hade 2000 kvadratmeter matta och alltså, de här volymerna som vi normalt sett har när vi bygger – och målarfärg och allt vad det är.” (Intervjuperson 29)

Stockholmsmässan hade interna möten varje morgon där de stämde av att de höll tidsplanen och planerade framåt.

7. Intern samverkan

I det här kapitlet analyseras intern samverkan inom de olika delarna av Älvsjö-projektet: vård, FM och byggnation. Kapitlets huvudsakliga tyngd ligger på intern samverkan inom vården, eftersom det där fanns många olika samverkande aktörer på olika organisatoriska nivåer.

7.1 Intern samverkan inom vården

7.1.1 Samverkan mellan nationell och regional nivå

Mellan nationell och regional nivå hade RSSL och Socialstyrelsen regelbunden kontakt både innan och under Älvsjöprojektet eftersom Socialstyrelsen var delaktig i att göra bedömningen om FMs material behövdes i Region Stockholm vid den tidpunkten. Beslutsfattare ifrån RSSL hade kontakt med krisberedskapschef på Socialstyrelsen under hela Älvsjöprojektet för att hålla Socialstyrelsen informerad. Socialstyrelsen har inget mandat att styra över regionerna men de var däremot måna om att när Region Stockholm fått en så pass stor resurs så behövde Socialstyrelsen hålla sig informerad eftersom sjukhuset skulle kunna användas som en nationell resurs (Intervjuperson 34).

Trots att Socialstyrelsen inte har någon befälsrätt över Region Stockholm kom många samtal till Socialstyrelsen gällande interna friktioner kring Älvsjöprojektet. Mycket handlade om oenighet mellan de stora vårdgivarna och RSSL. Socialstyrelsens representant tror att anledningen till att de blev så tätt informerade om detta beror på att Stockholm har starka lokala sjukhus med starka ledningar som i normala fall är de som beslutar över hur de bedriver sin verksamhet (Intervjuperson 34). När RSSL tog beslut som akutsjukhusen inte höll med om eller inte kände sig inkluderade i beslut uppstod friktioner mellan RSSL och akutsjukhusen i Stockholm. Detta ringde många till Socialstyrelsen för att meddela dem om. Detta, menar Socialstyrelsen, skulle aldrig hända i en mindre region med mindre sjukhus (Intervjuperson 34). I samband med avvecklingen av sjukhuset var Socialstyrelsen mer aktivt inblandad eftersom det behövde avgöras om Älvsjö sjukhus skulle kunna vara en nationell resurs och inte bara en fråga för Region Stockholm (Intervjuperson 22, 28, 4).

7.1.2 Samverkan mellan regional och lokal nivå: RSSL, KrIVA och KS

De interna friktionerna inom vården blev framträdande när KS hade tilldelats vårdgivaransvaret för Älvsjö sjukhus och går att dela upp i två huvudsakliga teman: (1) bristande förtroende och olika lägesbilder, samt (2) konkurrens om resurser.

Bristande förtroende och olika lägesbilder

KS tilldelades vårdgivaransvaret för Älvsjö sjukhus men prioriterade det inte då de ansåg att de hade fullt upp med att öka kapaciteten och bygga ut IVA-avdelningarna på sjukhusen i Solna och Huddinge. De menade att de kunde skala upp IVA-kapaciteten internt och att RSSL inte lyssnade, eller litade, på dem när de berättade om sina planer. Det uppstod därmed tydliga friktioner mellan RSSL och KS, vilket innebar att KrIVA-gruppen och övriga som var ute och byggde i Älvsjö hamnade i kläm mellan två olika organisationer med helt olika lägesuppfattningar (Intervjuperson 12, 22, 23).

”Men Karolinska tog ju på sig detta men delvis lite motvilligt. Det fanns ju naturligtvis en önskan av att man ville öka upp kapaciteten så mycket som möjligt på Karolinska. Vi såg ingen motsättning – vi menade att öka upp allt vi kan på våra sjukhus inklusive Karolinska inte minst – men vi behöver ha det här i reserv i ”worst case” scenario om vi hamnar i ett katastrofläge så att säga, var lite ursprungstanken, och då kan man ju säga att KS är stort (...) – det var många som var positiva, men ledningen var väl sådär och det var väl ett av skälen att det sedermera gick över till SLSO, vårdgivarskapet.” (Intervjuperson 22)

Det råder delade meningar mellan RSSL och KS om hur det gick till när KS fick vårdgivaransvaret och om de verkligen blev tillfrågade eller om de tilldelades ansvaret utan dialog. Enligt RSSL har KS blivit tillfrågade och tackat ja, medan KS menade att beslutet att bygga Älvsjö sjukhus skedde utan dialog med dem eller den lokala särskilda sjukhusledningen (LSSL) som borde ha varit den aktuella parten för RSSL att samverka med.

”Men under tiden så satt regionen utan något samråd eller diskussioner med oss igång med detta och sen när det var färdigbyggt så, eller nästan färdigbyggt då gav de vårdgivaransvaret till Karolinska. Vi tog emot det och sa det är bra då har vi en återfallsplan om allt som vi håller på med inte håller, då har vi ett ställe att falla tillbaka på. Det mottogs inte med något jubel från regionen så jag fick ett skarpt samtal där de sa: du ska öppna platser, du ska skicka patienter dit. Jag sa, det är inte patientsäkert, vi använder det som vi har nu först och det här kan vi ha en krissituation där vi inte är än. Och sen har det varit, vi skickade dit en person⁴ för att liksom ta över liksom ansvaret på plats för att se vad behöver göras och vad behöver vi få in och vad fungerar och inte fungerar, och det ledde till vissa konflikter att vi ville ha detta på ett strukturellt sätt och jag fick de samtalen. Och jag sa nej, vi använder det här, och sen kommer detta

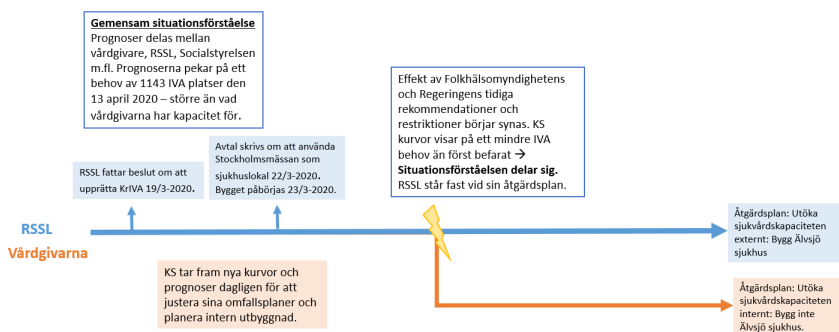
4 Respondenten säger egentligen ett namn men vi har valt att inte skriva ut personnamn i denna rapport.

i fas 5 tror jag att jag kallade det. Och det ledde till att man flyttade vårdgivarsvaret ifrån mig till SLSO och bytte fokus från IVA vård till syrgasvård.”
(Intervjuperson 5)

Den initiala lägesbilden gällande om Älvsjö sjukhus behövdes eller inte skiljde sig åt mellan RSSL och vårdgivarna. KS menade att de inte behövde Älvsjö sjukhus – de ville och kunde skala upp sin verksamhet utan ett externt sjukhus (Intervjuperson 6, 5). Det visade sig sedan att KS uppfattning delades av andra vårdgivare.

Det finns en generell misstro mellan sjukhusen och chefsläkarna på regionen vilket är ett exempel på både det politiska perspektivet om vem som ska bestämma och HR-perspektivets kompetensaspekt (Bolman och Deal, 2017). Misstron grundades i att vårdgivarna som utför vården, där många är aktiva läkare, inte hade fullt förtroende för regionens chefsläkares kompetenser som har lämnat klinisk läkartjänst. Därför anser vårdgivarna att det är de, och inte chefsläkarna på RSSL, som har kompetens att fatta besluten.

KS underkände RSSLs bedömning av läget och de prognoser som gjordes och därmed också vilka åtgärder som skulle vidtas. En intressant aspekt i detta är, som visas i Figur 4 nedan, att prognoser och kurvor delades mellan KS och RSSL så sent som den 25 mars 2020 (Intervjuperson 12), och ändå har det uppstått så pass stora friktioner och spänningar mellan KS och RSSL. KS menar att kurvor framtagna av dem användes för att motivera bygget av Älvsjö sjukhus och att de delat sina prognoser med bland annat RSSL under Coronakrisen. Dock menar de att deras kurvor uppdaterades varje dag och att de snart kunde se att deras plan för utbyggnad internt på sjukhusen i Solna och Huddinge skulle fungera – och att Älvsjö sjukhus inte behövdes. De menar att deras 'worst-case' kurva användes för att motivera beslutet att bygga Älvsjö sjukhus, men att den prognosen blev inaktuell i takt med att nya prognoser gjordes och i takt med att Folkhälsomyndighetens och Regeringens tidiga rekommendationer och restriktioner började ge effekt med färre smittade och färre inlagda på IVA än vad som först hade befarats (Intervjuperson 5, 6). Denna diskrepans kring kurvor och prognoser ledde till stor förvirring för KrIVA-gruppen som fått intrycket att KS och RSSL arbetade utifrån samma planering men sedan hamnade i kläm mellan dem (Intervjuperson 12). Detta tyder även på en bristande kommunikation mellan RSSL och vårdgivarna vilket kan vara relaterat till strukturella faktorer som att vårdgivarna inte sitter med i RSSL.



FIGUR 4. SITUATIONSFÖRSTÅELSE OCH ÅTGÄRDSPLAN

Konkurrens om resurser

Förutom bristande förtroende och olika lägesbilder uppstod det en konkurrenssituation om personal och resurser – vilket är ett tydligt exempel på det politiska perspektivet (Bolman och Deal, 2017). Att RSSL hade tagit personal i anspråk ifrån KS till KrIVA innebar att det uppstod kraftiga friktioner mellan RSSL och KS. Enligt vårdgivarna hade RSSL med hjälp av Socialstyrelsen tagit sig större befogenheter än de hade mandat att göra och att besluten tagits över huvudet på vårdgivarna. Enligt RSSL har KS obstruerat och agerat på ett orimligt sätt jämt mot RSSL som ska vara den samordnande kraften och har systemperspektivet i regionen under en kris (Intervjuperson 5, 6, 25, 12, 23, 27).

”...alla vårdgivare är ju självständiga vårdgivare och de är de som är ansvariga för patienter och patientsäkerhet så att det finns en motsättning här att regional särskild sjukvårdsledning kan ju inte komma här och säga till mig som vårdgivare vad jag ska göra, det är ju jag som är ansvarig för patienten, det är jag som kommer att bli anmäld. Så att det finns... det är inte kristallklart hur det här i regel går till, och det jag kan konstatera det är att det blir väldigt mycket, vi tycker att vi har ett systemperspektiv och tycker att vi har bra idéer men, det finns andra idéer i andra delar av organisationen som ibland går på tvärs med vad vi tycker. Och det är inte självklart att det är vi som bestämmer, utan det blir en hel del kompromissande.” (Intervjuperson 27)

Personalförsörjningsfrågan för Älvsjö sjukhus var återkommande under hela Älvsjöprojektet. RSSL gick ut med en frivilliglista för tjänstgöring på Älvsjö sjukhus och uttagningen skulle skötas av KS. Flera tusen volontärer anmälde sig på bara några dygn till listan men inget hände då KS inte tog på sig ansvaret för att hantera listan och inte heller ställde upp med att rekrytera personal. Personalfrågan var hela tiden en problematisk fråga då ingen vårdgivare tyckte att Älvsjöpro-

jektet behövdes och ingen vårdgivare ansåg att man hade möjlighet att släppa iväg personal då man har fullt upp med att få tillräckligt med personal till den egna verksamheten. Det blev ett maktspel om de knappa personalresurserna (Intervjuperson 31, 5).

Friktionerna mellan KS och RSSL kulminerade enligt några intervjupersoner i och med personalfrågan – att det inte kom personal till Älvsjö sjukhus – och enligt andra när KS kallade tillbaka delar av KrIVA-gruppen till KS, trots att Älvsjö sjukhus inte var färdigbyggt. Detta uppfattades ifrån KrIVA och RSSLs sida som sabotage ifrån KS (Intervjuperson 23, 27, 17). KS å andra sidan menade att de hade fullt upp med att hantera covid-patienter och behövde ha tillbaka sin personal i tjänst (Intervjuperson 5, 6). Friktionerna slutade med att RSSL fattade beslutet att byta vårdgivare från KS och istället ge vårdgivaransvaret till SLSO. KrIVA återvände inte till KS utan stannade kvar tills Älvsjö sjukhus var färdigbyggt. SLSO var vårdgivare från början av april fram tills att sjukhuset avvecklades i juni 2020. Vårdgivarbytet förklarades med att kurvorna kring smittade började gå in i ett annat skede – att fokus för Älvsjö sjukhus skulle handla mer om syrgaskapacitet, att vårda människor efter att de vårdats på IVA med lång rehabiliteringsperiod (så kallad post-IVA behandling) samt att eventuellt ta dit covid-smittade patienter ifrån SLSOs sjukhem och äldreboenden (Intervjuperson 22, 27, 28).

7.1.3 Samverkan mellan SLSO och KrIVA

Det dröjde inte länge förrän det blev tydligt att SLSO stod på KS sida och inte heller tyckte att Älvsjöprojektet var en god idé. Detta ledde till friktioner mellan KrIVA-gruppen och personalen ifrån SLSO. Den största motsättningen mellan SLSO och KrIVA handlade om att SLSO tyckte att KrIVA hade jobbat på ett sätt som man skulle gjort i en katastrofkontext utomlands och inte tagit hänsyn till den svenska kontexten. SLSO menade att KrIVA inte hade koll på avtal och att Älvsjöprojektet var oorganiserat (Intervjuperson 25, 31). Andra aktörer som var involverade i Älvsjöprojektet upplevde däremot att SLSO kom in med en byråkratisk anda och stannade upp den framåtrörelse och det driv som funnits (Intervjuperson 1, 23).

”Det fanns ju inga, det fanns inga sändlistor det fanns inga förteckningar över de som ingick i projektgruppen, det fanns inga förteckningar på vem som gjorde vad, det var en blandning mellan privata email och icke privata email, det fanns ingenting som var dokumenterat, det fanns ingen beslutsdokumentation, och det var ju vi tvungna att reda upp det första vi gjorde, och då blev det ju en kulturkrock kan man säga mellan vanligt tråkigt fattigt administrativt regionsjukhus mot mera det som var en kultur som ligger kanske hos Läkare utan gränser.” (Intervjuperson 31)

”Jag vet inte, du frågade hur det kändes när SLSO kom hit, jag tyckte det kändes som att de ville, de kom in med ganska mycket energi och sen så började rutinerna klegga. De hade ju aldrig tempot i kroppen att få öppnat. Det ville fort in på kalaset, fort in bakom spakarna, men sen ville de inte ratta någonting och inte göra någonting. Så det var väl lite: jaha! Så var det. Så kändes det. Och då kände jag med att nej men nu är jag färdig, jag fick i uppdrag att bygga det här, och nu har jag gjort det.” (Intervjuperson 1)

Det uppstod en kulturkrock mellan KrIVAs organisation som var en ad hoc-organisation och SLSOs linjestyrda professionella byråkratiska organisation (Mintzberg, 1983). Här blev det tydliga friktioner och till viss del en ”maktkamp” mellan KrIVA och SLSO där företrädare för SLSO beskrev Älvsjöprojektet som ett projekt där det inte var någon ordning och reda (Intervjuperson 31, 26). SLSO såg som sin främsta uppgift att skapa struktur och gå från projektmodus till driftmodus. Efter att SLSO övertog vårdansvaret avvecklade KrIVA sig själva och återvände till sina ordinarie arbetsgivare successivt under veckorna som följde (Intervjuperson 1).

7.2 Sammanfattande analys – intern samverkan inom vården

7.2.1 Initial lägesuppfattning och bedömd åtgärd

Analysen i Tabell 2 nedan avseende initial lägesuppfattning visar att alla samverkande aktörer utom vårdgivarna, som har ansvaret för att planera och utföra den aktuella vården, bedömde att det fanns ett behov av att utöka IVA-kapaciteten mer än vad befintliga sjukhus kunde klara av. Detta gav upphov till en betydande friktion mellan RSSL och vårdgivarna som dels tog sig uttryck i att KS passivt obstruerade mot Älvsjöprojektet genom att inte försöka göra sitt bästa för att få det i drift, dels jobbade på för fullt för att öka IVA-kapaciteten på respektive sjukhus. KrIVA å andra sidan jobbade intensivt med att få sjukhuset färdigställt rent materiellt men utan personal då vårdgivarna inte ansåg sig kunna eller vilja ställa personal till förfogande till Älvsjö sjukhus. De ville tvärtom ha tillbaka sin personal från KrIVA till den ordinarie verksamheten.

