

**Vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbete och
uppföljningen av patienter i hemisolering under covid-19-
pandemin: En kvalitativ intervjustudie**

Magisteravhandling

VÅRDVETENSKAP

Författare: Pernilla Eriksén

Handledare: Melanie Rydgren

Åbo Akademi

Fakulteten för pedagogik och

välfärdsstudier

Hälsovetenskaper

Enheten för vårdvetenskap, 2023

ABSTRAKT

ÅBO AKADEMI

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier
Enheten för vårdvetenskap

Författare:
Handledare:

Pernilla Eriksén
Universitetslärare Melanie Rydgren

Magisteravhandling
VÅRDVETENSKAP

Vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbete
och uppföljningen av patienter i hemisolering under
covid- 19-pandemin: En kvalitativ intervjustudie

Sökord:

Covid-19, isolering, hemisolering, smittskydd,
vårdpersonal, ledarskap, telemedicin

Maj 2023

Sidantal: 53 Bilagor:2

Syftet med studien är att beskriva upplevelser bland vårdpersonal som arbetat med smittskydd och uppföljningen av patienter i hemisolering under covid-19-pandemins första år. Studiens frågeställning är: Vilka upplevelser av smittskyddsarbete och uppföljningen av patienter i hemisolering har vårdpersonal under covid-19-pandemin? De teoretiska utgångspunkterna i studien är det transformativa och det salutogena ledarskapet. Studien är kvalitativ med ett induktivt perspektiv. Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer och som analysmetod kvalitativ innehållsanalys. Intervjumaterialet bestod av tio intervjuer med vårdpersonal inom smittskyddet på båda sidorna om Kvarken, i Österbotten i Finland och Västerbotten i Sverige. Resultatet visade att arbetsbilden utgjort en balansgång mellan tillämpandet av bästa möjliga kunskaps- och erfarenhetsbaserade praxis och de realistiska möjligheterna att sköta alla de uppdrag som tillfördes smittskyddet under pandemin. Det snabba informationsflödet med ständigt uppdaterade föreskrifter, bristen på personal och ändamålsenliga digitala arbetsverktyg, samt den allmänna oron över situationen utgjorde belastningsfaktorer i arbetet. Trots att arbetet upplevdes som belastande beskrevs det även som intressant och meningsfullt och det framgick att vårdpersonalen jobbade med stort engagemang för att svara på de hemisolerade patienternas individuella behov, såväl de fysiska som de psykiska. Känslan av meningsfullhet skapades av positiva upplevelser som samarbete, kollegialitet, att få vara med och bygga upp något nytt, samt av att få uppleva tacksamhet och känslan av att vara till hjälp. Då studiens resultat avspeglas på den teoretiska referensramen hittas fler kopplingar som stöder tanken att det transformativa och salutogena ledarskapet utgör en god grund för ledarskap som stöder vårdpersonalens stresstålighet och förmåga att anpassa sig till de förändringar i arbetet som covid-19-pandemin utgjorde.

ABSTRACT

ÅBO AKADEMI UNIVERSITY

Faculty of Education and Welfare Studies
Department of Caring Science

Author:

Pernilla Eriksén

Supervisor:

University Teacher Melanie Rydgren

Master's thesis

CARING SCIENCE

Healthcare professionals' experiences of infection control work and the follow-up of patients in home isolation during the Covid-19 pandemic: A qualitative interview study

Keywords:

Covid-19, isolation, home isolation, infection control, healthcare staff, leadership, telemedicine

May 2023

Number of pages:53

Appendices:2

The purpose of the study is to describe experiences among healthcare professionals who worked with infection control and the follow-up of patients in home isolation during the first year of the Covid-19-pandemic. The study question is: What experiences of infection control work and the follow-up of patients in home isolation do healthcare professionals have during the Covid-19 pandemic? The theoretical framework in the study consists of two leadership-theories: the transformational and salutogenic leadership. The study is qualitative with an inductive perspective. As data collection method semi-structured interviews were used and the data was analyzed with methods for qualitative content analysis. The interview material consisted of ten interviews with care professionals in Finland and Sweden in the Kvarken region, on both sides of the Gulf of Bothnia. The results showed that the work constituted a balancing act between the best possible knowledge- and experience-based practice and the realistic possibilities of managing all the assignments that were added to infection control during the pandemic. The rapid flow of information with constantly updated regulations, the lack of staff and appropriate digital work tools, as well as the general concern about the situation were considerable stress factors in work. Although the work was perceived as stressful, it was also described as interesting and meaningful, and it was clear that the healthcare staff worked with great commitment to respond to the individual needs of the home-isolated patients, both physical and mental. The sense of meaningfulness was created by positive experiences such as cooperation, collegiality, being part of building something new, and experiencing gratitude and the feeling of being helpful. As the study's results are reflected in the theoretical framework, several connections are found that support the idea that Transformative and Salutogenic leadership provides a good foundation for leadership that supports the stress resilience and ability of healthcare professionals to adapt to the changes in work that the Covid-19-pandemic constituted.

