



Fagfelleurdert artikkel

«Alle mann på dekk!»: Konkurrerende beredskapslogikker i organisering og ledelse av pandemihåndtering i sykehusene

Lars Erik Kjekshus*

Sammendrag

Sykehusene måtte omstille seg raskt da COVID-19 pandemien inntraff januar 2020. Denne artikkelen belyser organisering og ledelse av pandemihåndtering ved Oslo universitetssykehus HF. Hva kan pandemihåndteringen fortelle oss om organisering og ledelse av sykehus? Studien tar utgangspunkt i teorier om at organisering er prosesser av meningsdannelse, og spesielt i møte med uventede hendelser. Kriser stresstester organisasjonen og kan synliggjøre viktige beslutningsmønstre og ellers skjulte bakenforliggende logikker. Teorier om beredskap og håndtering av kriser skiller mellom kriseplaner og den aktuelle krisehåndteringen. I analysene av pandemihåndteringen ved OUS identifiserer vi dette som to ulike beredskapslogikker, planlagt beredskapslogikk og ad hoc beredskapslogikk, som skaper spenningsmoment i prioriteringer og valg av problemer og løsninger. Studien baserer seg på 19 dybdeintervjuer i tre klinikker ved OUS i perioden desember 2020 til november 2021 samt internrevisjoner og dokumenter fra OUS og publiserte arbeider. Studien viser at sykehusene er plastiske, fleksible og løst koblede organisasjoner som er spesielt egnet i kriser, men som er utfordrende i normal drift. For å kunne lære av krisehåndtering og utvikle robuste sykehus for fremtiden kreves en større bevissthet om forholdet mellom de ulike beredskapslogikkene og meningsdannelse i kriser.

Nøkkelord: Beredskap, krisehåndtering, meningsdannelse, organisering, sykehus

*Lars Erik Kjekshus er professor ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi (ISS), Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo. Epost: l.e.kjekshus@sosgeo.uio.no
ORCID-kode: <https://orcid.org/0000-0002-0122-0625>

Innledning

COVID-19 pandemien startet i Wuhan i Kina i desember 2019 og spredte seg raskt til Europeiske land. Pandemiens alvorlighetsgrad ble for alvor forstått i februar da bildene fra overfylte sykehus i Nord-Italia viste behovet for kriseberedskapen. I alle land opplevde man at sykehusene endret organisering og prioriteringer for å kunne håndtere det store smittetrykket og den økte belastningen særlig på intensivkapasiteten. Ulike løsninger ble valgt som etableringen av egne COVID-19 poster og mer fleksibel bruk av personell (Huber et al., 2021; Waring et al., 2021). I Norge var man spesielt redd for at man manglet intensivkapasitet og tilstrekkelig smittevernutstyr til å kunne håndtere et stort smittetrykk.

I denne artikkelen undersøker jeg hvordan de to første fasene av pandemien ble opplevd ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) men også hvordan diskusjonen ved OUS har vært i ettertid. OUS (sammen med Ahus) var ett av de sykehusene som ble hardest rammet i den første perioden av pandemien og satte standarden for hvordan landets øvrige sykehus forberedte seg på smittebølgene som var varslet. Sykehuset gjorde store organisatoriske tilpasninger og endret beslutnings- og ledelsesstrukturen i perioden.

I denne sammenhengen tjener pandemien rollen som et analytisk prisme som gir innsikt i sykehuset organisatoriske og institusjonelle betingelser. Hva kan pandemihåndteringen fortelle oss om organisering og ledelse av sykehus? Jeg vil argumentere for at håndteringen var preget av spenningsforhold mellom ulike beredskapslogikker og at dette la føringer på hvordan aktører definerte og redefinerte situasjoner og oversatte hendelser til praktisk handling.

Sykehus er profesjonsbyråkratier som koordineres gjennom sosialisering og profesjonsnormer (Glouberman & Mintzberg, 2001). Pandemihåndteringen viser betydningen av at sykehus er løst koblede organisasjoner med sterke profesjoner, hvor profesjons normer fremmer eller hemmer valg av løsninger og kriseforståelse. I denne artikkelen gir jeg en detaljert gjennomgang av opplevelsene av endringsprosessene, meningsdannelse, betydningen av kriseplaner, og formelle beslutningsstrukturer og gir et nytt bilde på hvordan organisering og ledelse av sykehus må forstås i lys av pandemien.

Avslutningsvis ønsker jeg å diskutere om våre funn og resultater fra OUS viser viktige nyanser i forståelse av ulike beredskapslogikker og hva som skal til for at sykehuset kan lære av drift i krise som kan forbedre driften i normalsituasjon.

Teori - beredskapslogikker

Artikkelen tar utgangspunkt i Weick et al.s teorier om at organisering er prosesser av meningsdannelse (Weick et al., 2005). Organisasjoner blir ikke sett på som «ting som er laget», men som prosesser «in the making» (Hernes, 2007). Weick utviklet sine teorier med observasjoner av hvordan aktører opptrer i kriser og forklarer sine handlinger. Mest kjent er kanskje eksemplet fra en dialog mellom piloter i et fly og kontrolltårnet i forkant av et flyhavari (Weick, 1990). Individuer tolker og re-tolker handlinger og prøver å gi mening til prosessene de opplever. Organiseringsprosesser er biprodukter av forsøk på å håndtere verden og de situasjoner en involveres i. Pandemihåndteringen analyseres på denne måten i lys av hva som ble oppfattet som problemer og løsninger og hvordan individene tolket handlinger og aktiviteter i etterkant og ga mening til det de opplevde. På denne måten fester forståelsen av organiseringen seg og tas med i en ny måte å tenke organisering og arbeidsprosesser på.

Hvordan vi gir handlinger mening er essensielt for forståelsen av organisatoriske utfall, prosesser, tolkning og endring (Thornton et al., 2012; Weick et al., 2005). I møte med kriser eller problemer prøver man å løse situasjonen ved å anvende eksisterende kunnskap, logikker og erfaringer. I første omgang vil man gjerne prøve å løse oppgaven likt som man ellers ville gjort ved å trekke på eksisterende kunnskap, men i møte med akutte kriser er man tvunget til å improvisere. I denne typen situasjoner vil det ofte utløse en meningsdannelsesprosess i ettertid av improvisasjonen som blir grunnlaget for ny kunnskap og erfaring i møte med lignende situasjoner i fremtiden. Dette er en retrospektiv mental og sosial prosess for å rasjonalisere handling i organisasjoner. På mange måter omhandler prosessen hvordan man «snakker en hendelse til livet» for å tilskrive mening og «gi mening» til det som har skjedd (Thornton et al., 2012; Weick et al., 2005).