TABELL 2. VÅRD: INITIAL LÄGESUPPFATTNING OCH BEDÖMD ÅTGÄRD

Samverkande aktörer inom vården	Socialstyrelsen	Regionen/RSSL	Vårdgivare	KrIVA
INITIAL LÄGESUPPFATTNING	Kurvorna visar behov av mer IVA-kapacitet än vårdgivarna kan klara av	Kurvorna visar behov av mer IVA-kapacitet än vårdgivarna kan klara av	<i>Kurvorna visar behov av mer IVA-kapacitet än vad vårdgivarna hade.</i>	Kurvorna visar behov av mer IVA-kapacitet än vårdgivarna kan klara av
BEDÖMD ÅTGÄRD	Bygg sjukhus på Stockholms-mässan	Bygg sjukhus på Stockholms-mässan	<i>Bygg ut IVA-kapaciteten på befintliga sjukhus</i>	Bygg sjukhus på Stockholms-mässan

7.2.2 Organisatoriska skillnader inom vården

Analysen i Tabell 3 visar att det finns skillnader avseende organisationsstruktur där KrIVA skiljer ut sig genom att det är en utpräglad ad hoc-grupp (Mintzberg, 1983) där beslutsvägarna var korta och byråkratiska och hierarkin närmast obefintlig vilket gjorde att verksamheten fungerade effektivt och relativt friktionsfritt.

På det hela taget uppstod inga större friktioner sett ur det strukturella perspektivet trots att KrIVA ensamt var en utpräglad ad hoc-grupp vilket delvis kan förklaras med att fler aktörer hade inslag av ad hoc-strukturer i sina krishanteringsstabber och att alla var inställda på att bidra till att lösa krisen.

Den största friktionen som uppstod mellan RSSL och vårdgivarna hade dels med kompetensprofiler att göra, dels med regelverk och mandat.

Vad gäller HR-perspektivet (Bolman & Deal, 2017) så framgick av intervjuer med representanter ifrån KS och SLSO att de inte ansåg att medlemmarna i RSSL hade tillräcklig kompetens för att bestämma vilka åtgärder som behövdes sättas in. Detta berodde på att RSSLs chefsläkare inte är utförare av vård och inte heller är aktiva läkare.

Ur det politiska perspektivet (Bolman & Deal, 2017) handlade friktionen om att utifrån gällande lagar, regler, makt och mandat har vårdgivarna och ytterst varje enskild läkare enligt lag det fulla ansvaret för den vård som ges vilket innebär att regionens tjänstemän inte har befälsrätt över vårdgivarna. Det handlar om patientsäkerhet och att ansvaret ska ligga så nära patienten som möjligt. En ytterligare aspekt av det politiska perspektivet som gav upphov till friktioner mellan RSSL och vårdgivarna var kampen om begränsade resurser som i detta fall var tillgången till personal. KS ansåg att de själva behövde tillgång till den egna personalen. Nu hade några KS-anställda utsetts till KrIVA av RSSL. Det har

varit tydligt under den här krisen att RSSL dels inte har kunnat bestämma över akutsjukhusen trots att de till viss del har försökt, dels inte har skapat fungerande samverkansformer med vårdgivarna vid den här typen av krishantering vilket kan vara en försvarande omständighet när det kommer till effektiv krishantering.

Utifrån det symboliska perspektivet (Bolman & Deal, 2017) var regionen mån om att ställa sig bakom Älvsjöprojektet genom att både vara där och visa upp sig för media och att i andra sammanhang ställa sig bakom projektet. KS valde däremot att distansera sig både från regionen och Älvsjöprojektet genom att inta en låg medial profil och inte visa upp sig tillsammans med regionen eller på plats i Älvsjö. Detta var ett sätt för KS att på ett symboliskt plan visa att man inte ställde sig bakom byggandet av sjukhuset i Älvsjö. I media har mycket lite skrivits om att KS initialt tilldelades vårdgivaransvaret för Älvsjö sjukhus.

TABELL 3. ORGANISATORISKA SKILLNADER INOM VÅRDEN

Samverkande aktörer inom vården	Socialstyrelsen	Regionen/RSSL	Vårdgivare	KrIVA
STRUKTURELLT PERSPEKTIV ORGANISATIONS-KONFIGURATION	Professionell byråkrati med inslag av ad hoc-stab för krishantering	Professionell byråkrati med inslag av ad hoc-stab för krishantering	Professionell byråkrati med inslag av ad hoc-stab för krishantering	<i>Ad hoc projekt-grupp</i>
HR-PERSPEKTIV KOMPETENSPROFIL	Tjänstemän med expertkunnande inom olika områden	Tjänstemän med expertkunnande inom olika områden och <i>ej aktiva läkare</i>	Tjänstemän och aktiva läkare och specialistläkare	Aktiva specialistläkare + specialist-sjuksköterskor
POLITISKT PERSPEKTIV REGELVERK OCH MANDAT	Inget mandat att styra över regionen eller vårdgivare	Inget reellt mandat att styra över vårdgivare	<i>Full autonomi att styra över det egna sjukhusets personal och verksamhet</i>	Mandat att styra över upp-byggnaden av vården i Älvsjö
SYMBOLISKT PERSPEKTIV SYMBOLISK HANDLING KOPPLAT MOT ÄLVSJÖPROJEKTET	Den nationellt samordnande kraften inom vården som stödde Älvsjöprojektet	Stödde Älvsjöprojektet och visar upp sig i media	Distanserade sig från KrIVA/RSSL/Älvsjö sjukhus och visa inte upp sig där eller i media	Ställde upp i media för att berätta om Älvsjöprojektet

7.3 Intern samverkan inom FM

7.3.1 Svårigheter med lägesbild

FM är som tidigare konstaterats en professionell byråkrati (Mintzberg, 1983). Dock finns det en viss skillnad mellan FMs insats- respektive produktionsorganisation där insatsorganisationen är något mer inriktad mot att lösa frågor här och nu som i en ad hoc-grupp medan produktionsorganisationen är en mer renodlad professionell byråkrati. Det uppstod vissa friktioner mellan insats- och produktionsorganisationen under Älvsjöprojektet (Intervjuperson 18) på grund av att den militära insatsledaren fick lägga mycket tid på att få korrekta lägesbilder ifrån de respektive delarna av organisationen. Det fanns svårigheter att få samstämmiga lägesbilder ifrån produktionsdelen och insatsdelen som arbetade som två separata organisationer som inte var samstämmiga. Den militära insatsledaren upplevde att det saknades struktur mellan organisationerna och menade att produktionsdelen inte gav tydliga lägesbilder (Intervjuperson 18).

7.3.2 En viss missunnsamhet och avundsjuka

Ett annat fenomen som framkom i några utav intervjuerna med FMs representanter var att samverkan med andra aktörer gick relativt smärtfritt och smidigt, men att det internt inom FM fanns friktioner. En viss avundsjuka och missunnsamhet verkade finnas internt inom FM, från personer som inte var på plats i Älvsjö riktad mot dem som var på plats. Denna missunnsamhet verkar ha bottnat i att några tyckte att FM syntes och hördes för mycket medialt (Intervjuperson 18, 7) och kan vara ett exempel på det politiska perspektivet gällande makt (Bolman och Deal, 2017).

”Det vi är mest ledsna över, att vår egen organisation MRM är så kritiska mot det här, över hur vi jobbade där nere, när allt har gått så jäkla bra.” (Intervjuperson 7)

7.4 Intern samverkan inom byggnation

7.4.1 Locum

Locums projektgrupp påminde till stor del om KrIVAs i det att kärnan i projektgruppen bestod av en handplockad ad hoc-grupp bestående av individer som annars jobbar i professionella byråkratier (Mintzberg, 1983) som var inställda på att lösa problem konstruktivt och ibland okonventionellt. Under observationerna av bygget Älvsjö sjukhus upplevdes inga interna friktioner inom Locum. Det har heller inte framkommit under intervjuerna med representanterna ifrån Locum. Det kan bero på att Locum var en tydligt definierad grupp som arbetade med vad

Locum "normalt" gör – bygger och driftsätter sjukhus på uppdrag av Region Stockholm - även om detta var exceptionellt i tempot och under de rådande omständigheterna. Dessutom hade de ett tydligt och tryggt ledarskap.

Utifrån det symboliska perspektivet lade Locum stor vikt vid att skapa sammanhållning och positiv gruppanda genom att ha gemensamma matchande västar, hjälmar och dylikt. Locums projektledare menade att den typen av små signaler var viktiga för att bygga gruppanda och att känna att man var en del av något viktigt.

7.4.2 Stockholmsmässan

Vi uppfattade inte några interna friktioner inom Stockholmsmässan. Likt Locum kan det bero på att Stockholmsmässan är en organisation som är van att arbeta i projekt där de på kort tid ska bygga och etablera nya typer av mässor. Även Stockholmsmässan hade ett tydligt och tryggt ledarskap i sin produktionschef.

8. Extern samverkan

I det här kapitlet redovisar vi hur den externa samverkan mellan de olika parterna fungerade på nationell, regional och lokal nivå. Vi kommer att presentera aktörerna och lyfta fram hur de har upplevt att den externa samverkan fungerade samt hur de andra aktörerna har upplevt att det var att samverka med den aktören. På **nationell** nivå presenteras myndigheter med övergripande perspektiv – i det här fallet FM:s Högkvarter, Socialstyrelsen och MSB.

På **regional** nivå redovisas samverkan mellan Region Stockholm och MR M, samt Länsstyrelsens roll i Älvsjöprojektet.

På **lokal** nivå redovisas samverkan mellan aktörerna som byggde Älvsjö sjukhus: FM (MR M/FömedC), Locum, Stockholmsmässan och vårdens olika organisationer (KrIVA, KS och SLSO).

8.1 Nationell nivå

8.1.1 Socialstyrelsen och FM

Samverkan mellan Socialstyrelsen och FM i det som berör Älvsjöprojektet har fungerat väl. Enligt FM:s högkvarter mottog de förfrågan om stöd ifrån Socialstyrelsen som de beredde och de upplevde inte att det var något som brast i det samarbetet. På samma sätt uppfattade vi att Socialstyrelsen var positiva till samverkan med FM (Intervjuperson 9, 10 och 34).

8.1.2 MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap

MSB:s roll som sammanhållande myndighet vid kriser hade en i stort sett obefintlig roll i Älvsjöprojektet. Under intervjuer och observationer har det framkommit att nästan ingen av de inblandade hade någon direkt kontakt med MSB avseende Älvsjöprojektet. Det har framkommit att många tycker att MSB:s roll har varit oklar i Coronakrisen generellt och i Älvsjöprojektet specifikt. Det kan ha sin förklaring i att Regeringen gav Socialstyrelsen uppdraget att samordna stöd, resurser och material kopplat till regioner och kommuner under den här krisen. Eftersom Coronakrisen varit kopplad till sjukvården hamnade fokus på regioner, sjukhus samt expertmyndigheter såsom Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Det beror på ansvarsprincipen som gäller i Sverige – att den aktör som är ansvarig för en fråga när det inte är kris även ska axla det ansvaret vid kris.

En representant ifrån MSB har intervjuats och bekräftade att MSB:s inblandning i Älvsjöprojektet har varit nästan obefintlig och att det berodde på att de inte fick någon formell förfrågan om att bistå i projektet. De förberedde sig på eventuellt bistå med personal eller andra resurser men någon förfrågan kom aldrig (Intervjuperson 21).

8.2 Regional nivå

8.2.1 Region Stockholm och MR M

Höga representanter ifrån Region Stockholm respektive MR M besökte Älvsjö sjukhus bland annat i samband med några pressträffar och utifrån intervjuer med dem uppfattade vi att samverkan på regional nivå har fungerat bra.

8.2.2 Länsstyrelsen i Stockholm

Länsstyrelsen i Stockholm har suttit med i RSSL och hållit sig informerade under krisen. Länsstyrelsen sammankallade även till samverkansforumet Samverkan Stockholmsregionen, SSR, 2 gånger i veckan när krisen var som värst. Till det forumet ringde alla samverkansaktörer inom Stockholmsregionen in: kommuner, polisen, räddningstjänst med mera och där medverkade även samverkansofficer ifrån MR M och uppdaterade om Älvsjöprojektet. Utöver detta var inte Länsstyrelsen inblandad i Älvsjöprojektet förutom att de var på besök vid ett tillfälle (Intervjuperson 16). Det framkom inga klagomål kring Länsstyrelsens roll. Det har heller inte efterfrågats att Länsstyrelsen skulle haft en mer aktiv roll.

8.3 Lokal nivå

8.3.1 KrIVA

KrIVA var avgörande för att få bygget klart på så pass kort tid. De arbetade i ett högt tempo med att försöka kartlägga vilken typ av patienter och vård som skulle behövas – samtidigt som de skulle få vården på plats. Överlag har extern samverkan med KrIVA fungerat bra trots att det fanns interna friktioner mellan de olika delarna inom vården.

Samverkan mellan Locum och MR M å ena sidan, och KrIVA å andra sidan fungerade på det hela taget bra trots vissa skillnader i organisationsstruktur. Det fanns dock viss frustration och förvirring kring varandras organisationsstrukturer. Under observationerna som gjordes ute på plats under bygget av Älvsjö sjukhus var det tydligt att Locum arbetade enligt en strikt militär struktur med tydliga lägesorienteringar, tydliga funktioner representerade på mötena som rapporterade lägesbild och behov av beslutsfattande. Denna struktur passade FMs representanter mycket bra då den stämde överens med FMs eget sätt att strukturera sin verksamhet. FM deltog alltid på Locums stabsorienteringar och rapporterade in sin lägesbild.

Stockholmsmässans personal anpassade sig också till denna rytm och även om de var ovana vid det sättet att arbeta så upplevde Stockholmsmässans produktionschef att det var tydligt och inspirerande. KrIVA fanns inte alltid med på Locums stabsorienteringar, utan vården representerades av programchef för Älvsjö sjukhus för att täcka in vårddelen i Locums möten.

KrIVA hade egna möten, ett på morgonen och ett på eftermiddagen, som hade en annan typ av struktur. Mötena hade ingen i förväg uttalad agenda, det var inte tydligt vilka som skulle medverka på mötena utan det var ett forum där de som arbetade med att landsätta vården berättade om eventuella problem de stött på och olika frågor diskuterades. Det var inte tydligt för oss utomstående om det fattades beslut.

”...och jag kan bara säga av feedback att våra flummöten var helt avgörande för att... för vi hade ju ingenting. Vi hade, vi visste bara var vi skulle, vi visste... vi hade ingen aning om hur vi skulle komma dit, vad som var viktigt. Vi behövde allas input, vi behövde en smältdegel utav lösa problemen-attityd och då var våra möten idealiska helt enkelt.” (Intervjuperson 12)

Det kan noteras att projektledare för KrIVA, med stor självdistans, refererar till vårdens möten som ”flummöten” – men att det fanns en logik i dem. Det fanns ett behov av en ”smältdegel” där områden diskuterades fritt. Det fanns därför stora skillnader jämfört med Locums stabsorienteringar som alltid följde en fast agenda med punkter som rapporterats in innan mötet med hjälp av stabsstöd. Diskussioner fördes inte i helgrupp utan behövdes samverkan så bestämdes en tid och en plats för de som behövde samverka i direkt anslutning efter mötet.

När vi i efterhand har pratat med KrIVA-gruppens representanter om hur mötesstrukturen var tänkt så har det blivit tydligt att det finns några stora skillnader mellan vård och bygg vilket påverkat hur Älvsjöprojektet drevs framåt. För det första var uppdraget för de som arbetade med bygg relativt tydligt. De byggde vårdmoduler, exakt likadana, som skulle rymma 550 patienter. Antalet IVA-platser varierade, och patientkategorier hann skifta, men i stora drag var byggdelens uppdrag relativt tydligt. För vård delen fanns det en mycket stor ovisshet. Covid-19 är fortfarande ett virus som vi vet relativt lite om, och det gjorde att lägesbilden var oklar och kunde ändras hela tiden, så fort ny forskning kom ifrån andra länder så behövdes nya beslut tas (Intervjuperson 12).

Dessutom är läkarkåren annorlunda än bygg- och militär-branscherna på det sättet att det är en mycket autonom yrkeskår. Många inom KrIVAs arbetsgrupp var experter och specialister inom olika områden och alla behövde komma till tals. Att arbeta i linje på det sätt som militären och Locum gjorde föll sig inte naturligt för den ad hoc-grupp som KrIVA utgjorde som präglades av en plattare struktur med kollegialt ledarskap.

En läkare resonerade kring svårigheter i att leda en grupp läkare enligt nedan:

”Ett annat sätt som man kan se på sjukvården är att den är ganska svår att leda också därför att den är fylld av experter. Alltså, andra organisationer har mycket mer människor som jobbar med rutinsaker. Sjukvården är, har en hög

andel experter som kräver ett särskilt ledarskap tror jag. För att det i kombination med att det är legitimationsyrken. I legitimationsyrken, där har man ett eget ansvar att till och med ibland säga nej till det chefen ber en att göra. Det ingår i legitimationen. Om jag uppfattar att min linjechef säger åt mig att göra någonting som jag inte tycker är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet som vi säger, då är det min lag, jag har plikt enligt lagen att vägra gå med på den uppgiften. Och det förstärker ju det här att man ser professionen, sakkunskapen som det viktigaste. Och man har ofta en blind fläck när det gäller ledarskap och att organisera” (Intervjuperson 26)

Det intervjupersonen ovan säger skiljer sig markant om man jämför med FM – som ofta är tränad i att leda även om man inte kan alla detaljer om de sakfrågor man leder. Dessutom bör man inom FM lyda order – annars kan det vara ordervägran. Här finns det stora kulturskillnader mellan Locum, MR M och KrIVA gällande just ledarskap och organisation utifrån det strukturella perspektivet (Bolman och Deal, 2017) – vilket blev tydligt under observationerna av de olika gruppernas möten.