Innehållsförteckning

Abstrakt

1 Inledning.....	1
2 Tidigare forskning	4
2.1 Strukturella och ekonomiska faktorer förknippade med hemisolering.....	5
2.2 Psykiska och sociala faktorer förknippade med hemisolering.....	9
3 Teoretiska utgångspunkter	12
3.1 Transformativt ledarskap	12
3.2 Salutogent ledarskap	14
3.3 Isolering, hemisolering och karantän	16
4 Syfte och frågeställning.....	19
5 Beskrivning av forskningsprocessen	20
5.1 Design och kontext	20
5.2 Urval och deltagare	21
5.3 Datainsamling och material	21
5.4 Analys av data.....	22
6 Etiska ställningstaganden	24
7 Resultat.....	26
7.1 Upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer	27
7.1.1 Självförvaltning, kompetens och ansvarsfrågor inom smittskyddsarbetet	27
7.1.2 Kontinuerlig anpassning av arbetet i förhållande till kunskap, efterfrågan och resurser	29
7.1.3 Känslan av fungerande förmanskap och att vara uppskattade i organisationen	30
7.1.4 Utmanande arbetssätt och otillräckliga arbetsmetoder inom smittskyddet.....	31
7.2 Upplevelser förknippade med psykologiska och sociala faktorer	33
7.2.1 Att finnas till för patienten och att se de individuella behoven	33
7.2.2 Ovisshet, rädsla och oro är ständigt närvarande i arbetet	35
7.2.3 Känslan av meningsfullhet, samarbete och kollegialitet som bärande krafter.....	36
8 Diskussion	39
8.1 Upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer.....	40
8.2 Upplevelser förknippade med psykiska och sociala faktorer	45
9 Metodologiska överväganden	49

9.1 Studiens validitet.....	49
9.2 Studiens reliabilitet	50
9.3 Studiens överförbarhet	51
10 Slutsats	52
Källförteckning	

Förteckning över tabeller

Tabell 1: Det transformativa ledarskapets fyra dimensioner.....	13
Tabell 2: KASAM i arbetslivet.....	15
Tabell 3: Resultatets kategorier och underkategorier.....	26

Förteckning över bilagor

Bilaga 1: Intervjuguide för sjukskötare: Intervjuguide för intervju med hälsovårdspersonal som följt upp klienter i hemisolering	
Bilaga 2: Intervjuguide för läkare: Intervjuguide för intervju med smittskyddsansvarig hälsovårdspersonal inom primärvården	

1 Inledning

Den 11 mars 2020 utlystes covid-19 pandemin av World Health Organization som en följd av det nya coronavirus, SARS-CoV-2, som börjat snabbt sprida sig från Wuhan i Kina. Då pandemin utlystes hade 125 000 bekräftade fall av covid-19 rapporterats i totalt 118 länder, och på två veckor hade coronafallen ökat trettonfalt utanför Kina. Alla länder i världen uppmanades, med egna resurser, att arbeta för att hindra smittspridning och för att bevara liv (World Health Organization [WHO], 2020, 2023a). Situationen var alarmerande eftersom det nya coronaviruset orsakade en luftvägsinfektion som kunde vara mycket allvarlig eller fatal, speciellt för äldre personer samt för personer med grundsjukdomar och nedsatt immunförsvar. Infektionssjukdomen orsakad av SARS-CoV-2-viruset fick det officiella namnet *Covid-19*. (Anttila, 2023). Eftersom det tidigt visade sig att coronaviruset sprids människor emellan via närkontakt, blev *isolering* ett centralt arbetsverktyg för att hindra smittspridningen, för att trygga sjukvårdens kapacitet att vårda insjuknade personer, och för att skydda liv. Man isolerades människor på geografiska områden där smittan härjade, samtidigt som man gav rekommendationer om att folk skulle undvika närkontakter. De statliga reaktionerna på covid-19-pandemin var olika. Finland valde en pandemistrategi där man kraftigt försökte förhindra smittspridning och bevara liv genom att testa, spåra och isolera (Häyry, 2021). Den 16 mars 2020 gav Statsrådet en allmän rekommendation om att undvika närkontakter, och personer över 70 år råddes att hålla sig i karantänliknande förhållanden. Platser och evenemang där folk samlades stängdes eller begränsades kraftigt och man förbjöd anhörigas besök på vårdanstalter. Vidare utfärdades, med stöd av Beredskapslagen §118 (1552/2011), en begränsning av rörelsefriheten mellan landskapet Nyland och övriga Finland under tidsperioden 28.3-15.4.2020. (Statsrådet, 2020). På basis av Lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) isolerades personer som uppvisade symptom på covid-19, och de som exponerats försattes i karantän. I Sverige försattes människor också i isolering och karantän, men i det stora hela var pandemistrategin annorlunda än i Finland. I Sverige begränsade man inte folks rörelsefrihet lika kraftigt utan lät viruset sprida sig mera fritt för att uppnå flockimmunitet (Häyry, 2012).