Institusjonelle logikker danner utgangspunktet for tolkninger av handlinger, aktiviteter og løsninger, og slike meningsdannelsesprosesser vil skje i skjæringsfeltet mellom ulike logikker. Institusjonell logikk er definert av Thornton og Ocasio (2008) som «det sosialt konstruerte, historiske mønsteret av materiell praksis, antakelser, verdier, tro og regler som individer produserer og reproduserer sitt materielle eksistensgrunnlag, organiserer tid og rom og gir mening til deres sosiale virkelighet» (s. 804). Institusjonelle logikker blir sett på som organisasjonsprinsipper som informerer organisasjonsmedlemmers atferd (Friedland & Alford, 1991).

I en organisasjon vil det eksistere ulike institusjonelle logikker som konkurrerer om definisjonsmakt og som gjør seg mer eller mindre gjeldene i meningsdannelsesprosesser. I analysene av pandemihåndteringen ved OUS er det særlig to ulike beredskapslogikker som

skaper et spenningsmoment i forståelse av prioriteringer, problemer og løsninger og som går igjen i teorier om beredskapshåndtering. I litteraturen skiller en mellom hierarkisk beredskapsplanlegging eller planlagt beredskap og mer nettverksbasert praktisk beredskapsarbeid (Fimreite et al., 2011; Rosenthal et al., 2001). Aron Wildavsky (1988) regnes som en pioner på dette feltet og etablerte begrepet *resilience*, eller robusthet, som en kontrast til mer planlagte og strategiske antagelser. Dette kan ses som to ulike forståelser eller logikker som konkurrerer med å definere situasjonene som oppstår og hvordan krisen skal møtes.

Planlagt beredskap karakteriseres som ett instrumentelt toppleder perspektiv eller ovenfra-og-ned perspektiv og er hierarkisk forankret (Fimreite et al., 2011). «En forventning om kontroll fra et sentralt hold; det gjøres anstrengelser for å forutsi og forhindre potensiell fare før skade er gjort» (Wildavsky, 1988 s.77). Dette er en logikk vi finner igjen i beredskapsplaner med forutsetninger om forutsigbarhet og god informasjonsflyt. Slike planer er gjerne utarbeidet i fredstid eller i normal tilstand forutfor eventuelle kriser. Det forventes da at organisasjonen håndterer kriser innenfor gitte rammer og vektlegger viktigheten av å etablere avklarte roller og å ha en formell kriseledelse når en krise oppstår (Rosenthal, U et al., 2001). Planlagt beredskapslogikk følger en form for optimal rasjonalitet og en idealtilstand å strekke seg etter. Planene baseres på tenkte scenarier og modellerte framskrivninger for å forberede virksomheten på hva som vil kunne komme. Alle alternativer skal ideelt sett være analysert og på forhånd vurdert slik at virksomheten er best mulig forberedt

Den andre logikk kan kalles ad hoc beredskap og karakteriseres mer som et naturlig ansatt perspektiv eller nedenfra-og-opp perspektiv. Dette er beredskap i kriser hvor improvisasjon og evne til å raskt ta de nødvendige beslutningene framheves. «Robusthet er evnen og kapasitet til å takle uforutsette farer etter at de har blitt manifest, og lære å slå tilbake» (Wildavsky, 1988 s.77). For å få til dette må strukturen ses som plastisk og fleksibel. Beslutninger fattes gjerne i nettverk på tvers av etablerte strukturer (Fimreite et al., 2011). Denne logikken forholder seg til kriseplaner mer som forberedelse på det uventede og ikke som forpliktende dokumenter. I denne tenkningen finner vi en form for begrenset rasjonalitet som definerer problemer og løsninger innenfor rammen av det tilgjengelige i situasjonen (Simon, 1947). Det handler i større grad om å etablere en felles kriseforståelse som fundament for beslutninger (Rosenthal, U et al., 2001) og se organiseringen som prosessuell i samsvar med slik Weick fant i sine studier av flykatastrofer (Weick, 1990).

I denne artikkelen vil jeg utforske hvordan disse beredskapslogikkene samspiller og diskutere forutsetningene for å kunne lære av pandemien for kunne etablere et sykehustilbud i en normal driftssituasjon som er forberedt på framtidige kriser.

Metode

Formålet med studien er å gi et rikt bilde av meningsdannelsesprosessene som oppstod i forbindelse med håndteringen av COVID-19 pandemien og OUS er valgt ut som case for dette formålet. OUS er Norges største universitetssykehus med over 24 000 ansatte og markerte seg tidlig i pandemien som et definerende sykehus og viktig for forståelsen av pandemihåndtering i Norge. For å kunne gjøre dette er det valgt en kvalitativ casestudie med bruk av både dybdeintervjuer og dokumentstudier (Yin, 2014). Intervjuene ble utført som semistrukturerte individuelle og fokusgruppeintervjuer (Tjora, 2021). Studien baserer seg på to fokusgruppeintervjuer og 19 dybdeintervjuer i fire klinikker ved Oslo universitetssykehus (OUS) i perioden desember 2020 til november 2021 samt dokumenter fra OUS og andre offentlig tilgjengelige publikasjoner som koronakommisjonene med vedlegg (NOU, 2021, 2022)

Prosjektet ble godkjent og presentert på ledermøtet ved OUS. Kreftklinikken, Akuttklinikken, Medisinsklinikk, Oslo Sykehusservice og sentral HR stab ble valgt ut som de klinikkene som var mest berørt og hvor sentrale ansatte og ledere ble valgt ut som informanter. I tillegg ble det brukt snøballmetoden ved at sentrale nøkkelpersoner ble blinket ut i intervjuene som spesielt relevante informanter (Tjora, 2021).

Alle intervjuene er anonymisert og alle personlige og identifiserbare opplysninger er fjernet fra intervjumaterialet. Informantene har gitt skriftlige samtykker til intervjuene og datahåndtering er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og følger UiOs forskningsetiske retningslinjer. Alle intervjuene ble transkribert og først kodet empiri-nært og deretter re-kodet etter mer teoretiske temaer.

OUS i møte med COVID-19 pandemien

Etter at COVID-19 ble oppdaget varslet WHO om en mulig verdensomspennende pandemi og allerede januar 2020 begynte sykehusene å forberede seg på hva som muligens ville komme. Ved OUS startet arbeidet med å kartlegge smittevernsutstørsbehovet og melde inn intensivkapasitet. Særlig ved akuttklinikken og smittevernsavdelingen ved Oslo sykehusservice og medisinsk klinikk begynte diskusjonene og bekymringen å gjøre seg gjeldende og dette ble løftet opp i ledermøtene. Men det var først 28. februar at alvorligheten ble for alvor gjort gjeldende da sykehuset fikk et større smitteutbrudd på øyeavdelingen ved OUS, og 280 ansatte ble satt i karantene. 3.mars 2020 ble det arrangert et webinar for norske intensivleger med den italienske intensivlegen Grasselli. Webinaret ble omtalt som et sterkt og rystende skrekkeeksempel med fortellinger fra overfylte og kaotiske tilstander ved Nord-italienske intensivavdelinger og et bilde på hva som kunne ventes

(Nakstad, 2021). Dette webinaret ble det ofte referert til i intervjuene. 12. mars stengte Norge ned, skoler og universiteter ble lukket, hjemmekontor ble regelen og grensene ble stengt.