Locum upplevde dock inte att dessa skillnader gällande struktur skapade irritation och friktion mellan dem och KrIVA. Detta kan bero på att Locums projektledare hade arbetat med att förvalta sjukhus under en längre period och var van vid att anpassa sitt ledarskap till olika miljöer – både civila och militära (Intervjuperson 2). FMs representanter var dock skeptiskt inställda till mötesstrukturerna inom vården. Att mötena inte alltid började på utsatt tid, att det var oklart vilka som skulle vara med på mötena och vad som skulle beslutas imponerade inte på FMs representanter som är vana vid en annan typ av struktur (Intervjuperson 18).

”På sjukvårdsmötena kunde ju liksom folk bara drälla in och helst sent också så man fick sitta och vänta precis som man inte hade något annat att göra. Så nej, jag är långt ifrån imponerad av det där, absolut.” (Intervjuperson 18)

Trots vissa olikheter mellan de samverkande aktörerna fungerade samverkan förhållandevis bra med tanke på att sjukhuset byggdes klart på så kort tid. Vi upplevde under våra observationer samt under intervjuerna efter att bygget var färdigt att det fanns en ömsesidig respekt mellan individerna ifrån de olika organisationerna och att man jobbade med varandra med öppen inställning. Nyckeln till framgången var att man gemensamt arbetade mot samma mål. Man fokuserade på lösningar och inte hinder och resurserna var nästintill oändliga under dessa veckor.

8.3.2 Karolinska universitetssjukhuset (KS)

KS som organisation var inte fysiskt närvarande ute under bygget av Älvsjö sjukhus utan skickade dit en representant som tilltänkt sjukhuschef. Vi uppfattade att hans roll blev klämd emellan hans arbetsgivare KS som signalerade att de inte var intresserade av att satsa på Älvsjöprojektet – och gruppen där ute som var entusiastiska och som byggde för fullt. Locum, som har vana av att jobba nära vårdgivare, tyckte att det blev problematiskt att KS inte var såpass närvarande som de skulle kunnat önska. De menar att bygget hade underlättats om organisationen som skulle ta över driften hade varit synligare och hakat i Locums organisation under uppbyggnaden (Intervjuperson 8, 2).

Konsekvensen av KS passiva roll blev att Locum fick dra ett tyngre lass än de egentligen skulle göra. Locum fick, exempelvis, kalla in personal som arbetade fram logistik och flödena för vården eftersom KS inte gjorde detta. Vidare har det framkommit att vårdgivarna började bygga ut IVA-platser lokalt på de ordinarie akutsjukhusen utan att Locum konsulterades. Det finns en teknisk begränsning kring hur mycket IVA-kapaciteten kan byggas ut eftersom det finns en maxkapacitet för hur mycket sjukhusens syrgassystem klarar av att leverera. Vårdgivarna agerade utan att inse att Locum ska inkluderas i bedömning och planering av utbyggnad av IVA-platser, vilket enligt Locum skulle kunnat få allvarliga konsekvenser. Locum fick i efterhand säkerställa sjukhusens kapacitet och hantera utbyggnaden (Intervjuperson 2).

Det fanns kulturkrockar mellan FMs representanter och vården i bred bemärkelse. En representant ifrån MR M resonerade kring KS inställning till vårdgivarskapet enligt nedan:

”...men jag har ju lärt mig under resans gång att KS är inte helt enkelt, och de makthavare som sitter där, det är nästan intill ordervägran skulle jag vilja kalla det i militära termer. Hade det varit i ett militärt system då hade det, och hade jag gjort på samma sätt, då hade jag... ja det är ju ordervägran. Det hade ju blivit personalansvarsnämnden i värsta fall och kanske avsked. Jag vägrar lösa min uppgift. Så tolkar jag det.” (Intervjuperson 18).

Citaten ovan påvisar hur olika FM och KS är. För en som är verksam inom ett militärt system så är det näst intill ofattbart att KS kunde låta bli att ta ansvar för Älvsjöprojektet. För en representant ifrån FM är det ordervägran. För en representant för KS å andra sidan handlar det om vårdkvalitet, om ansvar för patienter och att själva bestämma över sin verksamhet snarare än att verkställa ett beslut man inte håller med om som kommer ifrån chefsläkare och sjukvårdsdirektör på regionen.

8.3.3 Stockholms läns sjukvårdsområde - SLSO

SLSO tog över vårdgivaransvaret när sjukhuset i princip var färdigbyggt. Programchefen för Älvsjöprojektet sammanfattade övergången ifrån KS till SLSO som att:

”gå ifrån någon som kan men inte vill – till någon som vill men inte kan.”

När SLSO kom till Älvsjö sjukhus signalerade de en annan inställning till projektet än vad KS hade gjort – SLSO kom med en tilltänkt sjukhuschef, läkare och stabstöd som hjälpte till administrativt. I efterhand har vi fått kännedom om att SLSO inte heller ville öppna Älvsjö sjukhus för patienter men de signalerade utåt att de ville få ihop det på bästa sätt (Intervjuperson 25).

Det uppstod friktioner mellan SLSO och Locum då SLSO var av uppfattningen att de skulle ta över hela Älvsjöprojektet och då fanns det ingen plats för Locum att verka mer än att hantera driften av byggnationerna. Locum hade innan dess haft en ledande roll i att samordna ledningsmöten där vård och bygg möttes för att få struktur med uppföljning av beslut. SLSO kände inget behov av detta och visade tydligt att de inte ville ha med Locum utanför byggnationerna (Intervjuperson 2). Spänningarna var framför allt personrelaterade och handlade om att SLSO var byråkratiska, fokuserade på detaljer och att den framåtrörelse som hade funnits under bygget stannade upp (Intervjuperson 2).

SLSO hade inte något negativt att säga om Locum eller om själva byggnationen. Däremot fanns det en uttalad tanke ifrån deras sida att ta över och direkt börja hantera Älvsjö sjukhus som vilken organisation som helst – det vill säga reda ut alla detaljer, byråkratisera och se till att allt gjordes enligt processer. Känslan av att 'kranarna var öppna' under en kris försvann i och med bytet ifrån KS till SLSO.

MR M upplevde, till skillnad ifrån Locum, att när SLSO gjorde entré på banan började saker och ting hända och det blev mer ordning och reda på världens möten (Intervjuperson 18). Vi som observerade upplevde också ett skifte i mötesstruktur när SLSO klev in, framförallt initialt. Det fanns tydliga mötesagendor. Roller och ansvar reddes vilket signalerade en helt annan tydlighet än vad KrIVA hade haft på sina möten under projektfasen av bygget.

8.3.4 Locum

Locum var en mycket uppskattad samverkansaktör – inte minst på grund av projektledarens ledarskap. Det har i princip inte lyfts några problem gällande samverkan med Locum. MR M och Stockholmsmässan var båda mycket imponerade över Locums sätt att arbeta, deras mötesstruktur och ledarskap. Organisationerna fogade sig samman och arbetade effektivt och nära varandra för att färdigställa arbetet. Arbetet präglades av enkelhet, tydlighet och effektivitet (Intervjuperson 18, 29).

KrIVA hade som sagt ett helt annat arbetssätt jämfört med Locum, MR M och Stockholmsmässan. Det hade kunnat leda till friktioner eller irritation på grund av de olika typerna av struktur gällande möten och ledarskap. Från KrIVAs sida var det dock inte något problem – tvärtom var de mycket positivt inställda till Locum och hur enkelt det gick att samverka med dem. Respondenter ifrån KrIVA beskriver att det var fascinerande att arbeta med Locum och att de var ”totalt avgörande” för projektet (Intervjuperson 12).

Vårdgivarna KS och SLSO var, som tidigare har konstaterats, skeptiskt inställda till Älvsjöprojektet som idé. Däremot har ingen som intervjuats haft några synpunkter på själva byggnationen. Tvärtom lyfter de fram att det var imponerande att Älvsjö sjukhus kunde byggas på så kort tid (Intervjuperson 25, 31).

8.3.5 Stockholmsmässan

Stockholmsmässan har lyfts fram som en utmärkt lokal med mycket duktiga medarbetare och underentreprenörer. De var samarbetsvilliga, prestigelösa och snabba. En bättre lokal hade inte gått att hitta för det här syftet (bland annat Intervjuperson 12, 18, 2). I intervjuer beskrivs Stockholmsmässan som en lagspelare och att produktionschefen var trygg, enkel att arbeta med och med en mycket bra organisation. De hade ordning och reda och fogade sig till den militära stabsmetodik som Locum byggde upp. Utan Stockholmsmässan och deras underentreprenörer hade ingenting fungerat. Förutom att arbeta med produktion så ordnade de även med markservice såsom matsal, toaletter, mötesrum med mera.

8.3.6 MR M

FM genom MR M var i den här insatsen en uppskattad samverkansaktör. Det har lyfts fram som positivt att de inte insisterade på att resa fältsjukhuset utan godtog Locums, KrIVAs och programchefens tankar om att bygga vårdmoduler inne på själva mässan och istället använda delar av FMs medicinska material. Framförallt Locum och MR Ms samverkan var i mångt och mycket ett lysande exempel på civil-militär samverkan. Representanter ifrån MR M och Locum framhäver båda att samarbetet präglades av enkelhet, tydlighet och att de talade samma språk vilket var en framgångsfaktor i samarbetet organisationerna emellan (Intervjuperson 18, 2).

Stockholmsmässan var även de mestadels positiva i hur de tyckte att samverkan hade gått med MR M, men eftersom det helt plötsligt var en massa aktörer som kom och skulle arbeta på deras vanliga arbetsplats uppstod vissa mindre irritationsmoment. Den största oron ifrån Stockholmsmässans sida handlade om arbetsmiljöansvar. Eftersom många personer, bland annat Hemvärnet, befann sig på deras arbetsplats fanns oklarheter om ansvar, arbetsmiljö och säkerhet. Frågor kring utbildning av personal hann aldrig tas om hand eftersom allting gick så snabbt (Intervjuperson 29).

Gällande FMs samverkan med KrIVA flöt det hela på relativt väl och mycket av samverkan skedde med eller genom Locum och programchefen. Dock fanns det stora olikheter mellan hur vård och FM arbetade. En läkare vi talade med förklarar att det kan bero på att FM är hierarkisk – alla har en roll och ska göra det som ingår i sin roll. En fotsoldat längst ned i hierarkin kan inte säga till hur beslut ska fattas utav chefen. Inom vården däremot kan undersköterskan och sjuksköterskan vara delaktiga i beslut – trots att det finns en hierarki där också.

*”...jag tror att militär beslutsordning och militär struktur är jättebra när man har ett definierat mål och man vet hur man ska ta sig dit. Men jag tror inte att vi har det så ofta faktiskt (...) utan alla måste hela tiden improvisera och vi uppfinner hela tiden många hjul varje dag så att...det är en helt annan grej”
(Intervjuperson 12)*

Intervjupersonen ovan menar att läkarkåren inte är anpassad för den strikta militära ledarstilen då vårdpersonal varje dag ställs inför situationer med sjuka individer som har helt olika behov – och ibland är det en sjuksköterska, ibland en undersköterska och ibland en läkare som vet bäst hur de ska bota personen. De kommer fram till beslut genom resonering där alla kommer till tals. Det blir därför kulturkrockar när FM och en organisation som KrIVA ska samarbeta (Intervjuperson 12). Det fanns även vissa spänningar mellan vård och FM eftersom det inte kom civil personal till sjukhuset i Älvsjö. FM väntade på att få utbilda civil personal i militär sjukvårdsutrustning. Det ledde till otålighet och frustration hos FM som hade personal där som fick vänta utan att veta när civil personal skulle komma, samt frustration från delar av vården som menade att de var tvungna att hantera FMs otålighet (Intervjuperson 1).

8.3.7 FMs material

Trots att FM var en uppskattad samverkansaktör under etablerandet av Älvsjö sjukhus har det visat sig att FMs material lämnade mycket att önska. En del menar att FMs respiratorer var helt oanvändbara och andra menar att de kan fungera för en ung person som ska vårdas en kort period – men knappast för en covid-sjuk äldre människa som ofta behöver vård under en längre period. En del läkare menade att patienter riskerade att avlida till följd av trycksår och liggsår om de skulle behöva vårdas på FMs sängar. Många medicinskt kunniga intervjupersoner lyfte fram detta och det är därför värt att ta med sig då det riskerar medföra, förutom medicinska risker, friktioner om förväntningar på FMs material inte stämmer överens med vad FM kan erbjuda.

8.4 Sammanfattande analys: extern samverkan

Nedan kommer en sammanfattande analys av extern samverkan att göras utifrån Bolman och Deals (2017) fyra perspektiv. Vi har valt att exkludera SLSO ur dessa analyser då de kom in i projektet när arbetet i stort sett var färdigbyggt och att de därför inte på samma sätt var involverade i samverkan under bygget av Älvsjö sjukhus. Stockholmsmässan som organisation har också exkluderats ur analyserna då vi har tittat på de största aktörerna.

8.4.1 Strukturellt perspektiv

Den här studien har avseende strukturellt perspektiv fokuserat på vilka strukturella konfigurationer de samverkande aktörerna hade gällande organisationskonfiguration, ledarskap, planeringsmodell och styrning samt om de skillnader påverkade samverkan eller inte.

Analysen i Tabell 4 nedan avseende organisationsstruktur visar att vårdgivaren KS skickade en person från KS som tilltänkt chef för sjukhuset i Älvsjö. Chefen hade inget stabstöd och hade heller inga egna planeringsmöten där beslut togs och följdes upp. Istället fick Locum hjälpa till med att etablera mötesformer där vård och byggdelarna möttes.

KrIVA bestod initialt av tre av RSSL speciellt utvalda läkare. De tog därefter in ett 10-tal läkare, sjuksköterskor och undersköterskor ifrån sitt nätverk där flertalet hade bakgrund i Läkare utan gränser som är experter på att bedriva sjukvård i katastrofområden. Ledarskapet i KrIVA var ett utpräglat platt och kollegialt ledarskap där ingen hade uttalad makt att bestämma över någon. Istället togs beslut, ofta oklara för oss utomstående, i gruppen och följdes upp ibland och ibland inte.

Locum bestod av speciellt utvalda experter inom bygg ifrån Locums egen organisation. De hade en erfaren ledare som ledde med fasta möten och fast agenda.

MR M följde sin vanliga linjestruktur vilket inkluderande styrningen via en planeringsmodell med fast informations- besluts- och uppföljningsmöten som kompletterades med att delta i Locums möten.

De olikheter som fanns avseende det strukturella perspektivet skapade viss irritation kring bristande förståelse för mötesstruktur och planeringsmodell – främst från MR Ms sida jämfört mot KrIVA. Dessutom skapade KS bristande närvaro oklarheter för de som var på plats på Stockholmsmässan. Dock fungerade samverkan bra trots de olika strukturella skillnaderna och arbetet flöt på framåt i högt tempo.

TABELL 4: STRUKTUR FÖR SAMVERKANDE AKTÖRER PÅ STOCKHOLMSMÄSSAN

Samverkande aktörer	KS	KrIVA	Locum	MR M
ORGANISATIONS-KONFIGURATION	En person från vårdgivaren	<i>Ad hoc projektgrupp</i>	Ad hoc projektgrupp med stöd av professionell byråkrati	Professionell byråkrati med visst inslag av ad hoc projektgrupp
LEDARSKAP	Oklart	<i>Kollegialt ledarskap</i>	Linjeledarskap	Linjeledarskap
PLANERINGSMODELL	Ingen	<i>Stormöten utan fast agenda</i>	Fasta möten med fast agenda	Fasta möten med fast agenda
STYRNING	Ingen	<i>Oklara beslut och oklar uppföljning</i>	Tydliga beslut och kontinuerlig uppföljning	Tydliga beslut och kontinuerlig uppföljning

8.4.2 HR-perspektivet

I denna studie har HR-perspektivet studerats genom att undersöka individernas kompetenser och motivation dvs. vilka kompetenser individerna i respektive samverkande organisation hade och vilka drivkrafter de hade till att medverka.

Analysen i Tabell 5 avseende HR visar att kompetensen bland alla inblandade samverkansgrupper var hög men att motivationen varierade mellan de olika aktörerna. KrIVA, Locum och MR M gick in med mycket hög motivation och med inställningen att allt gick att lösa. Det uppstod en ”nybyggaranda” där problem åtgärdades snabbt. Ett exempel är tillgången på gas som istället för att ta många månader att ordna tog några dagar. I den här situationen löstes problem på kreativa och okonventionella sätt istället för på byråkratiska sätt.

Informella nätverk och kontakter spelade stor roll för att få det att gå så pass snabbt. Den erfarna chefen ifrån KS drogs med i ”nybyggarandan” och var personligen mycket motiverad – däremot var hans hemorganisation inte motiverad då de inte tyckte att Älvsjöprojektet var en bra idé och hellre ville rikta sina insatser och bygga ut vårdkapaciteten på hemmaplan.

Nästan alla som har intervjuats som var direkt inblandade i etablerandet av Älvsjö sjukhus har varit överväldigade över hur snabbt, smidigt och friktionsfritt arbetet gick. En analys av detta lyfter fram den höga motivationen som fanns hos MR M, Locum och KrIVA, som också bottnade i att representanterna ifrån dessa organisationer alla var lösningsorienterade och handlingskraftiga. De fick saker och ting att hända, vilket verkade överskugga organisationernas strukturella skillnader. En person ifrån MR M som är van att arbeta på insats verkar ha ganska mycket gemensamt med en person ifrån vården som är van att arbeta med Läkare utan gränser gällande tempo och inställning.