För bekämpningen av smittsamma sjukdomar spelar kommunerna (numera välfärdsområdena) en central roll. Enligt Lagen om smittsamma sjukdomar §9 är det kommunernas uppgift att bekämpa spridningen av smittsamma sjukdomar som en del av folkhälsoarbetet. I kommunen bör det finnas en läkare som ansvarar för smittsamma sjukdomar. Smittskyddsarbetet innefattar ansvaret för utredningen av en misstänkt eller konstaterad smitta och att vidta de åtgärder som är behövliga för att hindra smittspridning. De närmare bestämmelserna om kommunens tjänster inom förebyggande smittskyddsarbete utfärdas av statsrådet. (Lag om smittsamma sjukdomar, 1227/2106). I praktiken innebär smittskyddsarbetet vid pandemier ett systematiskt och effektivt arbete med att kontakta smittade och exponerade personer, att besluta om isolering och karantän, samt att ge hälsorådgivning och att ordna med vaccinationer om sådana är tillgängliga. Under pandemier kräver smittskyddsarbetet omfattande personalresurser inom den kommunala vården, detta utgjorde en stor utmaning eftersom ett nationellt underskott av vårdpersonal var ett faktum redan före covid-19-pandemin bröt ut. Då det inte fanns personal att rekrytera kunde personalbristen på fler håll bli så stor att bland annat det lagstadgade smittskyddsarbetet sköttes vid sidan om de egentliga arbetsuppgifterna, på kvällar och veckoslut. Dessutom var man tvungen att dra ner på fler mindre brådskande tjänster inom hälso- och sjukvården. (Kestilä et al., 2021)

Oberoende av vald pandemistrategi utgjorde den snabba smittspridningen, det ökade antalet sjukdomsfall och isoleringar, rapporter från många länder om stor dödlighet av covid-19 viruset, samt bristen på skyddsutrustning en stor utmaning för smittskyddsarbetet både vad gäller fysiska och psykiska resurser. Trots att vi i Finland och Norden har en hög nivå av både sjukvård och teknologi fick även vi inse att det fanns mycket vi inte kunnat förbereda oss för. Coronavirusets snabba spridning och dödlighet kan i mars 2023 belysas med statistik tre år efter pandemins utbrott då det enligt WHO:s register globalt sett fanns omkring 800 miljoner konstaterade fall av covid-19 och närmare sju miljoner dödsfall. De verkliga siffrorna är sannolikt betydligt högre. (World Health Organization, 2020, 2023b)

Den här kvalitativa studiens syfte är att beskriva vårdpersonalens upplevelser av att arbeta inom smittskyddet och med uppföljningen av patienter i hemisolering. Idén och inspirationen till studien har vuxit fram ur det material som samlades in för EU-projektet ”PANDA” (Innovations for Pandemia Isolation) som genomfördes under år 2021. PANDA-projektet var finansierat av Botnia-Atlantica, Region Västerbotten samt av Åbo Akademi och Umeå universitet. Projektets huvudsakliga mål var att göra en första kartläggning av och utredning om hur kommunernas ansvar för smittskyddsuppföljning och stödet till klienter i hemisolering kan effektivieras.