OUS var tidlig ute med behovsgjennomgang av smittevernsutstyr og intensivkapasitet, og etablerte etter hvert beredskapsledelse og gjennomførte aktivitetsreduksjon. Det ble etablert effektiv triage, triagetelt, sluser, soner, testsenter og ved alle driftsenhetene ble det opprettet geografiske driftskoordinatorer med kortere og mer effektive beslutningslinjer. Det ble opprettet og videreutviklet et sentralt personalformidling senter og mulighet for mer fleksibel omdisponering av personell ble etablert. Egne avtaler ble inngått med fagforeningene med avtaler om kompensasjon for utvidet arbeidstid og fleksibilitet. Etter hvert ble det opprettet egne Covid-19 poster/kohorter og nye digitale arenaer for møter og pasientkontakt ble opprettet.

Beredskapsutvalget mot biologiske hendelser (BUB) og CBRNE senteret ved OUS får en sentral rolle og avdelingsoverlege Espen R. Nakstad fra OUS rykker opp til fung.ass.dir. i Helsedirektoratet, da deler av ledergruppen i direktoratet måtte i karantene og isolasjon.

Styring av OUS sin pandemihåndtering foregikk direkte mellom det regionale helseforetaket (HSØ) og beredskapsledelsen. Noen ganger med direkte kanaler mellom Helsedirektoratet og sentrale personer ved OUS. Styret til OUS ble løpende informert, men hadde ellers en passiv rolle. Det ble etablert egne krisestaber med utvalgt kompetanse som bistod kriseledelsen. Tillitsvalgte møtte fast i klinikkledermøtene og det ble etablert et eget fast informasjonspunkt om Covid-19 situasjonen.

I etterkant av første og andre periode av COVID-19 pandemien ble det utført flere evalueringer og internrevisjonsgjennomganger ved OUS. Flere av disse evalueringer gir et bilde av et sykehus som ikke var forberedt og som i liten grad fulgte etablerte krisepaner (Årdal Bjerke et al., 2020; MHB, 2021). Direktøren har i ettertid etterlyst sykehusets læringsevne og fleksibilitet (Bjørnbeth, 2022) men har blitt møtt primært med at det er behovet for intensivkapasitet som er den største utfordringen (Laake, 2022). OUS internevalueringene følger i stor grad en meningsdannelse med en hierarkisk planlagt beredskapslogikk. I analysen av det kvalitative materialet vil jeg kontrastere denne meningsdannelsen med en nedenifra og opp perspektiv som ser organisering og ledelse fra en ad hoc beredskapslogikk.

Analyse

Det er vanskelig å konkludere med om OUS håndterte pandemien godt eller dårlig. Dette er heller ikke formålet med denne analysen. I denne analysen vil jeg se nærmere på de ulike

periodene og hvordan de ulike beredskapslogikkene preget og bidro til å gi mening til organisering og ledelse i de ulike fasene i pandemien.

Gjennom de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene ble det gitt uttrykk for at det eksisterer ett spenningsfelt mellom de ulike beredskapslogikkene, som er oppsummert i tabell 1. I analysen vil jeg redegjøre nærmere for dette i detalj.

Tabell 1

Oversikt over forskjellene mellom Planlagt beredskapslogikk og Ad hoc beredskapslogikk

	Planlagt beredskap	Ad hoc beredskap
<i>Hva?</i>	Epidemiologi, ressursstyring, Faglig optimal rasjonalitet	Akuttberedskap, intensivkapasitet, administrativ begrenset rasjonalitet
<i>Hvem?</i>	Fagledelse, Klinikstruktur	Stedlig ledelse (huskoordinatorer), AKU, Prehospital, COVID kohorter
<i>Hvorfor?</i>	<i>Forutsigbarhet</i> Følge beslutningsstrukturer og sikre informasjonsflyt	<i>Uforutsigbarhet</i> Skape en felles situasjonsforståelse.
<i>Hvordan?</i>	Formelle strukturer, instruksjoner, ROS-analyser, avklarede roller, formell kriseledelse	Alle mann på dekk! nedtrekk, utvidede fullmakter, improvisasjon, prosessledelse

Planlagt beredskapslogikk holdes som nevnt opp som gullstandarden i planverk og revisjoner hvor det ideelle er å på forhånd å kunne forutse mulige hendelser ved hjelp av scenarier og avanserte matematiske modelleringer (Rosenthal, U et al., 2001). Dette innebærer en form for optimal rasjonalitet hvor alle mulige utfall og løsninger er kartlagt. Grovt forenklet kan denne tenkningen tillegges de epidemiologiske fagmiljøene med langsiktige analyser og modeller presentert av Folkehelseinstituttet (FHI).

Ad hoc beredskapslogikk som i analysen holdes opp som en konkurrerende institusjonell logikk har et handlingsimperativ, begrenset av tilgjengelige ressurser, der idealet er å kunne ta raske nødvendige beslutninger og er en logikk som særlig springer ut av akuttmedisinske fagmiljøer. I de mange pressekonferansene og presentasjon av smitteverntiltak kom spenningsforholdet mellom disse logikkene tilsynet og preget debatten, både på det nasjonale plan, men også innad i sykehuset. Hvor stor var risikoen for at sykehusene ikke skulle tåle smittespredningen i samfunnet? Var det tilstrekkelig intensivkapasitet?

FHI foreslo mer moderate tiltak, tilsvarende det vi så i Sverige (Winblad et al., 2022), men Helsedirektoratet og regjeringen – godt hjulpet av beskrivelser fra det akuttmedisinske fagmiljøene vedtok mer restriktive tiltak. Espen Nakstad som kom fra akuttmiljøet ved OUS

problematiserer denne relasjonen til FHI i sin bok om den første fasen av pandemien (Nakstad, 2021).

En sentral forskjell ved disse beredskapslogikkene er betydningen av å skape en felles situasjonsforståelse (Rosenthal, U et al., 2001). Planlagt beredskap er basert på formelle beslutningsstrukturer og instruksjoner og med avklarede roller. Situasjonsforståelsen blir gitt ovenfra gjennom formelle kanaler. Ved ad hoc beredskap gjelder det å kunne agere i den aktuelle krisesituasjonen uavhengig av planer og formelle linjer. Ved at det skapes en felles narrativ og situasjonsforståelse kommer handlingsmønstrene naturlig og nye strukturer tilpasses situasjonen som oppstår. Nakstads bok *Kode rød. Kampen om det vakre* (2021) er i seg selv et eksempel på en slik dramatisk historiefortelling for å etablere en felles situasjonsforståelse.

I den første fasen av pandemien var det flere eksempler på slike dramatiske hendelser som skapte en tydelig felles kriseforståelse og som gjorde at ad hoc beredskapslogikk ble dominerende. Særlig var det at OUS selv opplevde at smitten kom innenfra da en ansatt ved Øyeavdelingen lammet deler av sykehuset. Dette preget den første perioden.