TABELL 5. SAMVERKANDE AKTÖRERS HR-PROFILER OCH MOTIVATION

Samverkande aktörer	KS	KrIVA	Locum	MR M
KOMPETENS	<i>Erfaren chef från KS</i>	Hög expert-kompetens	Hög expert-kompetens	Relevant expert-kompetens
MOTIVATION	<i>Låg</i>	Mycket hög	Mycket hög	Mycket hög

8.4.3 Det politiska perspektivet

Det politiska perspektivet har i den här studien i första hand fokuserat på hur befogenheter, mandat och resurser påverkade förmåga och vilja till samverkan mellan de olika aktörerna.

Analysen i Tabell 6, avseende det politiska perspektivet, visar att det (i alla fall initialt) endast var KS som hade makten och mandatet att bemanna och driftsätta sjukhuset i Älvsjö medan det var KrIVA som i samverkan med Locum hade makten och mandatet att bygga och utforma själva sjukhuset på uppdrag ifrån RSSL. MR Ms roll var begränsad till att bidra med militär sjukvårdsutrustning, utbildning av denna utrustning samt bistå Locum och KrIVA. Frågan om personal och vilka som skulle arbeta på sjukhuset var ständigt närvarande under projektet: det var en kamp om den knappa resursen sjukvårdspersonal mellan RSSL och KS som kulminerade i ett vårdgivarbyte från KS till SLSO. Den friktionen var också påtaglig mellan KS och KrIVA där KS inte ville att personal från KS skulle vara med i projektgruppen KrIVA. Denna konflikt kulminerade med att KS, med hot om uppsägning, kallade hem sin personal i KrIVA vilka i sin tur vägrade lämna KrIVA innan sjukhuset i Älvsjö var färdigbyggt. Det fanns inga tecken på kamp om knappa ekonomiska resurser mellan de samverkande aktörerna på plats i Älvsjö då det inte verkade finnas några ekonomiska begränsningar. Inte heller verkade KS drabbas ekonomiskt negativt av Älvsjöprojektet.

TABELL 6. POLITISKT PERSPEKTIV: MAK T OCH MANDAT

Samverkande aktörer	KS	KrIVA	Locum	MR M
MAKT OCH MANDAT ÖVER BYGGANDET AV SJUKHUSET I ÄLVSJÖ	Nej	KrIVA hade makt och mandat att styra över själva byggandet av Älvsjö sjukhus	Locum hade makt och mandat att i samråd med KrIVA bygga Älvsjö sjukhus	MR M hade makt och mandat att bidra med militär sjukvårdsutrustning, utbildning i denna utrustning samt bistå Locum och KrIVA med handräckningsspersonal
KAMP OM KNAPPA RESURSER I FORM AV PERSONAL	<i>KS har formellt makt och mandat att styra över driftsättningen av sjukhuset i Älvsjö</i>	Nej	Nej	Nej
KAMP OM KNAPPA RESURSER I FORM AV EKONOMI	Nej Älvsjöprojektet påverkade inte KS ekonomi	Nej Fick de medel de vill ha	Nej Fick de medel de vill ha	Nej Fick de medel de vill ha

8.4.4 Det symboliska perspektivet

Det symboliska perspektivet har i den här studien fokuserat på att identifiera symboler och kulturella element som inverkat på den aktörsgemensamma insatsen.

Analysen i Tabell 7 avseende det symboliska perspektivet visar att det fanns betydande skillnader i identitet där KS intog en traditionell akutsjukhusidentitet där uppgifter löses konventionellt med högt expertkunnande och med den mest moderna tekniska utrustningen. Detta bör i första hand ske på hemmaplan, i befintliga lokaler med befintliga strukturer. Kanske blev krocken mellan Älvsjö sjukhus och vårdgivarna särskilt markant med KS som vårdgivare då de anses vara ett av världens mest moderna sjukhus. Då kan steget till att bygga ett tillfälligt sjukhus inne på Stockholmsmässan med äldre teknisk utrustning bli väl påtagligt – särskilt när det initialt bemannades med FMs mycket enkla sängar.

KrIVA, däremot, passade som hand i handske för denna uppgift då de hade vana av att lösa uppgifter så gott som möjligt med den ofta bristfälliga tekniska utrustning som står till buds men med en personal som är något utöver det vanliga och som kan jobba under minst sagt svåra och påfrestande förhållanden. Inställnin-

gen hos KrIVA var att *någoting* behövde göras – och att det var bättre att vårdas i ett provisoriskt sjukhus med tillgång till syrgas än att inte vårdas alls.

Vad gäller Locum så gjorde de i princip vad de brukar göra i sin ordinarie verksamhet, det vill säga: bygga och underhålla sjukhus, men mycket snabbare, mer kreativt och mer avskalat i förhållande till krav på offentliga sjukhusbyggen. MR M gjorde också det de brukar göra då de medverkar på insats dvs. skapade en operativ stab och bedrev traditionellt stabsarbete med fokus på att leda och stödja Locum och Stockholmsmässan i byggandet av sjukhuset samt ställa i ordning den militära sjukvårdsutrustningen.

Locum och MR M använde även tydliga symboliska markeringar under bygget av sjukhuset: FM:s personal var klädda i uniformer och Locums anställda hade på sig gula varselvästar samt hjälmar med Locums logga. Enligt projektledare från Locum handlade detta om att bygga anda och att skapa en grupp känsla vilket kan vara viktigt i en så pass stressig situation som detta var. KrIVA hade på sig vanliga civila kläder men var å andra sidan färre personer och många kände varandra sedan tidigare.

Beträffande media fick de olika samverkansaktörerna olika utrymme och profiler i media. Detta berodde till viss del på att ingen tog på sig en tydlig samordnande roll i relation till media vilket innebar att media skapade ett narrativ baserat på att det var ett militärt fältsjukhus som byggdes vid Stockholmsmässan. Resultatet av medierapporteringen var att FM fick mycket positivt medialt utrymme och beröm för saker andra borde ha fått erkännande för. Detta hade kunnat ge upphov till stora friktioner mellan de samverkande aktörerna men i stort sett alla aktörer sade sig tycka att det var okej och att det vara bra att FM kunde få lite positiv uppmärksamhet i media med hänvisning till de stora nedskärningarna som FM fått hantera under många års tid.

Sammanfattningsvis är analysen att viss likhet gällande identitet och inställning till uppgift har varit viktiga framgångsfaktorer gällande samverkan i Älvsjö-fallet. Den uppgiftsorienterade, nybyggande, lösningsorienterade kulturen som fanns inom KrIVA, Locum och MR M – samt att arbeta mot ett tydligt mål som var samhällsviktigt, var framgångsfaktorer. Däremot kan KS identitet som modernt och högt ansett akutsjukhus ha påverkat deras inställning vilket gjorde att de inte var en del av Älvsjöprojektet.

TABELL 7. SYMBOLISKT PERSPEKTIV

Samverkande aktörer	KS	KrIVA	Locum	MR M
IDENTITET	Världens modernaste akutsjukhus	Världens bästa katastrof-medicinare	Sveriges bästa sjukhusbyggare	Bäst på att hantera och lösa samhällskriser
INSTÄLLNING TILL UPPGIFT	Konventionell	Nybyggare och uppgiftsorienterade	Uppgiftsorienterade	Krishanteringsorienterade
KLÄDER	Vanliga civila kläder	Vanliga civila kläder	Locums gula varselvästar	Militär uniform
ORGANISATIONSKULTUR	Unikt högt expertkunnande på akutsjukhusvård med höga krav på teknisk utrustning och personal	Läkare utan gränzers kultur innebärande att om resurser inte finns eller räcker till så löser man det med det som finns här och nu på bästa sätt	<i>Uppgiftsorienterade innebärande att man löser uppgifter på bästa sätt utifrån det som är möjligt här och nu</i>	<i>Uppgiftsorienterade innebärande att man löser uppgifter på bästa sätt utifrån det som är möjligt här och nu</i>
MEDIA	Intog en låg och passiv profil i media	Intog en medelhög och positiv profil i media	Intog låg och men positiv profil i media	Intog en mycket hög och positiv profil i media

9. Lärdomar

I det här avsnittet presenteras de viktigaste lärdomarna från Älvsjöprojektet. Dessutom kommer lärdomar ifrån Älvsjöprojektet att jämföras med lärdomar ifrån skogsbränderna 2014 och 2018 för att utröna om eventuella likheter och skillnader funnits avseende samverkanssvårigheter.

9.1 Positiva reflektioner ifrån Älvsjöprojektet avseende samverkan

Överlag har nästan alla som varit inblandade i Älvsjöprojektet varit överraskade över att det gick att utföra: att ett nytt sjukhus kunde färdigställas på två veckor. De teman som återkommit är att samarbetet fungerade bra, att alla jobbade mot samma mål, att man hade en känsla av att det var viktigt på riktigt – och att det fanns en nybyggaranda där allting var möjligt. Man arbetade mot klockan för någonting som var viktigt för samhället oavsett om man var hantverkare eller specialisläkare. Prestigen släpptes och man arbetade över organisationsgränser och arbetsbeskrivningar.

”...i min värld är det nog Nobelpris på det arbetet som är gjort, det är, jag vet inte om det har gjorts någonstans något liknande över huvud taget.” (Intervju-person 23)

Även de som inte tyckte att Älvsjöprojektet behövdes var imponerade över att man på så pass kort tid kunde bygga upp ett sjukhus och att det fungerade så pass bra med samverkan mellan de olika aktörerna. Själva bygget har i stort sett ingen några negativa synpunkter kring.

9.2 Samverkan och befälsrätt

Det finns flera lärdomar som är återkommande – oavsett om organisationerna var för eller emot byggandet av sjukhuset i Älvsjö tar de flesta respondenter upp ledarskap och befälsrätt som önskemål inför framtida krishantering. RSSLs representanter lyfter fram att de skulle vilja ha mer styrkraft och sjukhusen nämner att regionen bör ha ett ledarskap som är mer förankrat hos vårdgivarna (Intervju-person 27, 22, 5).

Coronakommissionens delbetänkande ”Äldreomsorgen under pandemin” som publicerades i december 2020 diskuterar svårigheterna med ansvarsprincipen under en kris och svårigheten att ha flertalet involverade huvudmän som delar på ansvaret för frågor under en kris. Betänkandet framhåller att delat ansvar mellan olika aktörer kräver ett gott och förtroendefullt samarbete i icke-kristid – och under en pandemi som denna då förloppet sker snabbt och prioriteringar måste

göras, blir kraven ännu högre på samordning och samarbete (SOU, 2020:80). Coronakommissionens delbetänkande studerar som sagt äldreomsorgen under Coronakrisen men det är intressant att liknande strukturell problematik som de lyfter fram även har gått att finna i denna mycket mindre och mer avgränsade fallstudie. Inom Stockholmsregionen har det noterats att det inte fanns ett gott och förtroendefullt samarbete mellan regionen och akutsjukhusen – och under pandemin blev det uppenbart att samverkan dem emellan inte fungerade och att det fanns stora brister i tillit mellan dem.

Inför framtida kriser bör det finnas gemensamt framtagna strukturer och samverkansrutiner som säkerställer att alla involverade aktörer enas om en gemensam läges- och hotbild. Även inom FM fanns det viss irritation att det fanns två ”rör” – ett insats- och ett produktionsrör som ledde till otydlighet och letande efter lägesbilder.

9.3 RSSLs struktur

RSSLs uthållighet har kommit upp som en lärdom i flera intervjuer: det är en struktur som är tänkt att hålla under några dagar – den är inte byggd för denna typ av långvarig kris (Intervjuperson 4, 5, 27). RSSLs struktur som bygger på HSF bör även ses över för att se om det finns sätt att involvera de stora vårdgivarna (akutsjukhusen och SLSO) mer i RSSL i syfte att bygga upp förtroende så att de friktioner som uppkommit under Älvsjöprojektet inte sker i framtiden. Inom vård delen fanns det problem med konkurrens, misstro och förtroendeglapp mellan RSSL och vårdgivare. Det blev tydligt att många av dessa problem bottnar i att akutsjukhusen och SLSO inte sitter med i RSSL och att det tagits beslut ovanför deras huvuden.

9.4 Krisberedskapsprinciperna och RSSLs mandat

Oklarheterna som rådde kring RSSLs mandat, befälsrätt och vårdgivarnas rätt att själva bestämma kan ha att göra med ovanan att arbeta i förhöjt beredskapsläge. Vården i Stockholm är anpassad för normalläge, då strukturerna oftast fungerar väldigt väl. Det förefaller vara mycket oklart vad som praktiskt ska ske gällande befälsrätt när RSSL går upp i stabs- eller förstärkningsläge. Vidare är det inte helt självklart vad som skulle ha skett om Regionen hade gått upp i katastrofläge – och om det hade förändrat något avseende Älvsjöprojektet. Vår analys är att detta även hänger ihop med de tre principer som vi har för krishantering i Sverige: närhetsprincipen, ansvarsprincipen och likhetsprincipen.

Framförallt ansvars- och likhetsprinciperna har varit tydliga i det här exemplet där de aktörer som normalt har ansvarat för vårdfrågor har fortsatt med det. Vårdgivarna har planerat och skalat upp verksamheten utifrån sina egna prog-

noser och bedrivit sin verksamhet på liknande sätt som de vanligtvis gör, i enlighet med likhets- och ansvarsprincipen. Det blir därför lite av en paradox att RSSL ska aktiveras för att kunna samordna, styra om och prioritera om i vården vid förhöjd beredskap där personer som normalt inte arbetar med att utföra vård ska ta beslut om vården i kristid – samtidigt som verksamheterna så långt som det är möjligt ska bedrivas som vanligt.

9.5 Strukturella organisatoriska skillnader spelade mindre roll

En intressant lärdom ifrån Älvsjöprojektet är att tvärtemot vad man kanske skulle kunna tro så fungerade den externa samverkan mellan strukturellt olika organisationer som MR M och KrIVA relativt bra. Det fanns viss otydlighet och förvirring mellan organisationernas sätt att hålla möten – men det ledde inte till några betydande friktioner. Detta verkar till viss del bero på lyckad personkemi mellan projektets olika ansvariga men framförallt på grund av motivationen att tillsammans arbeta mot samma mål och att arbeta för någonting som var viktigt. I stort sett alla som var engagerade i Älvsjöprojektet ifrån början drogs med i nybyggarandan av att arbeta mot ett gemensamt mål där man fokuserade på att lösa problem och hitta nya vägar framåt. Dessutom hade det tidigt skapats en konkret, byggbar målbild. Genom att målbilden förankrades med KrIVA, Locum och Stockholmsmässan fick de snabbt en gemensam målbild vilket var avgörande för att projektet kunde gå så pass snabbt framåt (Intervjuperson 1).

9.6 Skillnader i attityder mellan läkare som har eller inte har arbetat i katastrofer

Ett återkommande tema avseende lärdomar ifrån Älvsjöprojektet var huruvida det var bra eller inte att så pass många av de som var ansvariga för att ta fram vård delen utav bygget hade bakgrund ifrån Läkare utan gränser. Ena sidan menade att de var helt avgörande: de var individer som är vana vid att få saker och ting gjorda och som inte är inriktade på prestige och status. De kan arbeta fram lösningar i katastrofkontexter och är vana vid att arbeta under pressande förhållanden. Flera ur KrIVA gruppen som hade en utpräglad Läkare utan gränser mentalitet uttryckte att Älvsjö sjukhus var mycket bättre än ingen vård alls.

Den andra sidan menar att den typen av arbetssätt som KrIVA hade inte passar i den svenska kontexten – att i Sverige finns det lagar, regler och rutiner som man måste förhålla sig till och det är inte läge att eventuellt kompromissa med vårdkvalitén bara för att det är en krissituation. Det föreföll vara så att KrIVA på uppdrag av RSSL arbetade mot en kommande katastrof där viss sänkt vårdkvalité kunde vara att vänta, medan SLSO, och tidigare KS, hade en annan inställning.

”Alltså de är jätteduktiga Läkare utan gränser, och det är ju fantastiskt bra. Men jag såg aldrig för mig att det här är ett tredje världens land där vi kan acceptera att vi skjuter ifrån höften och där vi kan... nej jag såg alltid framför mig: Ja, det är kris, ja det är bråttom, men vi måste ändå försöka uppehålla rimlig standard och följa liksom regler, riktlinjer och sånt som vi har i Sverige. Vi är inte ett tredje världs-land” (Intervjuperson 26)

Det blev aldrig någon medicinsk katastrof (utifrån Socialstyrelsens definition) och det blev således därför inte aktuellt att på något vis sänka vårdkvaliteten – vilket enligt några av våra intervjupersoner skulle kunnat vara fallet vid ett öppnande av Älvsjö sjukhus (Intervjuperson 12, 27). Andra intervjupersoner menar att Älvsjö sjukhus inte hade sänkt vårdkvaliteten för pandemipatienter i stort antal och tanken med att vårda patienter i moduler skulle göra att personalen skulle räcka längre och bli mindre utarbetad (Intervjuperson 1). En djupare analys av eventuellt sänkt vårdkvalité under Coronapandemin lämnar vi dock till framtida forskare med större medicinskt kunnande att analysera djupare.