Projektets fokus låg på användningen av digitalt verktyg, och att utreda behovet av ett fortsatt projektarbete för utvecklingen av ändamålsenliga digitala lösningar. Datainsamlingen för PANDA-projektet genomfördes med semistrukturerade intervjuer av såväl klienter som vårdpersonal inom det kommunala smittskyddsarbetet i Sverige och Finland. (Interreg Botnia-Atlantica, 2021; Nyholm, 2021b). Transkriberingarna utgör ett värdefullt material över informanternas subjektiva upplevelser. I den här studien utnyttjas materialet från intervjuerna med vårdpersonalen, vilket gör det möjligt att få ta del av åsikter, attityder och erfarenheterna bland de som arbetade med smittskydd och uppföljningen av patienterna som isolerats i sina hem under covid-19-pandemin. Intresset ligger i att få ta del av vårdpersonalens upplevelser gällande förändringarna i smittskyddsarbetet i början av covid-19-pandemin, samt i hur dessa förändringar har upplevts påverkat de fysiska, psykiska samt sociala förutsättningarna för skötseln av arbetsuppgifterna. Att skapa en förståelse för hur vårdpersonalen upplevt att arbeta med smittskydd under covid-19-pandemin är viktigt bland annat för utvecklandet av vårdledarskapet under kommande pandemier och andra krissituationer som påverkar vården på ett liknande sätt. Målet med studien är att bidra till utvecklingen av verkningsfullare arbetsmetoder, både vad gäller stödet till vårdpersonal inom smittskyddet och de som isolerats i sina hem, samt att reflektera över ledarskapets roll inom smittskyddsarbete i framtida pandemier.

2 Tidigare forskning

För att kartlägga relevant forskning beträffande upplevelser av smittskyddsarbete och uppföljningen av personer i hemisolering under covid-19-pandemin har sökningar gjorts på databaserna CINAHL, EBSCO, Medline, Pubmed samt Google Scholar. Sökord som använts i olika kombinationer är covid-19, hemisolering, isolering, *kotieristsys*, *eristys*, *home isolation*, *isolation* – smittskydd, smittskyddsarbete, *tartuntatautityö*, *infection control* - vårdpersonal, *hoitohenkilöstö*, *healthcare staff* - ledarskap, *johtajuus*, *leadership* och telemedicin, *telelääketiede*, *telemedicine*. Avgränsningarna i sökningarna var att artiklarna bör vara vetenskapliga och granskade samt publicerade som full text. Forskningslitteratur gällande uppföljningen av patienter isolerade på sjukhus, anstalter och olika boenden för äldre uteslöts eftersom intresset i denna studie ligger specifikt på förhållanden och upplevelser förknippade med hemisolering. Forskningslitteratur som beskrev upplevelser, omständigheter, arbetsmetoder eller utmaningar förknippade med hemisolering under covid-19-pandemin inkluderades. Eftersom sökningen genererade ett begränsat antal vetenskapliga artiklar inkluderades även övrig litteratur som var relevant för ämnet. Sökningen genererade totalt 14 vetenskapliga artiklar och tre rapporter som användes för att skapa en översikt och syntes av tidigare forskning runt det valda temat.

Sökningen av tidigare forskning klargjorde att det fortfarande finns knapp hänt med vetenskapliga studier som gjorts specifikt gällande vårdpersonalens upplevelser av att arbeta inom smittskyddet och med stödet till patienter i hemisolering under covid-19-pandemin. Avsaknaden av tidigare forskning inom området har utgjort en utmaning och förklarar varför skribenten valt att inkludera artiklar och material som behandlar temat även ur annat än vårdpersonalens perspektiv. Befintlig forskning tar i huvudsak fram hemisolering ur ett patientperspektiv eller mer allmänt, vilket avspeglas i syntesen av tidigare forskning i denna studie. Att i studien inkludera tidigare forskning beträffande hemisolering ur även patientperspektivet och ett mera allmänt perspektiv kan motiveras med att dessa kan anses ha en direkt inverkan på vårdpersonalens upplevelser och arbetssätt. Sökningen av tidigare

forskning genererade även sökträffar som tydliggjorde att en del länder, såsom Kina och Turkiet, inte sett hemisolering som ett självklart alternativ utan att man i huvudsak isolerat de som smittats av covid-19 på sjukhus eller anstalter. I dessa länder har man först under pandemins gång, då sjukhusen överbelastats, börjat undersöka förutsättningarna för lyckad hemisolering (Avaz et al., 2020; Li et al., 2020). Att officiell hemisolering inte tillämpas på fler håll i världen kan logiskt sett också påverka mängden forskning angående vårdpersonalens upplevelser runt fenomenet. Befintlig forskning tyder på att stödet under isolering ofta upplevts som bristfälligt och att det inte tillräckligt bra tagits hänsyn till den isolerade personens individuella behov och levnadsförhållanden. Att en människa isoleras socialt är alltid en stor risk för hennes mentala hälsa. Forskning påtalar vikten av att stödja och främja den isolerades psykiska hälsa, både med insatser från hälsovården och samhället, men även via egenvård och så kallad självhjälp. Dagens möjlighet till tekniska och digitala verktyg bör ses som en stor resurs, och att utnyttjandet av dessa i samband med isolering är ett viktigt forskningsområde. Ur vårdens synvinkel har den stora bristen på vårdpersonal redan före covid-19-pandemin utgjort en tilläggsutmaning (Kestilä et al., 2021). (Balki et al., 2022; Cevik et al., 2021; Matias et al., 2020; Priambodo & Kadarina, 2020; Steinman et al., 2020; Stängle et al., 2022). Sammanfattningsvis kan man säga att det ännu finns fler kunskapsluckor att fylla beträffande smittskyddsarbete och uppföljningen av hemisolerade patienter, speciellt då det gäller vårdpersonalens upplevelser av arbetet. Denna studie bidrar till ökad förståelsen för fenomenet och kan ge tankar om vad som är centralt inom ledarskapet under kommande pandemier och andra liknande krissituationer.