Mobilisering i en krisesituasjon - Alle mann på dekk!

I den første fasen etter smitteutbruddet ved Øyeavdelingen var det stor vilje til å stille opp og de ansatte hadde en klar kriseforståelse. Ansatte ble omdisponert og omskolert til å bemanne covid poster/kohorter

Ansatt: «Da det startet med at vi ble innkalt, var det altså, alle mann på dekk, og alle må bare gjøre så godt de kan. [...] Det var en veldig morsom periode fordi det var så mye som skjedde så utrolig fort og det var så lite motstand. [...] Det var også følelsen av at det var masse uvisshet, en hysterisk krisetilstand. Man visste ikke hvor smittsomt det var - man hadde ikke smittevernsutstyr og det var masse betenkeligheter, men det var en ekstremt handlekraftig periode.»

Den første perioden beskrives som en unntakstilstand hvor det var mye armer og bein men samtidig et stort pågangsmot og aksept for sterkere styring. Til tross for manglende planer og mangelfull informasjon gjorde den felles kriseforståelsen at det ble akseptert at man måtte stille opp. Det ble heller ikke stilt spørsmål ved den omfattende omdisponeringen og de organisatoriske endringene.

Et tema som vi da fulgte opp, var opplevelsen av frivillighet. Det at alle stilte opp og aksepterte en omdisponering og nye arbeidsoppgaver som normalt ville lagd mye bråk og motstand.

Ansatt: «Det følte jo ikke frivillig. Jeg ble jo aldri direkte fortalt at det var frivillig heller. Jeg skjønnte jo at jeg kunne nekte om jeg hadde en god grunn. Men det var liksom, det følte som plikt på mange måter. Både sånn moralsk og det at jeg er ansatt på sykehuset og de kan omdisponere som de vil. Men etter hvert skjønnte jeg jo at det var frivillig i og med at det var flere som hadde sagt nei.»

Både ledere og ansatte forklarte den første perioden av pandemien som en fin periode med stor lagånd og pågangsmot. Sykehuset viser seg fra sin beste side under en krise som også kan spores til den felles situasjonsforståelsen.

Leder: «Alle bare snudde seg og det var en sånn dugnadsånd og den fellesfølelsen fordi vi jobbet sammen mot et felles mål. Et enormt samhold. Alle avtaler ble satt til side. En helt annen måte å styre bemanningen på fordi alle er velvillige og du har ikke alle disse avtalene som skal inngås og planer som skal sies opp og det inngås nye planer - nei. Alle stiller opp. Det samme var det med 22. juli hvor alle er i en krise hvor alle bare møter opp på jobb. Tenk å få til det - å få til dette «fellesskapet» under normale forhold.»

I dette sitatet problematiserer en leder forholdet mellom en normalsituasjon og en krise. Lederen viser til at det samme opplevde sykehuset 22.juli 2011 i forbindelse med terroraksjonen på Utøya og regjeringskvartalet som satte sykehuset i en ekstraordinær beredskapssituasjon. All motstand som ledere opplever i normal driftssituasjon, er borte fordi alle jobber sammen mot et felles mål. Den fleksibiliteten sykehuset viste under pandemien på tvers av avdelinger og klinikker var spesiell og bar preg av at pandemien ble sett på som viktig og høyt prioritert og det å bidra fikk en egen status.

Lederne som håndterte pandemien fikk også en egen status og de ble gjerne omtalt positivt selv om det var forvirrende informasjon og at planene var uklare.

Ansatt: «Det her er jo dritimponerende, her bare skaleres det opp i et uhyre tempo. [Kriseleder] var fantastisk. Veldig direkte og åpen om utfordringene også om smittevern. Og var sånn «dette er ikke optimalt, men trygt nok». [...] Og det offisielle var at det var helt trygt, men det som gikk i gangene var at det ikke var helt trygt. Man fikk se det litt mer uformelle og det var veldig sånn rett frem i den medisinske krisestaben.»

Åpenheten var viktig og at det var en arena for «no-bullshit» at man sa det som det var. Dette ga tillit og legitimitet. Dette kan sees som følger av en ad hoc beredskapslogikk. Den felles situasjonsforståelsen gir en aksept for en begrenset rasjonalitet og at det ageres utfra

de begrensede resursene som er tilgjengelig. Feilaktig informasjon og usikkerhet som i en normalsituasjon ikke ville blitt akseptert blir i en krise gitt en annen mening og forståelse. Men etter hvert som pandemien vedvarer, forvitrer også den felles situasjonsforståelsen. Den store smittebølgen uteble som en konsekvens av den restriktive smittevernslinjen til regjeringen i Norge (NOU, 2022). Men med dette oppstod en økende motvilje og man begynte i større grad å etterspørre en planlagt og forutsigbar beredskapslogikk.

Ansatt: «Det at det ble misnøye blant overlegene var at det var så stille. At man ville tilbake til egne avdelinger for man klødde i fingrene etter å arbeide med de tingene som lå og ventet.»

Liten aktivitet ved postene og frustrasjon ved å ikke ha oppgaver og Covid poster tok ressurser fra annen virksomhet gjorde at flere etterlyste mer forutsigbarhet og rettferdige planer. Pandemien kom i bølger og i pandemiens andre og tredje bølge slet sykehuset mer med rekrutering og opplutning.

Ansatt: «Så viste det seg jo at det var nesten ingen som var innkalt og de som ble innkalt var helt tilfeldig. [...] Det var slett ikke alle mann på dekk. Det var veldig, veldig, veldig få på dekk. Det var helt tilfeldig hvem som ble kalt ut på dekk. Jeg følte liksom at jeg ble lurt på premissene. Jeg stilte opp hvis det virkelig var behov. [...] Men tror ikke jeg er villig til å si ja denne gangen.»

Pandemiens langvarighet slet på personalet og flere omtalte det som bølger og ikke som en vedvarende krise. Meningsdannelsen endret seg. En krise oppstår og håndteres, men dette utviklet seg til en ny normaltilstand og det ga utfordringer for organiseringen som måtte finne nye veier, ny meningsdannelse og lande en ny normal.

Medbestemmelse og involvering

Da pandemien inntraff og ledelsen så at det ville kreve raske og store organisatoriske endringer etablerte de en ny dialogstruktur med økt involvering av de tillitsvalgte på alle nivåene i sykehuset. Tillitsvalgte (TV) har en sentral og formell rolle i sykehusets beslutningsstruktur, men det er tradisjon for å skille mellom ledermøter og dialogmøter. Under pandemien ble tillitsvalgte inkludert i ledermøtene og de opplevde økt medbestemmelse, bedre informasjonsflyt og raskere tilgang til beslutninger og reel påvirkning.

Det har vært mye debatt om tillitsvalgtes rolle ved OUS og særlig hvor stor innflytelse og beslutningsadgang de skal ha. Tradisjonelt er tillitsvalgte ved sykehus vant til å ha stor innflytelse og er godt representert med både ekspertise og representativitet. Sykehus har en

høy organisasjonsgrad. Under pandemien ga det rom for å endre samarbeidsrelasjoner og de tillitsvalgte opplevde dette som meningsfullt.