9.7 Lärdomar 2014, 2018 och 2020

För att koppla tillbaka till de lärdomar som framkommit efter skogsbränderna 2014 och 2018 avseende samverkan finns det en del likheter och en del skillnader. Som visas i Tabell 8 nedan är lärdomar om samverkan kopplade till att snabbt få en lägesbild, tydlighet kring roller och mandat och befälsrätt återkommande. Både 2014, 2018 och 2020 har MSBs roll upplevts som oklar.

TABELL 8. LÄRDOMAR 2014, 2018, 2020

Lärdomar samverkan	2014	2018	2020	Slutsats
INTERN SAMVERKAN	Roller kopplade till kris var gömda i organisationerna vilket skapade förvirring	Erfarna nyckelpersoner underlättade att samverkan startade i tid	Svårighet med mandat inom värden	Roller och mandat behöver vara tydliga och välintegrerade i organisationerna
EXTERN SAMVERKAN	Påbörjades sent. Svårt med lägesbild Svårigheter med MSB Positiv samverkan m FM	Påbörjades tidigt och fungerade väl Svårigheter med MSB Positiv samverkan m FM	Fungerade bra på lokal nivå MSBs roll upplevdes oklar Positiv samverkan på nationell samt regional nivå	Måste påbörjas tidigt med relevanta aktörer. MSBs roll bör förtydligas FM är en tillgång för civila under kris
LÄGESBILD	Svårt att initialt få korrekt lägesbild	Svårt att initialt få korrekt lägesbild	I en kris med mycket oklart utfall var prognoser och lägesbilder oklara och ledde till olika bedömda åtgärder. MR M fick leta korrekt lägesbild. En framgångsfaktor var att KrIVA, Locum, MR M och Stockholmsmässan jobbade utifrån samma lägesbild	Korrekt lägesbild är svårt att få initialt vilket kan skapa friktioner. Att ha en gemensam målbild har visat sig vara en framgångsfaktor.
BEFÄLSRÄTT OCH ANSVAR	Oklar befälsrätt ledde till sent startad samverkan	Inga tydliga svårigheter identifierades	Svårigheter att leda utan befälsrätt var återkommande under Älvsjöprojektet	Det är svårt att leda utan befälsrätt i kris. Det bör ses över.
KRISHANTERINGSPRINCIPERNA	Förefaller ha fungerat bra (statligt övertagande av räddningstjänst när händelsen blivit för stor)	Förefaller ha fungerat bra (statligt övertagande av räddningstjänst när händelsen blivit för stor)	Motsägelsefullt med strukturer som aktiveras i kris och ska ta över mandat som andra aktörer gör normalt.	Ansvars- och likhetsprincipen kan bli paradoxal om personer som ej arbetar med en fråga normalt ska ta över under kris pga. strukturer i organisationer

10. Slutsats

Under några intensiva veckor i mars och april 2020 byggdes ett tillfälligt sjukhus på Stockholmsmässan i Älvsjö, söder om Stockholm. Bygget innefattade samverkan med flera olika aktörer, internt, externt, mellan och inom civila aktörer, militära aktörer samt mellan civila och militära aktörer. Bygget av Älvsjö sjukhus blev en fallstudie i aktörsgemensam samverkan i skarpt läge i Sverige idag. Älvsjö sjukhus öppnades aldrig för patienter. Den här rapporten har studerat bygget av Älvsjö sjukhus, framförallt avseende intern och extern samverkan. Genom deltagande observationer under byggnationen samt med uppföljande djupintervjuer med så gott som alla involverade aktörer har syftet varit att undersöka vad som fungerade bra, vad som inte fungerade bra och vad som behöver utvecklas avseende samverkan. Lärdomar ifrån Älvsjöprojektet kan vara av nytta för de aktörer som var med, samt för andra aktörer som arbetar med samverkan inom ramen för totalförsvaret.

10.1 Trender utifrån Bolman och Deals fyra perspektiv på organisationer

Genom att analysera samverkan, internt och externt, genom Bolman och Deals fyra teoretiska perspektiv har vi funnit följande trender:

10.1.1 Strukturellt perspektiv

De olikheter som fanns avseende det strukturella perspektivet (mellan ad hoc struktur och professionell byråkrati) skapade förvisso irritation kring bristande förståelse för mötesstruktur och planeringsmodell – främst från MR Ms sida gentemot KrIVA. Dessutom skapade KS bristande närvaro oklarheter för de som var på plats på Stockholmsmässan. Trots de strukturella skillnaderna flöt dock samverkan mellan Locum, KrIVA, MR M och Stockholmsmässan på mycket väl. De strukturella skillnaderna verkade inte påverka resultatet av samverkan: att ett sjukhus byggdes på två veckor.

10.1.2 HR-perspektivet

MR M, Locum och KrIVA hade alla mycket hög motivation. Representanterna ifrån de organisationerna alla var lösningsorienterade och handlingskraftiga. De fick saker och ting att hända, vilket verkade överskugga organisationernas strukturella skillnader. En person ifrån MR M som är van att arbeta på insats verkar ha ganska mycket gemensamt med en person ifrån vården som är van att arbeta med Läkare utan gränser. Likheter gällande HR- perspektivet avseende motivation och kompetens verkade påverka samverkan på ett positivt sätt.

10.1.3 Politiskt perspektiv

Det politiska perspektivet har varit tydligt under Älvsjöprojektet: kampen om knappa resurser, i det här fallet främst sjukvårdspersonal, var återkommande och kulminerade i ett vårdgivarbyte. Dock var det politiska perspektivet främst ett samverkansproblem inom vården mellan dels RSSL och KS, dels KS och KrIVA.

Mellan KrIVA, Locum och MR M uppfattades inte några betydande maktkamper eller kamp om knappa resurser som påverkade samverkan negativt. En faktor som bör ha bidragit positivt till den goda samverkan mellan KrIVA, Locum och MR M var avsaknaden av kamp om såväl personella som ekonomiska resurser. Beträffande personal så konkurrerade de inte om samma personal utan respektive samverkansaktör arbetsledde och förfogade över sin egen personal och det verkade finnas i stort sett obegränsade ekonomiska resurser för alla tre parterna. Kanske hade det kunnat uppstå friktioner mellan parterna om de hade behövt förhandla om knappa resurser där någon hade blivit vinnare och någon annan förlorare.

10.1.4 Symboliskt perspektiv

Identitet och inställning till uppgiften utifrån det symboliska perspektivet visade sig vara viktiga framgångsfaktorer gällande samverkan i Älvsjöfallet. Den uppgiftsorienterade, nybyggande, lösningsorienterade kulturen som fanns inom KrIVA, Locum och MR M – tillsammans med att jobba mot ett tydligt mål som var samhällsviktigt, var framgångsfaktorer. Däremot kan KS identitet som modernt och högt ansett akutsjukhus ha påverkat deras inställning vilket gjorde att de inte var en del av samverkan i Älvsjö.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att likheter och olikheter mellan organisationerna utifrån Bolman och Deals perspektiv påverkade samverkan. Dock verkade de strukturella skillnaderna spela mindre roll än kompetensprofil, motivation och identitet. Maktkamper och konkurrens påverkade den interna samverkan men externt överskuggades eventuella konflikter eller friktioner av att tiden var knapp och att lösa uppgiften var viktigare. Det underlättades av att de samverkande aktörerna, förutom vårdgivarna, hade en gemensam lägesbild och en gemensam plan och att det fanns i stort sett obegränsade ekonomiska och personella resurser för att bygga sjukhuset.

10.2 Övergripande slutsatser

Genom analys av observationer och djupintervjuer med involverade personer på samtliga nivåer har vi kommit fram till följande fem huvudsakliga lärdomar och slutsatser ifrån Älvsjöprojektet.

1. Behovet av ledningsmandat och befälsrätt

Den *första* slutsatsen är att oavsett organisationstillhörighet och nivå inom organisationen har majoriteten av alla som har intervjuats lyft fram att någon form av befälsrätt behövs i en kris och att det är trögt och svårt att leda genom samverkan. Samverkan fungerar bara så länge de samverkande aktörerna vill samverka med varandra och så länge förtroende mellan aktörerna finns. När vilja och förtroende saknas blir det svårt att samverka. Detta har framförallt visat sig inom vården – där det har varit svårt för Region Stockholm att styra över resurserna i regionen. I en kris där förloppet sker fort och hotet är ovisst efterfrågas tydligt ledarskap och att någon har sista ordet. Detta är även en lärdom som har framkommit under tidigare samverkansinsatser.

2. Vikten av ett tydligt gemensamt mål samt boundary spanners

Den *andra* slutsatsen är att extern samverkan under bygget av Älvsjö sjukhus fungerade bra trots att organisationerna som samverkade hade olika organisatorisk struktur. Framgångsfaktorer gällande samverkan var att arbeta tillsammans mot ett tydligt definierat mål, en ”vi”-känsla och att fokusera på lösningar och jobba runt hinder. Det fanns dessutom en personlig ömsesidig respekt mellan projektledare ifrån olika organisationer och några särskilt viktiga aktörer, boundary spanners, som kunde vara länkar mellan organisationerna och översätta de olika organisationernas ’språk’ för varandra.

3. Risken för målkonflikter mellan regionens aktörer ställer höga krav på intern samordning

Den *tredje* slutsatsen är att det finns ett behov av att skapa former för att minska interna motsättningar inom Region Stockholm. Det är ett betydande problem att vårdgivarna inte sitter med i RSSL. Under Älvsjöprojektet blev detta tydligt då RSSL fattade beslut om att ett sjukhus skulle etableras inne på Stockholmsmässan och gav Locum och KrIVA i uppdrag att landsätta detta och därefter behövde hitta en vårdgivare till det tillfälliga sjukhuset. Det visade sig sedan att ingen av de tilltänkta vårdgivarna, KS och SLSO, tyckte att Älvsjö sjukhus var en bra idé vilket ledde till friktioner mellan vårdgivarna och RSSL.

Det finns betydande motsättningar med förtroendeglapp mellan vårdgivarna och Region Stockholm vilket kan bli ett problem vid framtida krishantering. Vidare blir det motsägelsefullt utifrån krishanteringsprinciperna, främst ansvars- och likhetsprincipen, att RSSL ska fatta beslut som berör vårdgivarna under en kris,

när vårdgivarna i normalläge är autonoma och vana att själva bestämma över verksamheten. Likt Coronakommissionens delbetänkande om äldreården under pandemin, finner även denna fallstudie att delat ansvar mellan olika aktörer kräver ett gott och förtroendefullt samarbete i icke-kristid – och under en pandemi som denna då förloppet sker snabbt och prioriteringar måste göras, blir kraven ännu högre på samordning och samarbete (SOU, 2020:80).

4. Försvarsmakten – en viktig samarbetspartner, men med bristfällig vårdutrustning

Den fjärde slutsatsen är att FM har varit en uppskattad samverkansaktör vilket även visat sig under tidigare samverkansinsatser. Internt inom FM har det funnits vissa samverkanssvårigheter mellan insats- och produktionsenheterna – och det har efterfrågats tydligare befälsrätt. Det har dessutom framkommit att viss avundsjuka och missunnsamhet fanns internt inom FM. Trots att FM har fått mycket beröm – inte minst Hemvärnet som effektiviserade processen genom sin handräckningstjänst – så fanns det en hel del synpunkter på FMs material.

5. Brist på samsyn leder till olika åtgärder och olika uppfattningar

Den femte slutsatsen ifrån Älvsjöprojektet är att bristande samsyn ledde till olika åtgärder och olika uppfattningar om huruvida Älvsjöprojektet var lyckat eller inte. Samverkan externt fungerade bra och resultatet var imponerande: ett färdigt sjukhus byggdes på två veckor. Älvsjöprojektet har lyfts fram som ett lysande exempel på civil-militär samverkan, dessutom i en skarp situation. Sjukhuset öppnades dock aldrig för patienter – mycket på grund av att vårdgivarna inte ville landsätta projektet. Vårdgivarna menade att de själva kunde skala upp sin verksamhet, vilket visade sig stämma. Det finns därmed tudelade åsikter om Älvsjöprojektet: ena sidan menar att det var ett nödvändigt projekt, en säkerhetsventil för regionen och dessutom ett rekordbygge som byggdes snabbt och friktionsfritt genom effektiv samverkan. Den andra sidan menar att Älvsjöprojektet byggdes på en felaktig analys och att uppskalning av vård görs bäst internt på befintliga sjukhus. Kanske går "fältsjukhuset" i Älvsjö till historien som å ena sidan ett rekordbygge, och å andra sidan ett sjukhus som ingen ville ha.

10.3 Begränsningar och förslag på fortsatt forskning

Den här studien grundar sig på observationer och intervjuer. Eftersom vi som observerade kommer ifrån Försvärshögskolan finns det ett visst bias då FM och Locums mötesstrukturer kändes mer bekanta än vad vårdens organisation gjorde. Det som vi uppfattade som tydligt eller otydligt hade kunnat uppfattas på andra sätt av forskare med andra tidigare erfarenheter.

Vi upplevde att våra intervjupersoner talade fritt och ärligt om sina uppfattningar om Älvsjö sjukhus men det är svårt att veta om det finns aspekter som vi har missat, som inte kommer fram väl i intervjuer eller som respondenterna har hållit för sig själva av olika skäl. Vi är därför försiktiga med att dra alltför stora generaliseringar av resultaten.

Den här studien har fokuserat på samverkan under Älvsjöprojektet. Det finns många andra aspekter av Älvsjöprojektet som är värda att studera närmare – till exempel vilka lärdomar som finns att dra rent tekniskt kring att etablera sjukvård i en mässhall och vilken vårdkvalitet som uppnås i en sådan vårdmiljö.

För vidare forskning kring samverkan och krishantering vore det även intressant att se hur vården i andra regioner har fungerat under Coronakrisen och om motsättningarna mellan regionen och akutsjukhusen är unik för Stockholm. Dessutom vore det intressant att jämföra Älvsjöprojektet i Region Stockholm med etablerandet av det faktiska fältsjukhuset i Göteborg, Västra Götalands Region, och vilka skillnader och likheter som finns mellan de båda processerna avseende aktörsgemensam samverkan.

10.3.1 Avslutande reflektioner

Den här rapporten har skrivits under hösten och vintern 2020/2021. I februari 2021 har över 12 500 människor i Sverige avlidit med covid-19 och smittspridningen i Region Stockholm är, likt andra platser i Sverige, på nytt mycket hög. Nyhetsmedia rapporterar att läget nu är lika illa eller till och med värre än det var under våren 2020 på sjukhusen med personal som fortfarande inte har fått återhämta sig efter våren och försommarens kritiska läge.

Vi som har arbetat med den här rapporten har funderat på om Älvsjö sjukhus fortfarande finns som ett alternativ för beslutsfattare och sjukhusdirektören i Region Stockholm. Med tanke på den positiva medierapportering som följde bygget av Älvsjö sjukhus och att RSSL konsekvent stod fast vid att det var en nödvändig säkerhetsventil – en försäkring – har vi funderat på var den diskussionen har tagit vägen nu när IVA-kapaciteten i Stockholm på nytt är nästan fullt belagd. Enligt några av de mest centrala aktörerna som var med under Älvsjöprojektet finns inga diskussioner om att bygga upp Älvsjö sjukhus på nytt. RSSL verkar den här gången helt gå på vårdgivarnas plan – att skala upp och bygga ut IVA inne på

de egna sjukhusen internt. Personalbrist råder i högre utsträckning än i våras på grund av uppsägningar och sjukdom, och skulle Älvsjö sjukhus återetableras verkar det inte finnas rimliga förslag på hur det skulle bemannas.

Digital rundvisning

Följande video visar hur det faktiskt såg ut inne på Älvsjö sjukhus och visar hur vårdmodulerna ser ut. Stort tack till Henrik Jörnvall som har delat med sig av denna video: <https://vimeo.com/419206840>

Tack!

Vi vill rikta vårt varmaste tack till alla som ställde upp på intervjuer och som lät oss delta som observatörer under Älvsjöprojektet. Utan er hjälpsamhet och transparens hade vi inte kunnat genomföra detta projekt.