TV: «Ja ikke si at det har gått kjempebra. Men det har fungert, og det har vært god kommunikasjon underveis og tillitsvalgte har tatt opp problemstillinger der ledelseslinjen kanskje er mer opptatt av å bruke kommandolinjen, så er nok tillitsvalgte kanskje mer av opptatt av å diskutere – Eksempelvis «Hvis du ble smittet av å Covid 19 på jobb» er det en yrkesskade? [...] Også lederlinja, med sin administrasjon, ser at tillitsvalgte er bidragsyttere også. Ikke bare blir sett på som en motpart, men også som en medpart.»

Sitatet viser at nye dialogarenaer ble etablert, de tradisjonelle kommandolinjene ble satt til side og samarbeidsrelasjonene ble bedre ved at tillitsvalgte ble knyttet tettere opp mot beslutninger og ansvarliggjort. Den felles situasjonsforståelsen gjorde det mindre truende for ledelsen å slippe tillitsvalgte nærmere inn i beslutninger. Det var en felles forståelse som ga tillit til at de beslutningene som måtte tas, måtte tas. Forholdet mellom arbeidsgivers styringsrett og ansattes medbestemmelse ble enda tydeligere under pandemien. Men etter hvert som pandemien utviklet seg og kriseforståelsen ble mindre avtok også behovet for samarbeidsarenaene som sitatet under viser.

TV: «Men det blir jo sjeldnere og sjeldnere møter i og med at Covid-smitten synker. [...] Det er ingenting som tyder på at lederlinja kommer til å bære videre denne strukturen på noen måte. Altså den dagen vi har fått vaksinert alle, og det er jo noe av det jeg synes er litt leit. Det er at de ikke ser det positive også. Må si det er egentlig ikke bare positivt det vi har kommet med, men synd at vi ikke blir sett på som positive bidragsyttere. For det hadde styrket partssamarbeidet, og det hadde styrket tryggheten for ledelseslinjen når de fattet vedtak.»

Tillitsvalgte opplever i normal situasjon å være i en gisselsituasjon og ofte ikke ha reell påvirkningskraft, men under pandemien opplevde de en ny og mer reell medbestemmelse og at de fikk en viktig funksjon og re-etablering av rollen som medpart. «Vi har følt at vi har vært bidragsyter og vi har blitt lyttet til og det har vært en sykehusdrøm». Da den felles kriseforståelsen avtok kom sykehuset tilbake til den gamle dialogmodellen og partsrelasjonen, der viktigheten av styringsretten blir fremhevet. Da vektlegges i mindre grad betydningen av en felles situasjonsforståelse.

Plastisk struktur og fleksibilitet

Pandemien ble opplevd forskjellig, både i forhold til hvilke deler av organisasjonen som ble berørt, men også hvilke ledernivåer og posisjon i organisasjonen. Lederne opplevde økte

fullmakter, økte budsjetter, handlekraft og tillit. De så at struktur og planer hadde mindre betydning og at de ansatte var kilden til suksess. Pandemihåndteringen ble sagt at bygget på erfaringer fra Sars pandemien i 2003, Ebola i 2014 og viste at OUS er fullverdig akuttstusykehus med beredskap i ryggmargen.

Ad hoc beredskapslogikk kjennes igjen ved at sykehuset blir beskrevet som plastisk og tilpasningsdyktig og at de raskt tok i bruk nye digitale plattformer som ga nye muligheter for ledelse og møter:

Leder: «Jeg opplever organisasjonen som veldig sånn plastisk, altså i betydningen at den tilpasser seg. Og folk er vant til, og gjør ting, ikke sant, uten at vi nødvendigvis har alt skrevet ned og har planer og sånt. Det føles som en organisme som på en måte reagerer aller mest hensiktsmessig der og da. [...] Ok, man snubler litte granne i begynnelsen, men dette sykehuset, som i alle andre sammenhenger blir fremstilt sånn utrolig satt og lite tilpasningsdyktig, fikk på plass alt det som trengtes.»

Sitatet viser også at dette fleksibiliteten kanskje ikke er like tilsted i normaltstand. Sykehusets evne til å tilpasse seg, skjedde på tross av strukturen og ikke på grunn av. Håndteringen av pandemien synliggjorde i en enda større grad hvor avhengig sykehuset er av realkompetansen, felles situasjonsforståelse og de enkelte ansattes kunnskap, men også ryggmargsreflekser og evne til tilpasning.

Forskjellen mellom disse to beredskapslogikken ble også tydelig i diskusjon om smittevernregler som stadig endret seg både nasjonalt og lokalt. Sykehuset hadde egne smittevernregler som de tilpasset den akutte smittevernsituasjonen og utfra konkret smitte innad på sykehuset. Smittevernregler som kom fra regjeringen, var ment til å forebygge den generelle smitten i befolkningen basert på framskrivninger fra FHI. Derfor opererte OUS ofte med avvikende smittevernregler og på denne måten en mer fleksibel tolkning av det som kom som lovvedtak fra regjeringen.

Stedlige koordinatore og ressursallokering

En vedvarende debatt ved organiseringen av OUS er forholdet mellom de tverrgående klinikkene og de geografiske byggene som utgjorde de fire sykehusene før sammenslåing i 2008; Rikshospitalet, Ullevål, Radiumhospitalet og Aker sykehus. OUS er organisert som 15 klinikker på tvers av disse gamle sykehustomtene, men behovet for stedlig ledelse har preget driften og i forbindelse med COVID-19 pandemien ble stedlige ledere, eller koordinatore som de ble kalt, gjeninnført. Slik matriseorganisering ble innført med støtte fra klinikklederne:

Leder: «Det ble gjort et vedtak i ledermøtet og støtte fra alle klinikklederne. De sa egentlig bare sånn «Yes, dette gjør vi. Du kan bruke alle folkene mine». Og det ble en sånn parallell organisering. Ja, sånn at de ordinære ledergruppene skulle ta seg av det som skjedde neste uke, mens de stedlige driftsorganisasjonene de skulle ta seg av det som skjer om to minutter [...] Og det ble jo veldig korte beslutningslinjer da for denne geografiske lederen, for han bare besluttet og koordinerte.

[...] fredstid, da kan man jo lede litt sånn på avstand, men i full krig så må man være på stedet. Man må gå foran i linjen for å få med seg folk i krigen.»

Den ekstraordinære organiseringen med stedlig leder blir forstått og forklart utfra bilder av krig og krisemetaforer. Stedlig ledere har vært noe som har vært savnet ved sykehusene helt siden de ble slått sammen i 2008 og man etablerte tverrgående klinikker for å få til bedre samarbeid på tvers av de geografiske sykehusbyggene ved Ullevål, Aker, Gaustad og Montebello (Kjekshus, 2015). Krisehåndteringen krevde stedligledere og fremtvang denne løsningen tiltros for at dette gikk mot den etablerte strukturen med tverrgående klinikker. Forståelsen av hensiktsmessigheten av denne strukturen var farget av kriseforståelsen og ble begrunnet med at dette var akutte problemer som måtte håndteres raskt.

Den etablerte tverrgående klinikkstrukturen ble satt til side, men et viktig forhold var også at pandemien ble definert som en ekstraordinær ressursituasjon. De ordinære budsjettdiskusjonene mellom klinikkene opphørte.

Leder: «Vi fikk jo fort et behov for å bestille ekstra respiratorer og nå har vi vel cirka 260 respiratorer. Noen av dem var maskiner som vi fant på loftet og oppgraderte, og andre skaffet vi til veie, og det gjorde vi ganske raskt. Vi fikk bestillingsfullmakt og så bestilte vi jo over hele Europa. [...] Muntlig fikk vi jo signal om at ja, det kommer finansiering. Så ble det vel gitt 6 milliarder til helsevesenet i en pressekonferanse, som vi regnet med at, ja ut fra vår størrelse, så «da kommer det mye penger til oss».

En viktig tilpasning var å ta ned aktiviteten for å forberede sykehusene på økt belastning med COVID-19 pasienter. Planlagte operasjoner ble avlyst og aktivitetsreduksjonen fortsatte gjennom hele pandemien. At sykehuset fikk egentlig ubegrensede rammer gjorde også at det var større frihet med å velge løsninger. Den tradisjonelle økonomistyringen med begrensede fullmakter var ikke gjeldende på samme måte og det var lettere å love ressurser og personell på tvers av enheter. Men dette visste alle at ville avvikles straks sykehuset var tilbake i normal situasjon.

Sykehuset tverrgående klinikkstruktur fremstår som en konservativ struktur som fremtvinger budsjettdisiplin på tvers av de geografiske sykehusområdene, men som under pandemien

ble forstått som uhensiktsmessige og lite aksjonsorientert. Når budsjettet ikke var et tema var det lettere å argumentere for stedlig koordinatører og at de kunne ta beslutninger uten hensyn til hvem som vokter pengesekken. Det betyr ikke nødvendigvis at det ble brukt så mye mer ressurser på sykehusene på COVID pasienter under pandemien, selv om den spesielt opprettede budsjettposten for COVID relaterte utgifter ble kalt for «Gullkortet». Den største utgiften var at aktiviteten ble tatt ned under pandemien og da sank inntektene.

Diskusjon

Smitten kom innenfra - det brant i eget hus

Pandemien første fase hadde stor betydning for OUS sin håndtering og tilpasning. Det store utbruddet på øyeavdelingen skapte en opplevelse av krise. I første omgang var det en periode med kaos og som ble beskrevet som noe planløs. Det ble brått alvor ved sykehuset da de så hvor sårbare de var og at det rammet innenfra. Dette ble særlig beskrevet som utfordrende ved at det brøt med tradisjonelt planverk og beredskap. Smittevern på sykehus er primært rettet mot pasienter og inndeling av rene og urene soner baserer seg på dette. Nå måtte de stenge ned egne avdelinger og rette smittevernet inn mot eget personale. Dette skapte en akutt krisestemning, en felles situasjonsforståelse og etterspørsel etter rask og effektive beslutninger med tilpasning og reaksjon på krisen.

En virksomhet som særlig fulgte opp og var pådrivere for en stedlig koordinatør var Oslo sykehuservice som organiserer all logistikk og støttefunksjoner for alle sykehusbyggene. De var tidlig ute med å opprette egne krisestaber og en stram lederlinje med stedlige ledere for sine funksjoner. Smitteutbruddet på øyeavdelingen viste tydelig behovet for rask reallokering og om-disponering av personell og det festet seg en klar forestilling om behov for stedlig ledelse tiltros for at dette avvek fra den tradisjonelle tverrgående klinikkstrukturen. Bildet av en seilskute i storm og andre krise og krigsmetaforer festet seg og legitimerte en unntakstilstand til tross for at det store pasienttrykket uteble og traff ikke sykehuset før i januar 2022.

Det som var utfordrende, var at krisen vedvarte og tok ikke slutt. Samtidig med at den store smittebølgen uteble. De ansatte og de spesialiserte COVID postene gikk uvirksomme i lange tider. Situasjonsforståelsen var ikke lenger felles, og kriseforståelsen ble mindre tydelig i andre fase av pandemien.

Krisen var i begynnelsen først og fremst at smitten kom innenfra og at man ikke hadde gode rutiner for å håndtere smitte i egne rekker. Sykehuset er gode på å håndtere smitte fra syke

pasienter, men det var en helt ny situasjon å skulle håndtere smitte blant eget personale. Særlig gikk dette utover renholdsavdelingene.

Det var likevel uproblematisk så lenge sykehusene ikke lenger var underlagt de samme strenge budsjettrestriksjonene og i samfunnet ellers var det en klar forståelse at sykehusene skulle beskyttes. Her viste også smitten på øyeavdelingen at de var sårbare samt at bildene fra sykehuskollapsene i Nord-Italia skremte. Likevel var det, med unntak av perioder ved OUS og Ahus, få sykehus som faktisk opplevde et vedvarende trykk av intensivpasienter.

Kanskje med unntak av den store ressursbruken og aktivitetsnedtrekket ble alt i alt OUS sin håndtering av pandemien vurdert som en suksess. Alt av smittevernsutstyr kom etter hvert på plass, nødvendige COVID kohorter ble etablert, annen virksomhet ble redusert, personell ble raskt omdisponert, egne triage-telt, smittevernsoner og teststasjoner opprettet. Sykehusene viste en rask tilpasningsevne og fleksibilitet og etablerte etter hvert effektive medbestemmelses og beslutningsstrukturer og informasjonskanaler.

Evalueringer og egne vurderinger

Det er et avvik mellom hvordan informantene vurderer OUS under pandemien og sykehusets egne evalueringer av egen innsats. Flexibiliteten og improvisasjonen som oppstod under pandemien ble vurdert som problematisk av internrevisjonene.

Oppsummeringene fra OUS internrevisjon konkluderte med at planer ble ikke fulgt, det var ad hoc møter og organisasjonsløsninger som ble valgt gikk imot etablert struktur. Tillitsvalgte ble i for stor grad involvert i beslutninger og på nye arenaer og det var kontinuerlig store endringer i smittevernsforskrifter. Planer og instruksjoner var utdaterte, utilstrekkelige, lite målrettet, ikke egnet og ble ikke fulgt ifølge intern revisjonene.

Intern revisjonen skriver følgende om stedlig koordinatorene:

Det mangler rolle og ansvarsbeskrivelse for «stedlige koordinatorene» og hvordan disse forholder seg til kriseledelsen og linjeledelse ved hver lokasjon. Opprettelsen av «stedlig koordinator» bryter med likhetsprinsippet og kan understøtte en fragmentering av foretaket. Det er også kommet fram i evalueringen at det eksisterer lokale beredskapsplaner som ikke er en del av foretakets beredskapsplaner, som har blitt utarbeidet under stedlige koordinering. (OUS, 2021 s.13).