Referenser

Intervjuer

Kommunikatör, Region Stockholm. Intervju 2020-06-17

Ställföreträdande krisberedskapschef, Socialstyrelsen. Intervju 2020-10-08

Chefläkare Avdelningschef Patientsäkerhet och beredskap, Region Stockholm - RSSL. Intervju 2020-06-09

VD, Remeo samt biträdande projektledare KrIVA. Intervju 2020-06-12

Kommunikationschef, Mellersta Militärregionen. Intervju 2020-06-02

Logistikchef Locum/Logistikchef SLSO/Logistikchef Älvsjö sjukhus. Intervju 2020-04-22

Programchef Ersta nya sjukhus. Intervju 2020-05-11

Hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Stockholm. Intervju 2020-06-30

Överstelöjtnant, Militärhögskolan Karlberg/Stabschef Försvarsmaktens insats på Socialstyrelsen. Intervju 2020-09-21

Tf. chefläkare på SLSO. Intervju 2020-04-27

Programchef, Locum. Intervju 2020-04-29

Projektområdeschef, Locum. Intervju 2020-06-11

Samverkansofficer, Mellersta Militärregionen. Intervju 2020-06-23

Överläkare och specialist i anestesi och intensivvård, Karolinska universitetssjukhuset/Projektledare KrIVA. Intervju: 2020-04-29 samt 2020-09-01

Chef, Mellersta Militärregionen. Intervju 2020-06-17

Funktionschef Perioperativ Medicin och Intensivvård, Karolinska universitetssjukhuset. Intervju 2020-09-01

Tf. verksamhetsområdeschef geriatrik/närakuter/ASIH/somatisk specialistvård/kost SLSO samt Verksamhetsområdeschef Älvsjö sjukhus. Intervju 2020-05-15

Försvarsmaktens Högkvarter. Intervju 2020-09-04

Presschef, Region Stockholm. Intervju 2020-06-10

Staben för Vårduppdrag och Service, Karolinska Universitetssjukhuset/Sjukhuschef Älvsjö sjukhus. Intervju 2020-05-14

Sjukhusdirektör, SLSO. Intervju 2020-06-11

Militär insatschef i Älvsjö, Mellersta Militärregionen. Intervju 2020-05-27

Beslutsfattare, RSSL. Intervju 2020-06-02

Projektchef, Stockholmsmässan. Intervju 2020-05-06

Hälso- och sjukvårdsregionråd, Region Stockholm. Intervju 2020-06-25

Finansregionråd, Region Stockholm. Intervju 2020-06-25

Chefläkare, RSSL. Intervju 2020-05-29

Chef covid-cell, J3, Försvarmaktens Högkvarter. Intervju 2020-09-04

Katastrofmedicinsk rådgivare Socialstyrelsen samt professor i katastrofmedicin vid Karolinska Institutet. Intervju 2020-05-12

Länsöverdirektör, Länsstyrelsen i Stockholm. Intervju 2020-06-26

Enhetschef enheten för nationella insatser och civilskydd, MSB. Intervju 2020-07-15

Konsult, BearingPoint. Intervju 2020-05-08

Sjukhusdirektör, Karolinska universitetssjukhuset. Intervju 2020-06-23

Landshövding, Länsstyrelsen i Stockholms län. Intervju 2020-06-25

Interna underlag och utvärderingar

Anteckningar ifrån observationer i Älvsjö: 2020-03-28 t.o.m. 2020-04-06.

Aronsson, Jonas. (2020). *Uppbyggnad av Älvsjö Sjukhus*. BearingPoint.

Region Stockholm. (2020). *Uppförandet av sjukhuset på Stockholmsmässan – Att bygga ett sjukhus på 3 veckor*. Hämtad ifrån Locum.

Externa referenser

Alvinus, A., Danielsson, E. & Larsson, G. The Inadequacy of an Ordinary Organisation: Organisational Adaptation to Crisis through Planned and Spontaneous Links. *International Journal of Organisational Behavior* 15(1), 87-102.

Asp, V., Blomstrand, R., Deschamps-Berger, J., Levy-Nilsson, S., och Sandberg, D. (2018). *Besten besegrad – Utvärdering av krishantering under skogsbränderna i*

Ljusdal 2018. Försvarshögskolan: Centrum för totalförsvar och samhällets säkerhet, 664/2018.

Asp, V., Bynander, F., Daléus, P., Deschamps-Berger, J., Sandberg, D., Schyberg, E. (2015). *Bara skog som brinner? Utvärdering av krishantering under skogsbrand i Västmanland 2014*. Stockholm: FHS/Crismart, 640/2014.

Bolman, L. & Deal, T. (2017). *Reframing Organizations*. (6th Ed.). New Jersey: John Wiley Sons Inc

Bondesson, S., Bynander, F. och Hermansson, H. (2019). *Att samverka i kris – Vanliga människor i ovanliga situationer*. Lund: Nordic Academic Press

Dragic, M. & Gustafsson, A. (2020). Historiskt stort vårdbehov – men regionens krisledningsnämnd är inte aktiverad. *Dagens Nyheter*. Hämtad 2021-01-20 från <https://www.dn.se/sthlm/historiskt-stort-vardbehov-men-regionens-krisledningsnamnd-ar-inte-aktiverad/>

Ekstrand, M. (2020, 11 april). Tidslinje: Tre månader sen första dödsfallet. *SVT Nyheter*. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.svt.se/nyheter/utrikes/tidslinje-tre-manader-sen-forsta-dods-fallet>

Folkhälsomyndigheten (2020). Antal fall av covid-19 i Sverige. Hämtat 21 december 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>

Folkhälsomyndigheten (2020). Nytt coronavirus upptäckt i Kina. Publicerat 2020-01-16. Hämtat 21 december 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/januari/nytt-coronavirus-upptackt-i-kina/>

Försvarsmakten (u.å.). Försvarsmedicincentrum – FÖMEDC. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.forsvarsmakten.se/sv/organisation/forsvarsmedicincentrum/>

Försvarsmakten (u.å.). Mellersta Militärregionen. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.forsvarsmakten.se/sv/organisation/mellersta-militarregionen/>

George, A.L. & Bennett, A. (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Krisinformation.se (2020). *Krishanteringens grunder*. Hämtad 2021-01-20 från <https://www.krisinformation.se/detta-gor-samhallet/mer-om-sveriges-krishanteringssystem/krishanteringens-grunder>

Locum (2020). *Locum AB Delårsrapport Augusti 2020*. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.locum.se/globalassets/global/4.-om-locum/styrelsen-dokument/styrelsen-arkiv-2020-09-24/06beslut-delarsrapport-2020-locum-ab-och-fsn-fastighetsverksamheten.pdf>

Länsstyrelsen i Västmanlands län (2014). Skogsbranden i Västmanland 2014 – En dokumentation utgiven av Länsstyrelsen i Västmanlands län. Hämtad från: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.2887c5dd16488fe88od46367/1536585741018/Dokumentation-Skogsbranden-2014.pdf>

Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. (1st Ed.). New Jersey: Prentice Hall Press.

Regeringsbeslut Fö2015/0916/MFI. (2015). Uppdrag till FM och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap avseende totalförsvarsplanering. Försvarsdepartementet. Hämtat från https://www.regeringen.se/4ab3dd/globalassets/regeringen/dokument/forsvarsdepartementet/regeringsbeslut/regeingsbeslut-5-2015_12_10-uppdrag-till-forsvarsmakten-och-msb-avseende-totalforsvarsplanering.pdf

Regeringsbeslut S2020/01233/FS. (2020). Uppdrag att stärka beredskapsarbetet med anledning av utbrottet av covid-19. Socialdepartementet. Hämtat från: <https://www.regeringen.se/493b20/contentassets/c97c2a0b178340coad8cb307d1b639ed/uppdrag-att-starka-beredskapsarbetet-med-anledning-av-utbrottet-av-covid-19.pdf>

Region Stockholm (2020a). Region Stockholm Organisation. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.sll.se/globalassets/6.-om-landstinget/organisation/region-stockholms-organisation.pdf>

Region Stockholm (2020). Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: Enheten för katastrofmedicinsk beredskap. Hämtad 2021-01-19 från: <https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2020/201124/8-revidering-av-regional-katastrof-medicinsk-beredskapsplan.pdf>

Region Stockholm (u.å.). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.sll.se/om-regionstockholm/Organisation/forvaltningar/halso-och-sjukvardsforvaltningen/>

Region Stockholm (u.å.). Hälso- och sjukvårdsnämnden. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.sll.se/politik/politiska-organ/halso--och-sjukvardsnamnden/>

Region Stockholm (u.å.). Regionfullmäktige. Hämtad 21 december från <https://www.sll.se/politik/politiska-organ/regionfullmaktige/>

Region Stockholm (u.å.). Region Styrelsen. Hämtad 21 december från <https://www.sll.se/politik/politiska-organ/regionsstyrelsen/>

Richter, W.A., West, M.A., Van Dirk, R., Dawson, J.F. (2006). Boundary Spanners' Identification, Intergroup Contact, and Effective Intergroup Relations. *The Academy of Management Journal*, 49(6). Hämtad från: https://www.jstor.org/stable/20159831?seq=1&cid=pdf-reference#metadata_info_tab_contents

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Sjökvist, A. & Strömberg, I. (2015). Rapport från Skogsbrandsutredningen. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49bb85/contentassets/ba8bf19ab7394bfeb2bc2a18b0751c54/rapport-fran-skogsbrandsutredningen>

Socialstyrelsen (2018). Om Socialstyrelsen. Senast uppdaterad 2019-10-08. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/>

Socialstyrelsen (u.å.). Riktlinjer – Medicinsk katastrofberedskap. Hämtad 2021-01-13 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2001-102-3.pdf>

Socialstyrelsen, SOSFS 2013:22. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om katastrofmedicinsk beredskap. Hämtad 2021-01-13 från <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/201322-om-katastrofmedicinsk-beredskap/>

SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin, Delbetänkande av Coronakommisionen. Regeringskansliet. https://www.regeringen.se/4af379/contentassets/a8e708fff5e84279bf11adbd0f78fcc1/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin.pdf

SOU 2019:7 Skogsbränderna sommaren 2018. Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/4906d2/contentassets/8a43cbc3286c4eb39be8b347ce78da16/skogsbranderna-sommaren-2018-sou-2019-7.pdf>

Stockholmsmässan (u.å.). Ledning och styrelse. Hämtad 21 december 2020 från https://www.stockholmsmassan.se/besokare/om-oss/styrelse-och-ledning?sc_lang=sv-se

Stockholms läns landsting (2017). Regional katastrofmedicinsk beredskapsplan. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen: Enheten för katastrofmedicinsk beredskap.

Svensson, A. & Gustafsson, A. (2020). V kräver att Regionen går upp i katastrofläge för att frigöra IVA-personal. Dagens Nyheter. Hämtad 2021-01-20 från <https://www.dn.se/sthlm/v-kraver-att-regionen-gar-upp-i-katastroflage-for-att-frigora-iva-personal/>

Uhr, C. (2011). Samverkansbergreppet i Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (2011) Samverkan- för säkerhets skull! Publ.nr: MSB276-december 2011.

Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration*, 80(1), 103-124. Hämtad från: <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00296>

World Health Organization. (2020). Listings of WHO's response to COVID-19. Senast uppdaterad 2020-12-15. Hämtad 21 december 2020 från <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>

Överbefälhavaren [@overbefalhavaren]. (2020, 18 mars). ÖB med anledning av Corona. [Film]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/B94HmdQHgku/>

ISSL - Ledarskapscentrum RAPPORTSERIER

- F** *Forskningsrapporter*
- T** *Utredningar och tekniskrapporter*
- I** *Informations- och utbildningsmaterial*
- ACTA-D** *Ingår i Försvarshögskolans ACTA-serie*

- F** **Forskningsrapporter.**
Vetenskapliga rapporter.
- T** **Utredningar och tekniska rapporter.**
Förstudier, utredningar, utvärderingar, metodrapporter och uppsatser.
- I** **Informations- och utbildningsmaterial.**
Populärvetenskapliga rapporter för information och utbildning.

FHS/ISSL-LedAvd, Karlstadssektionen, 651 80 Karlstad

FHS, Box 27805, 115 93 Stockholm
Tel: 08-553 42500
www.fhs.se/publikationer

Följande rapporter har utgivits i de olika serierna:

Serie R. Research Reports. (In English) ISSN 1401-5641

Ledarskapsinstitutionen (LI)

- R:1** Eva Johansson. In a blue beret: Four Swedish UN battalions in Bosnia. (1997)
- R:2** Leif Carlstedt & Henry Widén. Officer Selection in the Swedish Armed Forces. (1997)
- R:3** Leif Carlstedt & Henry Widén. CTI - Commander Trait Inventory. English manual. (1998)
- R:4** Lars Andersson & Eva Johansson. Developing Military Leadership by Making Leadership Problems Visible. (1999)

Fr o m maj 2000 ingår vetenskapliga rapporter på engelska (tidigare Research Reports i R-serien) i F-serien.

Serie F. Forskningsrapporter. ISSN 1401-5633.

Ledarskapsinstitutionen (LI)

- F:1** Berit Carlstedt & Bertil Mårdberg. Prövning och validering av ett testbatteri för urval av värnpliktiga sonaroperatörer. (1996)
- F:2** Eva Johansson. I basker blå: Fyra svenska FN-bataljoner i Bosnien. (1996)
- F:3** Lennart Eriksson & Nils Wåhlin. Management- och ledarskapsforskning. (1996)
- F:4** Sven-Jacob Andersson. Konsekvenser av terroraktioner. Exemplet Telavåg. (1996)
- F:5** Marianne Björk & Gerry Larsson. Skottdramat i Falun. (1997)
- F:6** Nils-Åke Sjösten. Vuxenpedagogiska frontlinjer. (1997)
- F:7** Ebbe Blomgren (red.). Knog & Kneg. (Nytryck 1997)
- F:8** Claes Wallenius. Reaktionen och funktionsförmåga i samband med livshotande fara. (1997)
- F:9** Eva-Lena Tedfeldt. Svenska kvinnor i FN-tjänst. Åren 1988-1996. (1997)
- F:10** Peter Magnusson. Organisationskulturer i försvarsmakten. (1998)
- F:11** Jan-Erik Gustafsson & Bo Palaszewski. Datoriserad adaptiv testning för mätning av kognitiva förmågor. (1998)
- F:12** Eva Ullstadius & Berit Carlstedt. Utveckling av instrument för mätning av generell begåvning med klassisk och faktoranalytisk metodik för itemanalys. (1999)
- F:13** Ann Enander. Psykologiska reaktioner vid radioaktivt nedfall från en kärnenergiolycka – Ett svenskt beredskapsperspektiv. (2000)

Institutionen för ledarskap och management (ILM)

- F:14** Gerry Larsson, Leif Carlstedt, Eva Johansson & Lars Andersson. Analysis of Leadership Dimensions: Combining Transformational and Functionalistic Approaches. (2001)
- F:15** Mattsson, P, A. Duglighetsmodellen 1988. En pedagogisk analys Stockholm: Försvarshögskolan. (2001)
- F:16** Haldén, E. Politikens förändrade villkor och medborgarnas nya preferensmönster vad gäller organisering och intresseyttringar. Stockholm: Försvarshögskolan. (2001)
- F:17** Olsson, A. & Ullreich Hedin, C. Motstånd och motivation - En undersökning av befälselevers och yngre officerars inställning till en fortsatt framtid inom Försvarsmakten. Stockholm: Pedagogiska institutionen vid Stockholms universitet och Ledarskapsinstitutionen vid Försvarshögskolan. (2001)
- F:18** Louise Weibull. "Tjejmönstring" – Lyckad rekrytering eller lockad rekryt? – En studie av en ny rekryteringsdrive inom Försvarsmakten. (2001)
- F:19** Peter Tillberg. Kriterier på vad som utmärker en trovärdig ledarskapsutbildning – En undersökning om regler och lärande i Försvarsmakten. (2001)
- F:20** Sophia Ivarsson. Diskurser kring kvinnor i uniform – Om attityder till kvinnor som officerare och värnpliktiga bland män i försvarsmakten. (2001)
- F:21** Berit Carlstedt. Mönstring och uttagning till plikttjänst och dess relation till provresultat och psykologbedömningar – en jämförelse mellan svenskar och invandrare. (2002)

- F:22** Alise Weibull. Fyra yrkesgrupper i det svenska flygvapnet. Samlingsvolym 1985-1997. (2003)
- F:23** Hans Hasselblad. Krigare, krigsmaskinen och maskinen som krigare. (2003)
- F:24** Hans Hasselblad. Mål, makt och omgivning – några utgångspunkter för kritisk analys av militär verksamhet. (2003)
- F:25** Gerry Larsson, Birgitta Wireng & Claes Wallenius. Kompetens i Centrum: Utvärdering av en implementeringsinsats. (2003)
- F:26** Gerry Larsson. "Situation awareness". En kritisk granskning utifrån ett stresspsykologiskt perspektiv. (2003)
- F:27** Magnus Bergquist. Kartan som praktik och metafor. En studie om kartans användning och förändrade roll i militärt ledningsarbete. (2003)
- F:28** Björn Gustavsson & Leif Carlstedt. Om mätning av förmågan att på order snabbt och korrekt styra till höger eller vänster. (2004)
- F:29** Berit Carlstedt. Officersrekryteringen till svenska Försvarsmakten bland män och kvinnor födda 1972-1983. (2004)
- F:30** Ebbe Blomgren & Eva Johansson. Hemma övas man - borta provas man. Att vara bataljonschef i en internationell kontext. (2004)
- F:31** Leif Carlstedt & Johan Österberg. Mönstringsvariabler kan predicera värnpliktiga befäls ledarskap såsom det bedömts av underlydande värnpliktiga. (2005)
- F:32** Louise Weibull. Kvinnan på väg in i ledet. Intryck från mönstring och värnplikt hos en grupp kvinnor som mönstrat 1999-2002. (2005)
- F:33** Alise Weibull. Utmaningar inom Europas försvarsmakter. Erfarenheter från utländska sociologiska studier och analyser. (2005)
- F:34** Catharina Höjjer. Betydelsen av tillit i tillfälligt behovssammansatta grupper för att de snabbt ska fungera optimalt. En litteraturstudie. (2005)
- F:35** Johan Österberg, Leif Carlstedt & Berit Carlstedt. Värnpliktigas villighet att söka internationell tjänst. (2005)
- F:36** Sophia Ivarsson & Lina Edmark. Räddningsverkets internationella insatser ur ett genusperspektiv. (2005)
- F:37** Lena Pettersson & Alma Persson. Genusrelationer i organisationen. (2005)
- F:38** Sophia Ivarsson & Lina Edmark. International Missions by the Swedish Rescue Services Agency from a Gender Perspective. (2006)
- Institutionen för säkerhet, strategi och ledarskap (ISSL) – Ledarskapscentrum**
- F:39** Sjöberg, L. & Wolgers, G. Personlighetstestning vid antagning till officersutbildning. En jämförelse av CTI och UPP testet i olika grader av "skarpt läge". (2012)
- F:40** Granberg, M. (2013). Militär kompetens i polisiära uppgifter. En empirisk belysning och diskussion av en insats i Kosovo. (ISBN 978-91-86137-24-3)
- F:41** Michel, Per-Olof. (2014). Insatsrelaterad stress hos militära veteraner. En litteraturöversikt. (ISBN 978-91-86137-34-2)
- F:42** Michel, Per-Olof. (2014). Insatsrelaterad stress för civil personal. En litteraturöversikt. (ISBN 978-91-86137-35-9)

Serie T. Utredningar och tekniska rapporter. ISSN 1401-565X.