De stedlige koordinatorene vurderes som lite hensiktsmessig til tross for at organisasjonen ellers har vurdert dette som en suksess. Særlig problematisk blir det sett på at de lokale beredskapsplanene avviker fra de sentrale foretaksplanene. Dette illustrerer spenningsfeltet mellom planlagt beredskapslogikk og ad hoc beredskapslogikk. Dette viser seg også i hvordan internrevisjonen beskriver beredskapsplaner:

Det mangler rutiner for omfordeling av personell mellom klinikkene og innad i klinikken. Det manglet planer for utnyttelse av eksisterende lokaler og for etablering av andre lokaler ved plassmangel i ordinære lokaler. [...] Planen for kohortisolering av pasienter med koppevirus (isolering av stabile pasienter) var ikke egnet for håndtering av pasienter med COVID-19 med behov for medisinsk og intensivkrevenende behandling. (OUS, 2021 s.13).

Betydningen av planer følger en form for planlagt beredskapslogikk der viktigheten av planer framheves uten vurdering av effekt og kan illustreres videre med konklusjonen:

Til tross for mangelfullt planverk, har realkompetanse i organisasjonen sikret nødvendig omstilling og samarbeid i håndtering av COVID-19. Etter hvert som pandemien utviklet seg, ble beredskapsplanene fortløpende etablert og tilpasset pandemiens utvikling. (OUS, 2021 s.31).

Internrevisjonen erkjenner at det likevel hadde fungert og at dette skyldes «realkompetansen». Men betydningen av realkompetanse eller hva som ligger i dette begrepet eller hvordan dette er knyttet opp mot fleksibilitet og improvisasjon blir ikke diskutert, betydningen av meningsdannelse blir oversett.

Mot en ny normal og robust sykehusstruktur?

Når OUS skal gjøre opp status, evaluerer de sykehuset opp mot en normalsituasjon og utfra en planlagt beredskapslogikk. I et slikt bilde blir det mindre forståelig at sykehusene fungerte under pandemien og idealet forblir sykehuset ordinære struktur. Sykehusets fleksibilitet og improvisasjon blir mindre verdsatt.

Det er utfordrende å etablere nye strukturer og ta med seg innsikt fra pandemien inn i en ny normal preget av differensiert situasjonsforståelse. Men mye innsikt vil gå tapt om konklusjonen blir at en må tilbake til den gamle strukturen og at alt som ble etablert under pandemien bare var en unntakstilstand.

Pandemien viste at sykehusets grunnleggende tverrgående klinikkstruktur ikke er relatert til de faktiske aktivitetene som i stor grad er lokalt forankret. Pandemien viste at sykehuset forholder seg til de formelle strukturene som plastiske og at det er de egentlige arbeidsprosessene som definerer koordineringsbehov og ressurstilgang. På denne måten er den ordinære strukturen mer å regne som «baser» som de ansatte rykker ut fra når de skal inn i sine arbeidsprosesser. Dette gjør at strukturen rundt arbeidet blir ekstremt fleksibelt og ad hoc basert. Ansatte sitter i hver sin «enhet» og rykker ut når det trengs. Dette har også blitt beskrevet av Mintzberg som karakteristisk for profesjonsbyråkratiet (Mintzberg, 1983; Glouberman & Mintzberg, 2001).

Strukturen er da ikke knyttet til arbeidsoppgaver eller prosesser, men en måte å «sortere» ansatte på. Det oppstår parallelle strukturer – en klinikkstruktur til hverdags og en prosessstruktur i kriser. Dette undergraver organisasjonsstrukturens formative betydning og kan virke dysfunksjonelt, men i kriser viser det hvor effektivt og fleksibelt dette er, ved at alle orienterer seg om oppgavene som skal gjøres og ikke hvor de ansatte kommer fra. Den akutte situasjonsforståelsen blir bestemmende for hvem som trengs og hvilken kompetanse som er nødvendig. Organiseringen er plastisk og adaptiv. Kommandostrukturen endrer seg i takt med hvilke oppgaver som skal utføres (Kjekshus & Nordby, 2003). På denne måten gir det stort rom for at situasjonsforståelsen eller meningsdannelsen kan prege hvordan arbeidet blir organisert.

Avsluttende kommentar - Robuste sykehus er det bare et spørsmål om ressurser?

Gjennom denne studien vises sykehusene som plastiske, fleksible og løst koblede organisasjoner som er spesielt egnet i kriser, men som er utfordrende i normal drift. For å kunne lære av krisehåndtering og utvikle robuste sykehus for framtiden kreves en større bevissthet om forholdet mellom de ulike beredskapslogikkene og hva som er hensiktsmessig å videreføre i en normal driftssituasjon.

Wildavsky (1988) argumenterte for at fremtidige kriser håndteres best ved en balanse av robusthet og planer (antagelser) avhengig av kunnskap om effektiv håndtering og grad av ukjent risiko. Men robusthet handler også om å lære av kritiske hendelser. Å kunne komme styrket ut av det og med enda større kapasitet til å forhindre framtidige feil i håndtering av kriser (Weick & Sutcliffe, 2001). En viktig lærdom fra pandemien er hva den felles situasjonsforståelsen hadde å si for organiseringen av arbeidet.

I en kronikk skrevet av direktøren ved OUS blir det etterlyst mer fleksibilitet ved sykehuset for å være bedre rustet ved framtidige pandemier (Bjørnbeth, 2022). Det er imidlertid uenighet i hva som er læringseffekten av pandemien i de akuttmedisinske miljøene (Laake, 2022; Sæther, 2022). Det er en enighet om at krisehåndteringen ville vært bedre om intensivkapasiteten hadde vært bedre. Dette løftes også fram av den siste koronakommisjonen som en viktig faktor. Intensivkapasiteten har vært varslet for lav de siste 20 årene og det har ikke latt seg gjøre å bygge opp kompetanse og det som ble ansett som tilstrekkelige senger. Til dels skyldes dette uenighet om hva som defineres som en intensivseng, men også kritisk og vedvarende mangel på intensivsykepleiere (NOU, 2022).

Ved OUS ble det gjennomført en rekke internrevisjoner (Årdal Bjerke et al., 2020; OUS, 2021) og konferanser (OUS, 2022) med formål med å lære men som i liten grad fanget opp

organisasjonens robusthet slik Wildovsky (1988) og Weick og Sutcliffe (2001) ville definert det med samspillet mellom plan og improvisasjon. Et viktig poeng som utelates er betydningen av fellesforståelsen og meningsdannelsen i de ulike fasene av krisen.

Vår analyse viste hvordan meningsdannelsen endret seg underveis i pandemien og oppslutningen om fleksible ad hoc løsninger ble mindre. I begynnelsen var det en klar kriseforståelse og «alle mann på dekk» men etter hvert ble pandemien omtalt som bølger og mer forutsigbarhet ble etterlyst.

I materialet er det vanskelig å se hvordan driften balanserer mellom plan og fleksibilitet. I normalsituasjon søker ledere, tillitsvalgte og ansatte tilbake til de ordinære styringssystemene og en struktur som i mindre grad følger driftsorganiseringen. Dette til tross for en forståelse av at sykehusets «egentlige» struktur kom mer til syne under krisen og med kriseforståelsen. Både ledere, tillitsvalgte og ansatte omtaler ad hoc beredskapslogikken som mer effektiv, men også som utmattende i det lange løp.

I mars 2022 er sykehusene ikke lenger i beredskap, men fortsatt underlagt strengere smittevernsforskrifter enn resten av samfunnet, grunnet frykt for smitte blant egne ansatte og faren for høyt sykefravær.

Det er usikkert hvor mye læring som skjer i praksis og beredskapsmiljøet på sykehuset fremstår som usikre på hvordan det vil klare å håndtere en fremtidig pandemi eller krise igjen. Som svar blir det primært løftet fram behovet for å utvide intensivkapasiteten og som dette caset viser var håndteringen i stor grad avhengig av at det ikke ble gitt ressursmessige begrensninger. De ansatte viste en enestående innsats og evne til å stille opp samt at sykehuset var raske med å få på plass avtaler med fagforeningene som ga muligheter for å kompensere ekstraordinær innsats.

Det er mindre sannsynlig at denne fleksibiliteten vil la seg gjøre i normal drift da meningskapningen var avhengig av at det ble etablert en tydelig kriseforståelse. Det er også usikkert om fleksibiliteten lar seg gjøre i kriser som går over lengre perioder slik vi har sett det i dette caset da ressurstillgang ble avgjørende.

Referanser

Bjørnbeth, B. A. (2022.02.09). Innlegg fra OUS-sjefen: Mer fleksibilitet hos oss kunne gitt et åpnere samfunn under deler av pandemien. *Dagens Næringsliv*.
https://www.dn.no/innlegg/helse/koronoa/sykehus/innlegg-fra-ous-sjefen-mer-fleksibilitet-hos-oss-kunne-gitt-et-apnere-samfunn-under-deler-av-pandemien/2-1-1162977?fbclid=IwAR2PCq-J9hJk18dpN3RV9vX1HzevxnPR3LQYnbhLU5vBs_qQ4FT8jtbfZU

- Fimreite, A. L., Lango, P., Rykkja, L. H., & Lægreid, P. (red.) (2011). *Organisering, samfunnssikkerhet og krisehåndtering*. Universitetsforlaget.
- Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing society back in: Symbols, practises, and institutional contradictions. In W. W. Powell & P. J. DiMaggio (Eds.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. University of Chicago Press.
- Glouberman S, Mintzberg H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease-- Part II: Integration. *Health Care Manage Rev.* 26(1):70-84; discussion 87-9. doi: 10.1097/00004010-200101000-00007. PMID: 11233356.
- Hernes, T. (2007). *Understanding Organization as Process*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203934524>
- Huber, C., Gerhardt, N., & Reilley, J. T. (2021). Organizing care during the COVID-19 pandemic: The role of accounting in German hospitals. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 34(6), 1445-1456. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-08-2020-4882>
- Kjekshus, L. E. (2015). Gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus. Oslo universitetssykehus.
- Kjekshus, L. E., & Nordby, H. (2003). Argumenter for en holistisk tilnærming i studier av sykehusorganisering. I O. Berg, A. J. Sjøgaard, H.-S. Selikowitz, & O. G. Aasland (red.), *Medisin og samfunn* (pp. 310-337). Unipub forlag.
- Laake, J. H. (2022.02.11). Innlegg: Mer fleksibilitet – helt uten konsekvenser? *Dagens Næringsliv*.
- MHB (2021). COVID-19 Underveisevaluering av beredskapsledelse. Oslo universitetssykehus (OUS), Stab Medisin, Helsefag og Beredskap.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice-Hall.
- Nakstad, E. R. (2021). *Kode rød: Kampen for det vakre*. Gyldendal.
- NOU 2021:6. Myndighetenes håndtering av koronapandemien. Rapport fra Koronakommisjonen. Statsministerens kontor.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>
- NOU 2022:5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien - del 2 – Rapport fra Koronakommisjonen. Statsministerens kontor.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>
- OUS (2021). COVID-19. Underveisevaluering av beredskapshendelse. Stab Medisin, helsefag og beredskap, 13 januar 2021. (p. 32). Oslo universitetssykehus.

- OUS (2022). OUS debatt: Sykehuset & pandemien. Litteraturhuset 25. April 2022.
<https://litteraturhuset.no/arrangement/sykehuset-pandemien/>
- Rosenthal, U., Boin, A., & Comfort, L. (Eds.). (2001). *Managing Crises: Threats, Dilemmas, Opportunities*. Thomas, Charles C. Publisher.
- Sæther, J. M. (2022). Sjefen for Norges største sykehus retter et kritisk søkelys mot seg selv. Dagsavisen. <https://www.dagsavisen.no/author/jens-marius-sether/>
- Simon, H. A. (1947). *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*. The Macmillan Company.
- Thornton, P., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The Institutional Logics Perspective: A New Approach to Culture, Structure, and Process*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199601936.001.0001>
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Waring, J., Denis, J.-L., Pedersen, A. R., & Tenbenschel, T. (Eds.). (2021). *Organising Care in a Time of Covid-19: Implications for Leadership, Governance and Policy*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-82696-3>
- Weick, K. E. (1990). The vulnerable system: An analysis of the Tenerife air disaster. *Journal of Management*, 16(3), 571-593. <https://doi.org/10.1177/014920639001600304>
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. Jossey-Bass Publishers.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421.
<https://doi.org/10.1287/orsc.1050.0133>
- Wildavsky, A. B. (1988). *Searching for Safety*. Transaction Books.
- Winblad, U., Swenning, A.-K., & Spangler, D. (2022). Soft law and individual responsibility: A review of the Swedish policy response to COVID-19. *Health Economics, Policy and Law*, 17(1), 48-61. <https://doi.org/10.1017/S1744133121000256>
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods* (5th ed.). Sage.
- Årdal Bjerke, K., Hagen, E. D., & Presthus, A. T. (2020). *Rapport etter internrevisjon. Evaluering av kriseledelse ved covid-19 beredskapshendelse februar-juni 2020*. OUS.



© Forfatter(ne). Dette er en Open Access-artikkel utgitt i henhold til vilkårene i CC-BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) Lisensen tillater tredjeparter å kopiere og viderefremidle materialet i alle medier og formater, remikse, transformere og bygge på materialet til ethvert formål, også for kommersielle, forutsatt at originalverket er korrekt sitert, at det er angitt om det er gjort noen endringer og at denne lisensen er angitt og lenket til.