Ledarskapsinstitutionen (LI)

- T:1** Berit Carlstedt. Utvecklingsarbete kring I-prov 94 – Att mäta begåvning enligt den hierarkiska begåvningsmodellen. (1996)
- T:2** Ebbe Blomgren & Ove Lind. Kvinna som man är..." (1997)
- T:3** Leif Carlstedt. Psykologiska variabler som prediktorer av resultat på linjen för taktisk utbildning vid Försvarshögskolan. (1997)
- T:4** Leif Carlstedt & Henry Widén. Personlighetsskillnader mellan kvinnor i FN-tjänst och sökande till officersyrket. (1998)

- T:5** Leif Carlstedt & Henry Widén. CTI – Commander Trait Inventory. Manual. (1998)
- T:6** Berit Carlstedt, Björn Mårdberg & Barbro Rasmusson. Utprovning av Relationer A, B och C. (1998)
- T:7** Eva Ullstadius. Utprovning av olika verbala testtyper. (1998)
- T:8** Henry Widén. Prövning och validering av ett testbatteri för urval av värnpliktiga robotskyttar. (1998)
- T:9** Leif Carlstedt & Henry Widén. Chefkompetens - CBI: Utveckling av ett chefbedömningsinstrument. (1999)
- T:10** Leif Carlstedt & Henry Widén. Personlighetsdrag som avspeglar av funktionella förbandskulturer i armén. (1999)
- T:11** Berit Carlstedt. Validering av inskrivningsprövningen mot vitsord från den militära grundutbildningen. (1999)
- T:12** Leif Carlstedt & Henry Widén. Militärhögskoleprovet. Manual. (1999)
- T:13** Bertil Mårdberg & Leif Carlstedt. Factor determinacy. SYSTAT- och GAUSS-program för beräkning av "reliabilitet" i faktorpoäng. (1999)
- T:14** Berit Carlstedt. Utprovning av spatiala test vid mönstring. (2000)
- T:15** Gerry Larsson, Tomas Sköld & Birgitta Wiréng. Civil personals kompetensutveckling: En kvalitativ undersökning av en försöksverksamhet. (2000)
- T:16** Eva Johansson & Gerry Larsson. Villighet att medverka i framtida internationella insatsstyrkor. (2000)

Institutionen för ledarskap och management (ILM)

- T:17** Örjan Lajksjö & Eva-Lena Tedfeldt. Utveckling av grupper – individer – ledare: En litteraturstudie. (2001)
- T:18** Ann Johansson & Eva-Lena Tedfeldt. Mångfald i arbetsgrupper: Tillgång eller hinder? (2001) Nytryck 2005
- T:19** Eva-Lena Tedfeldt & Gerry Larsson. Skriva-av-sig: Test av en metod att bearbeta starkt stressfyllda händelser. (2001/2007)
- T:20** Bertil Mårdberg & Leif Carlstedt. Factor determinacy: SYSTAT and GAUSS programs for calculation of the "reliability" of factor scores. (2001)
- T:21** Leif Carlstedt & Henry Widén. The Executive Officer Leadership instrument (EOL). (2001)
- T:22** Berit Carlstedt. Underlaget för rekrytering av kvinnliga officerare. (2001)
- T:23** Leif Carlstedt & Henry Widén. Evaluation of the selection and training systems in the Swedish Air Force. (2001)
- T:24** Sophia Ivarsson & Anders W Berggren. Avgångsorsaker bland officerare. (2001)
- T:25** Eva-Lena Tedfeldt & Gerry Larsson. Skriva-av-sig: Fördjupad prövning av en metod att bearbeta starkt stressfyllda händelser. (2001)
- T:26** Gerry Larsson, Örjan Lajksjö, Eva-Lena Tedfeldt, Benny Eriksson & Ann Johansson. L o S - Ledarskap och Självkänedom: Presentation och utvärdering av en personligt inriktad ledarutvecklingsövning. (2001)
- T:27** Leif Carlstedt. Beteendekorrelat till begåvnings- och personlighetsvariabler. En valideringsstudie av testen i MHS-provet och i CTI. (2002)
- T:28** Jens Andersson & Berit Carlstedt. Urval till plikttjänst. (2003)
- T:29** Berit Carlstedt. Vilka kvinnor mönstrar och får en uttagning till plikttjänst? Kunskapsunderlag för rekrytering. (2003)
- T:30** Lena Stenlund & Gerry Larsson. Är manövertänkande via ledningsmetoden uppdragstaktik och ledarskapsmodellen Utvecklande ledarskap förenliga? (2004)
- T:31** Misa, Sjöberg, Claes Wallenius, Aida Vrbanjac & Gerry Larsson. Ledarskap och beslutsfattande under stress vid komplexa olyckshändelser inom svensk räddningstjänst: en kvalitativ intervjuundersökning. (2005)
- T:32** -

- T:33** Aida Vrbanjac & Gerry Larsson. Hur stämmer unga officerares faktiska ledarutveckling med Försvarsmaktens ledarskapsmodell Utvecklande ledarskap? (2006)
- T:34** Björn Gustavsson & Charlotte Bäckman. Hur ska data på individnivå aggregeras till teamnivå och vilka samband finns mellan teamkarakteristika och teamprestation? (2006)
- T:35** Leif Carlstedt. Prediktiv validitet i officersurvalsprövningens psykologiska instrument. (2006)
- T:36** G Larsson, B Talerud, E Blomgren, M Börjesson, L Carlstedt, A Enander, Y Friman, E Haldén, P Hyllengren, C Kylin, Ö Lajksjö & M Ström. Militärt ledarskap under påfrestande förhållanden: En litteraturoversikt. (2007)
- T:37** Marcus Börjesson, Örjan Lajksjö & Ann Enander. Risk, riskkommunikation och militärt ledarskap – Problematisering utifrån en litteraturstudie. (2007)
- T:38** Louise Weibull. "Vi borde också få medalj" – Om stöd till militära familjer under utlandstjänstgöring. (2009)
- T:39** Lennart Sjöberg, Charlotte Bäckman & Björn Gustavsson. Personlighetstestning vid antagning till FHS officersutbildning. (2011)

Institutionen för säkerhet, strategi och ledarskap (ISSL) – Ledarskapscentrum

- T:40** Jonsson, E., Lantz, J., Bjelanovic, V. & Törner, B. (2016). Metodförsök med systematisk urvalsuppföljning – Delrapport: Resultat och erfarenheter från 2015. (978-91-86137-60-1)
- T:41** Jonsson, E., Bjelanovic, V., Lantz, J., Lindgren, R-M., Svensén, S., Törner, B., Wolgers, G., & Lindqvist, A. (2018). Metodförsök med systematisk urvalsuppföljning – Delrapport: Resultat och erfarenheter från 2016. (978-91-86137-77-9)
- T:42** Jonsson, E., Lantz, J., Lindgren, R-M., Törner, B. & Lindqvist, A. (2019). Metodförsök med systematisk urvalsuppföljning – Delrapport: Erfarenheter och resultat från 2017. (978-91-86137-96-0)

Serie I. Informations- och utbildningsmaterial. (ISSN 1401-5676) 1653-1523 (ISSN ändrat fr o m 2009)

Ledarskapsinstitutionen (LI)

- I:1** Lars Andersson. Den första striden. M7734-665101. (1996)
- I:2** Ebbe Blomgren. Le Service National en Suède. (1996)
- I:3** Ebbe Blomgren. Totalförsvarspikt i Sverige. (1996)
- I:4** Ulf Henricsson, Magnus Vlk & Magnus Ålrud. Ledarskap i krigsliknande situationer: Redigerade bilder ur verkligheten - BA 01 1993-94. (1997)
- I:5** Gerry Larsson, Birgitta Andersson, Tom Lundin, Per-Olof Michel & EvaLena Tedfeldt. Hantering av extrem stress: Två studier av debriefingsamtal. (1998)
- I:6** Jan-Gunnar Isberg m fl. Ledarskap i krigsliknande situationer: Redigerade bilder ur verkligheten - L 106 1990-91. (1998)
- I:7** Jan-Gunnar Isberg m fl. Ledarskap i krigsliknande situationer: Redigerade bilder ur verkligheten - Makedonien 1993, Nordic Battalion. (1999)
- I:8** Erik Hedlund. Stann-Anders eller Hopp-Jerka - En kunskapsöversikt gällande svenska ungdomars attityder och värderingar avseende arbete, studier och försvarsmakten sommaren 2000. (2000)

Institutionen för ledarskap och management (ILM)

- I:9** Eva-Lena Tedfeldt & Gerry Larsson. Lärarhandledning: Kamratstöd och avlastningssamtal: Metoder att hantera och bearbeta starkt stressfyllda händelser. (2004)
- I:10** Eva-Lena Tedfeldt & Gerry Larsson. Lärarhandledning: Skriva-av-sig. En metod att bearbeta starkt stressfyllda händelser. (2004)
- I:11** Gerry Larsson & Misa Sjöberg. Grundläggande Mental träning. Lärarhandledning. (2004)
- I:12** Claes Wallenius, Örjan Lajksjö & Gerry Larsson. LoG – Ledarskap och gruppdynamik. (2004)

- I:13** Misa Sjöberg, Erna Danielsson, Eva Johansson, & Gerry Larsson. Unga officerares ledarutveckling: en kvalitativ studie. (2004)
- I:14** Charlotte Bäckman & Gerry Larsson. Mental träning – beskrivning och värdering av mer kvalificerade metoder. (2005)
- I:15** Charlotte Bäckman, Gerry Larsson & Kjell Kallenberg. Militära chefers agerande vid dödsfall – om symbolhandlingar och handlingars symboliska betydelse. (2005)
- I:16** Gerry Larsson, Maria Fors & Sofia Nilsson. Ledarskap och tillit – Analys och värdering av befintlig forskning ur ett Nordic Battle Group perspektiv. (2006)
- I:17** Erna Danielsson, Aida Vrbanjac & Gerry Larsson. Att komma ikapp. En studie om samverkan och ledarskap vid en svavelsyreolycka i Helsingborg 2005. (2006)
- I:18** Aida Vrbanjac, Erna Danielsson & Gerry Larsson. När Sverige överrumplades: En studie av ledarskap och myndigheters samverkan efter tsunamikatastrofen 2004. (2006)
- I:19** Aida Vrbanjac, Erna Danielsson & Gerry Larsson. Steget före. Samverkan och ledarskap vid hantering av ett gisslandrama vid en rymning från en fångvårdsanstalt. (2006)
- I:20** Sofia Nilsson, Claes Wallenius & Gerry Larsson. Att vara svensk officer på hög ledningsnivå vid påfrestande incidenter under internationella uppdrag: En intervjustudie staber. (2006)
- I:21** -
- I:22** Misa Sjöberg, Claes Wallenius & Gerry Larsson. Ledarskap och beslutsfattande under stress vid komplexa räddningsinsatser: En kvantitativ enkätstudie. (2006)
- I:23** Misa Sjöberg, Claes Wallenius & Gerry Larsson. Ledarskap och beslutsfattande under stress vid komplexa räddningsinsatser: En experimentell studie. (2006)
- I:24** Misa Sjöberg, Claes Wallenius & Gerry Larsson. Ledarskap och beslutsfattande under stress vid komplexa räddningsinsatser: Sammanfattande rapport. (2006)
- I:25** Maria Fors, Misa Sjöberg, Anders W Berggren & Gerry Larsson. Tillit under stress vid internationella missioner. (2006)
- I:26** Berit Carlstedt. Har försvarsmaktens omstrukturering förändrat värnpliktspopulationens kvalitet. (2006)
- I:27** Karl W. Haltiner & Alise Weibull. Value orientations and political attitudes among future military and civilian elites. Findings of a 13-Country Study on Civil-Military Relations. (2006)
- I:28** Ebbe Blomgren. Caglavica 17 mars 2004. Sex militära chefer berättar om ett upplopp i Kosovo. (2007)
- I:29** Ann Enander, Örjan Lajksjö & Susanne Hede. Storm i Tsunamins skugga: Kommunala aktörers erfarenheter vid hanteringen av Gudrun. (2007)
- I:30** Emma Jonsson & Berit Carlstedt. Är det viktigt för 17-åringar att göra värnplikt? Svar från föregångaren till den IT-baserade mönstringsenkäten. (2007)
- I:31** Sophia Ivarsson & Lina Edmark. Att samverka kring 1325. Samverkansmöjligheter mellan svenska civila och militära aktörer i internationell krishantering. (2007)
- I:32** Johan Österberg, Berit Carlstedt & Leif Carlstedt. Vilka är möjligheterna att rekrytera unga män och kvinnor till det svenska insatsförsvaret? Fyra empiriska studier. (2007)
- I:33** Aida Alvinus, Erna Danielsson, Camilla Kylin & Gerry Larsson. Ledarskap vid komplexa olyckor och kriser: Operativa chefers upplevelser av politisk påverkan från den politiska nivån. (2007)
- I:34** Aida Alvinus, Erna Danielsson, Camilla Kylin & Gerry Larsson. Lika lägesbild - olika situationsförståelse. (2007)
- I:35** Sofia Nilsson, Maria Fors, & Gerry Larsson. "Varför vet vi att vi är bäst?" – Ledarskap vid multinationella militära insatser: Etnocentriska föreställningar och samarbete. (2007)
- I:36** Aida Alvinus, Camilla Kylin & Gerry Larsson. "Min roll är egentligen att vara länk" – Ledarskap och organisering vid multinationella militära insatser: En reanalys av länkbegreppet ur ett organisatoriskt perspektiv. (2007)

- I:37** Erna Danielsson, Aida Alvinus, Camilla Kylin & Gerry Larsson. Ledarskap och beslutsfattande vid komplexa olyckor och kriser – En sammanfattande rapport. (2007)
- I:38** Gerry Larsson, Maria Fors, Anna-Lena Levin & Annika Thuresson. Ledarskapets betydelse för värnpliktigas och unga officerars motivation att fortsätta inom Försvarsmakten. (2007)
- I:39** Maria Fors & Gerry Larsson. Civil- militär samverkan på departementsnivå: påverkan från fältnivån i Afghanistan. (2007)
- I:40** Yvonne Friman, Peder Hyllengren, Camilla Kylin & Gerry Larsson. Irreguljära hot – Krav på militärt ledarskap – En litteraturstudie. (2007)
- I:41** Sophie Florin & Ebbe Blomgren. En modell för utveckling av samverkan i offentlig verksamhet – exemplet civil-militära aktörer. (2008)
- I:42** Emma Jonsson, Charlotte Bäckman & Berit Carlstedt. Lärdomar från IA06 – Deltagarnas erfarenheter och förväntningar på termin 3 och hög beredskap. (2007)
- I:43** Aida Alvinus, Sofia Nilsson & Anders W Berggren. Att bränna eller bygga broar? – En pilot-studie om interkulturell samverkan under internationella missioner ur ett organisationsperspektiv. (2007)
- I:44** Bengt Abrahamsson & Erna Danielsson. I brytpunkten mellan invasions- och insatsförsvär – utmaningar och möjligheter vid Försvarsmaktens reformering (2007)
- I:45** Sophia Ivarsson & Lina Edmark. UNSCR 1325 and cooperation. Opportunities for cooperation between Swedish civilian and military actors in international conflict management when implementing UNSCR 1325. (2008)
- I:46** Susanne Hede & Ann Enander. Lugna efter stormen? Reflektioner i kommuner med erfarenheter från flera kriser. (2008)
- I:47** Ann Enander, Örjan Lajksjö & Eva-Lena Tedfeldt. Det händer mitt ibland oss. Kommunala erfarenheter från socialt genererade kriser. (2008)
- I:48** Johan Österberg & Berit Carlstedt. Värnpliktigas intresse för internationell tjänst och officersutbildning. (2008)
- I:49** Johan Österberg, Emma Jonsson & Peder Hyllengren. Förhållanden som bidrar till att värnpliktiga jägarsoldater söker internationell tjänst. (2008)
- I:50** Erna Danielsson & Berit Carlstedt. Reservofficern – från att fylla vakanser till att nyttja kompetenser. (2009)
- I:51** Björn Gustavsson, Anna-Lena Levin Orre, Annika Thuresson & Berit Carlstedt. Faktorer som påverkar viljan att stanna i Försvarsmakten, stressrelaterad ohälsa, trivsel på jobbet samt säkerhetsbeteende. Uppföljning av unga officerare. (2009)
- I:52** Sofia Nilsson, Misa Sjöberg & Gerry Larsson. Ett ledningssystem för katastrofhjälp i internationell miljö. En teoretisk modell. (2009)
- I:53** Sofia Nilsson, Misa Sjöberg & Gerry Larsson. Ett ledningssystem för katastrofhjälp i internationell miljö. Generaliserbarhetsprövning av en teoretisk modell. (2009)
- I:54** Sofia Nilsson, Misa Sjöberg, Kjell Kallenberg & Gerry Larsson. Moralisk stress i internationella humanitära hjälp- och räddningsinsatser. En grounded theory studie. (2009)
- I:55** Sofia Nilsson, Misa Sjöberg & Gerry Larsson. Ledning av Räddningsverkets internationella insatser. Sammanfattande rapport. (2009)
- I:56** Björn Gustavsson, Peder Hyllengren & Berit Carlstedt. De första specialistofficerna i Försvarsmakten. (2010)
- I:57** Maria Fors & Gerry Larsson. "Den osynliga fienden - IED-attentats påverkan på ledarskap, tillit och motivation". (2010)
- I:58** Charlotte Bäckman. Officer - att vara eller att icke vara. Vad påverkar officerars återanvändbarhet för att delta i upprepade internationella insatser? (2010)
- I:59** Charlotte Bäckman & Malin Elfgrén. Behåll lugnet och håll dig frisk. Personlighetens och intelligensens påverkan på förmågan att hantera påfrestningar. (2010)
- I:60** Erna Danielsson, Eva Johansson & Berit Carlstedt. Attraktionsarbete och förändring i Försvarsmakten. Utmaningar och möjligheter. (2010)

- I:61 Emma Jonsson, Sofia Nilsson & Gerry Larsson. Försvarsmaktens folk- och samhällsförankring: - trender, drivkrafter och bakgrundsförhållanden som kan påverka det svenska försvarets folk- och samhällsförankring i ett långsiktigt strategiskt perspektiv. (2010)
- I:62 Sofia Nilsson, Misa Sjöberg, Kjell Kallenberg & Gerry Larsson. "Tänk om jag inte hade skjutit ...": Om etiskt beslutsfattande, moraliska dilemman och moralisk stress i samband med militära internationella insatser. (2010)
- I:63 Johan Österberg & Berit Carlstedt. "Värnplikten öppnar en värld av möjligheter". Viljan att fortsätta i Försvarsmakten hos värnpliktiga på Livgardet år 2010. (2010)
- I:64 Peder Hyllengren. De första akademiskt utbildade officerarna i Försvarsmakten. (2010).
- I:65 Berit Carlstedt & Leif Carlstedt. De sista värnpliktiga har muckat. Kvalitet och vilja till engagemang i Försvarsmakten. (2010)
- I:66 Johan Österberg & Emma Jonsson. Jag vill hellre jobba som diplomat: En studie av värnpliktiga på Arméns jägarbataljon som valt att inte söka internationell tjänst. (2010)
- I:67 Aida Alvinus, Camilla Kylin, Bengt Starrin & Gerry Larsson. Rules of *Emotional Engagement* (RoEE): Samverkan och förtroendeskapande ur ett emotionsteoretiskt perspektiv. (2011)
- I:68 Camilla Kylin, Misa Sjöberg & Gerry Larsson. Autentiskt och trygghetsfokuserat ledarskap: En kvalitativ studie av KS 17. (2011)
- I:69 A Alvinus, M Sjöberg, P Hyllengren, V Lönnfjord & G Larsson. Omgivningens påverkan på ledarskap: En studie av jägare i utlandstjänst. (2011)
- I:70 E Jonsson, R-M Lindgren & G Larsson. Rekryteringsunderlaget 2011: Det första året med ett frivilligbaserat försvar. (2011)
- I:71 E Jonsson, S Nilsson & G Larsson. Samhället och Försvarsmakten: Försvarsmaktens samhällsförankring i ett långsiktigt strategiskt perspektiv. (2011)
- I:72 G Larsson, P Hyllengren, M Sjöberg & C Wallenius. The role of the commander in future missions: A leadership perspective. (2011)
- I:73 C Wallenius, A Alvinus, M Fors, P Hyllengren, E Jonsson, J Österberg & G Larsson. Upplevelser av Grundläggande Militär Utbildning (GMU): Intervjustudie med utbildningsbefäl och rekryter. (2011)
- I:74 S Nilsson, M Sjöberg, K Kallenberg & G Larsson. Moralisk stress vid internationella militära insatser: En enkätstudie. (2011)
- I:75 M Börjesson & A Enander. Riskprofiler inom militär verksamhet: Mätning av riskbenägenhet, impulsivitet och säkerhetsvärderingar. (2011)
- I:76 M Börjesson & A Enander. Risk- och säkerhetsuppfattningar inom det svenska försvaret: Sammanställning av 4 empiriska studier. (2011)
- I:77 A W Berggren, L Weibull, E Hedlund, M Granberg, P Hyllengren & B Gustavsson. Makt, pedagogik, ledarskap och organisation: En studie av ett mekaniserat skyttekompani. (2011)
- Institutionen för säkerhet, strategi och ledarskap (ISSL) – Ledarskapscentrum***
- I:78 Kylin, C., Hede, S., Friman, Y., & Enander, A. Att vara till stöd. Skilda perspektiv på risk och kommunikation vid internationell militär tjänstgöring. (2012)
- I:79 Jonsson, E. & Carlstedt, B. Rekryteringsunderlaget 2012: Det andra året med ett frivilligbaserat försvar. (2012)
- I:80 Fors Brandebo, M., Jonsson, E., Wallenius, C., Österberg, J., & Larsson, G. Arbetstillfredsställelse hos anställda soldater och sjömän: Uppfattningar efter ett års tjänstgöring. (2012)
- I:81 Nilsson, S., Hyllengren, P., Fors Brandebo, M., Waaler, G., & Larsson, G. Militära ledares hantering av akuta stressituationer: Med fokus på moraliska dilemman i kombination med ackumulerad stress. (2012)
- I:82 Alvinus, A., Jonsson, E., Wallenius, C., & Larsson, G. Avgångar från Grundläggande militär utbildning (GMU): Intervjustudie med rekryter som avbrutit utbildningen i förtid. (2012)

- I:83** Sohlberg, J, Hyllengren, P, Wallenius, C, Österberg, J & Larsson, G. Upplevelser av grundläggande militär utbildning med inriktning hemvärn/nationella skyddsstyrkorna. (2012)
- I:84** Ohlsson, A., Wallenius, C., & Larsson, G. Comprehensive Approach – Doctrinal Overview and Implications for Swedish Military Leadership. (2012)
- I:85** Jonsson, E. (2013). Rekryteringsunderlaget 2013: Det tredje året med ett frivilligbaserat försvar. (ISBN 978-91-86137-25-0).
- I:86** Nilsson, S., Brandow, C., Ohlsson, A., Alvinus, A., & Larsson, G. (2013). Militärt ledarskap och emotionshantering i akuta situationer som innehåller moraliska dilemman. (ISBN 978-91-86137-26-7)
- I:87** Lantz, J. & Wolgers, G. (2013). Psykologiska tester och testanvändning i samband med psykologiskt urval av flygförare i Försvarsmakten 1944-2013. En sammanfattande historik och testöversikt. (ISBN 978-91-86137-27-4)
- I:88** Brandow, C., Jonsson, E., Sohlberg, J. & Wallenius, C. (2013). Försvarsmaktens syn på sin förankring i samhället. (ISBN 978-91-86137-28-1)
- I:89** Börjesson, M., Hobbins, J., Österberg, J. & Enander, A. (2013). Uppfattningar om risk- och säkerhetsfrågor hos svenska fredsbevarare. (ISBN 978-91-86137-29-8)
- I:90** Sjöberg, A. & Wolgers, G. (2014). Begåvningsstestning i militärt urval: En jämförelse mellan försvarsmakterna i Sverige, Norge, Danmark, Finland, USA och Storbritannien. (ISBN 978-91-86137-33-5)
- I:91** Fors Brandebo, M., Österberg, J. & Berglund, A.K. (2014). Militära ledares förmåga att öka eller bibehålla anställdas arbetstillfredsställelse – Praktiska handlingsstrategier. (ISBN 978-91-86137-39-7)
- I:92** Wallenius, C., Berglund, A.K., & Brandow, C. (2014). Den politiska nivåns syn på försvarets folkförankring: En intervjustudie med försvarspolitikern och deras tjänstemän. (ISBN 978-91-86137-40-3)
- I:93** Nilsson, S., Ohlsson, A., Lundqvist, L-M., Alvinus, A., Hyllengren, P., Waaler, G., Bandlitz Johansen, R. & Larsson, G. (2014). Militärt ledarskap: Emotionskultur och emotionshantering i moraliska påfrestande situationer: Ett kvantitativt test av en kvalitativt framtagen modell. (ISBN 978-91-86137-41-0)
- I:94** Börjesson, M., Lundqvist, L-M. & Enander, A. (2014). Påfrestande förhållanden i militär verksamhet: Om definitioner, påverkan och attityder. (ISBN 978-91-86137-42-7)
- I:95** Jonsson, E. (2015). Rekryteringsunderlaget 2014: Från ansökningsomgångar till flexibel antagning (ISBN 978-91-86137-42-7)
- I:96** Larsson, G., Nilsson, S., Ohlsson, A. & Berglund, A K. (2015). 18 mjuka medel mot moralisk stress i militär miljö. (ISBN 978-91-86137-43-4)
- I:97** Larsson, G. (2015). Ledarskapets betydelse för lärande vid After Action Reviews (AAR). (ISBN 978-91-86137-44-1)
- I:98** Scott, D. (2015). Kollektiva reaktioner, känslorörelser och ageranden: Om meningsskapande i krissituationer. (ISBN 978-91-86137-53-3)
- I:99** Wallenius, C., Brandow, C., Berglund A K. & Hede, S. (2015). Befolkningens syn på försvarets folkförankring. En enkätstudie på ett befolkningsurval. (ISBN 978-91-86137-54-0)
- I:100** Jonsson, E. (2016). Rekryteringsunderlaget 2015. Sista året med GMU. (ISBN 978-91-86137-55-7)
- I:101** Fors Brandebo, M & Klockare, E. (2016). Återanställning i Försvarsmakten. En intervjustudie med återanställda soldater. (ISBN 978-91-86137-56-4)
- I:102** Wolgers, G. (2016). Intervjubedömningar i officersurval. Dimensioner och samband mellan olika intervjubedömningar och lämplighetsbedömningen av sökande till Officersprogrammet vid FHS. (ISBN 978-91-86137-57-1)
- I:103** Berglund, A K., Alvinus, A. & Larsson, G. (2016). Om höga chefer trivs/inte trivs på jobbet – ”smittar det av sig” ända ned till soldater och sjömän? (ISBN 978-91-86137-58-8)

- I:104** Österberg, J., Jonsson, E., Brandow, C., Klockare, E. & Eriksson, B. (2017). Metodutveckling för effektivare rekrytering av särskilda målgrupper (MER). Slutrapport. (ISBN 978-91-86137-61-8)
- I:105** Jonsson, E. (2017). Rekryteringsunderlaget 2016. Första året med sökande till en sammanhållen militär grundutbildning. (ISBN 978-91-86137-63-2)
- I:106** Jonsson, E. & Svensén, S. (2017). Rekryteringsunderlaget 2017. Sista året med helt frivilligbaserad rekrytering till den militära grundutbildningen. (ISBN 978-91-86137-67-0)
- I:107** Fors Brandebo, M. & Lundell, E. (2017). Därför kommer de tillbaka. En kvantitativ studie om återanställda soldater och sjömäns motivstruktur. (ISBN 978-91-86137-68-7)
- I:108** Larsson, G., Berglund A K., Alvinus, A. & Bandlitz Johansen, R. (2017). Militära mellancheferers containerfunktion och ledarskap. En nyckel till organisationers resultat. (ISBN 978-91-86137-69-4)
- I:109** Fors Brandebo, M., Lundell, E., Wolgers, G., & Larsson, G. (2017). Validering av officersprogrammets urvalsprocess. Steg1: Identifiering av individuella egenskaper och förmågor som kan ligga till grund för prediktion av framtida funktionsförmåga. (ISBN 978-91-86137-70-0)
- I:110** Jonsson, E. & Österberg, J. (2018). Försvarsmaktens attraktivitet bland unga i Sverige. Ett samarbetsprojekt inom European Defence Agency (ISBN 978-91-86137-71-7)
- I:111** Larsson, G., Lundell, E., Svensén, S., Berglund, A K., & Nilsson, S. (2018). Enskilt tjänstgörande 1990-2015: Hur mår de idag och vilken långsiktig effekt har vardagsstress? (ISBN 978-91-86137-76-2)
- I:112** Fors Brandebo, M. (2018). Destruktivt ledarskap vid krishantering. (ISBN 978-91-86137-80-9)
- I:113** Fors Brandebo, M., & Lundell, E. (2018). Därför lämnade de Försvarsmakten. En kvantitativ studie om tidigare anställda soldater och sjömäns motivstruktur. (ISBN 978-91-86137-81-6)
- I:114** Svensén, S., Berglund, A.K., Thielen, A., Wolgers G., & Fors Brandebo, M. (2018). Validering av officersprogrammets urvalsprocess – Steg 2: En kvalitativ studie om utveckling av förmågor och egenskaper hos officerare. (ISBN 978-91-86137-82-3)
- I:115** Jonsson, Y., & Alvinus, A. (2018). Maktförskjutning och maktåtertagande i asymmetriska relationer. En kvalitativ studie om tjänstemän i beredskap på landstingsnivå. (ISBN 978-91-86137-79-3)
- I:116** Larsson, G., Lundell, E., Svensén, S., & Nilsson, S. (2018). Internationell tjänst 2011-2015. Hur mår dessa kvinnor och män idag och vilken långsiktig effekt har vardagsstress? (ISBN 978-91-86137-83-0)
- I:117** Hedlund, E., Alvinus, A., Josefsson, A., Wallenius, C., & Larsson, G. (2018). Ledarskap och ledning i en förändrad organisatorisk kontext. (ISBN 978-91-86137-84-7)
- I:118** Larsson, G., & Berglund, A K. (2018). Ledarskapets containerfunktion. En kvalitativ studie av militära mellanchefer. (ISBN 978-91-86137-85-4)
- I:119** Fors Brandebo, M. (2019). Destruktivt ledarskap vid krishantering Ledarskapets påverkan på tillit, hälsa och prestation (ISBN 978-91-86137-91-5)
- I:120** Larsson, G., Hilmansson, H., Ohlsson, A., & Hyllengren, P. (2019). Testutveckling med personlighetspsykologiskt fokus – en litteraturstudie. (ISBN 978-91-86137-95-3)
- I:121** Svensén, S., & Jonsson, E. (2019). Rekryteringsunderlaget 2018. Återinförd värnplik kompletterad med frivillighet. (ISBN 978-91-86137-97-7)
- I:122** Nilsson, S., Ohlsson, A., Weibull, L., & Larsson, G. (2019). Internationella militära insatser. Tjänstgöring och dess betydelse för parrelationer. (ISBN 978-91-86137-98-4)

Institutionen för säkerhet, strategi och ledarskap (ISSL) – Ledarskapsavdelningen

I:123 Svensén, S., & Jonsson, E. (2020). Rekryteringsunderlaget 2019. (ISBN 978-91-88975-04-1)

I:124 Hedlund, E., & Lönngrén, C. (2021). "Fältsjukhuset" i Älvsjö – Rekordbygget som ingen ville ha? (ISBN: 978-91-88975-05-8)

ACTA D-rapporter. ISSN 1403-0748

- D1** Bertil Rolf. Kompetens i militära institutioner 1500-1940. Analyser av professionell kunskaps-utveckling. ISBN 91-87136-28-7. (1997)
- D2** Alise Weibull & Christopher Dandeker (red.). Facing uncertainty – Report No 1. Flexible forces for the twenty-first century. ISBN 91-87136-55-4. (1999)
- D3** Gerry Larsson (red.). Ledarskap under stress. ISBN 91-87136-55-4. (1999)
- D4** Peter Mattsson & Cecilia Wijnbladh. Det tänkande vapnet. ISBN 91-87136-59-7. (2000)
- D5** Bernard Boëne, Christopher Dandeker, Jürgen Kuhlmann & Jan van der Meulen. Facing uncertainty – Report No 2. The Swedish military in inter-national perspective. ISBN 91-87136-64-3. (2000)
- D6** Göran Fransson. Att stödja flygförarens utveckling – en studie av instruktörsbeteenden under övning i flygsimulator. ISBN 91-87136-94-5. (2001)
- D7** Lars-Erik Jonsson. Villkor för flygförarens lärande – Aktivitetssystem och praxisgemenskap för analys av lärande på arbetsplatsen. ISBN 91-87136-95-3. (2001)
- D8** Alise Weibull. Yrkeskunnande i beredskap. Om strukturella och kulturella inflytelser på arbete i det svenska flygvapnet. ISBN 91-7373-435-7. (2003)
- D9** Gerry Larsson (red.). 9 noter om NBF. ISBN 91-89683-99-4. (2005)
- D10** Alise Weibull & Bengt Abrahamsson (Eds). The Heritage and the Present. From Invasion Defence to Mission Oriented Organization. ISBN 978-91-85401-90-1. (2008)

Författare:
Erik Hedlund
Camilla Lönngren

ISBN 978-91-88975-05-8

FÖRSVARSHÖGSKOLAN
P.O. Box 278 05
Se-115 93 Stockholm

www.fhs.se