För att underlätta läsarens navigering bland tidigare studier inom området har skribenten valt att samla dem under huvudkategorierna *strukturella och ekonomiska faktorer förknippade med hemisolering* och *psykiska och sociala faktorer förknippade med hemisolering*.

2.1 Strukturella och ekonomiska faktorer förknippade med hemisolering

I detta stycke beskrivs strukturella och ekonomiska faktorer som i forskning lyfts fram förknippade med smittskyddsarbete, hemisolering och karantän under covid-19-pandemin.

Enligt Cevik et al. (2021) behövs mer stöd för en lyckad isolering och karantäntid, och man har identifierat behovet att utveckla och integrera nya arbetssätt och verktyg för att stödja framför allt de folkgrupper som är mest utsatta. Studien lyfter fram utmaningar under isolering

förknippade med praktiska uppgifter för den dagliga överlevnaden och kontrollen över vardagen såsom ombesörjandet av inkomster, kosthållning och familjens skötsel samt utmaningar förknippade med trångboddhet. Det är här de socioekonomiska skillnaderna och ojämlika förutsättningarna för hälsa blir synliga. Ökade risker för infektioner, smittspridning, sjukhusvård och död har identifierats bland socioekonomiskt utsatta grupper. Personer med låga inkomster har svårare att förbinda sig till isolering, och den vanligaste orsaken till bruten isolering har visat sig vara risken för uteblivna inkomster. Trångboddheten och de stora hushållen är förknippade med fler praktiska problem vid isolering såsom fysisk utrymmesbrist, minskad möjlighet till distansarbete, samt överföring av smitta till äldre speciellt utsatta personer inom familjen. Personer som lever trångt tillsammans med fler personer är statistiskt sett ofta sysselsatta inom lågavlönade branscher såsom inom vården eller andra serviceyrken där närkontakter är svåra att undvika med högre risk för smitta som följd. Beprövade och effektiva stödformer som Cevic et al. (2021) lyfter fram förknippade med isolering, och via det förebyggandet av smittspridning, är tryggandet av familjens ekonomi, praktisk hjälp med vardagliga sysslor, hemtransport av mat och behövligt material, klinisk hjälp till de som är sjuka, ”pop-up”-teststationer, samt att kostnadsfritt erbjuda en plats för isolering utanför det egna hemmet. Steinman et al. (2020) för fram att det speciellt gällande äldre människor är viktigt att kontrollera grundförutsättningarna för att klara sig under isoleringen; allt från att en eventuell hörapparat fungerar till större funktionella och sociala utmaningar som kan utgöra ett problem för en lyckad isolering. Studien belyser att äldre behöver få hjälp med ibruktageandet av digitala hjälpmedel, vilken kan betyda att anhöriga, vänner eller vårdpersonalen behöver aktiveras i ärendet. Studien påtalar också vikten vid att vårdpersonalen i uppföljningen av äldre bör vara uppmärksam gällande andra sjukdomar än covid-19 som kan aktiveras under hemisoleringen, såsom hjärtrelaterade problem, samt på att åldringar kan reagera med atypiska symptom i samband med infektioner, såsom delirium.

Gasparini et al. (2022) har studerat människor i hemisolering och karantän med fokus på deras förmåga att förbinda sig till givna regler och rekommendationer. I studien ses en korrelation mellan nivån av kunskap och hur väl man följer isolerings- och karantänsregler. Utifrån forskningresultatet ser Gasparini et al. (2022) det som viktigt med alla sådana insatser som ökar befolkningens kunskap om rekommendationer som är viktiga för förverkligandet av en effektiv och ändamålsenlig hemisolering och karantäntid. Förutom erhållandet av kunskap spelar myndigheternas trovärdighet också en stor roll när det kommer till att följa regler och rekommendationer. Häyry (2021) lyfter fram att den strategi som ett land valt för covid-19-

pandemin, och hur man inom krisledarskapet lyckas kommunicera den till befolkningen påverkar folks agerande och attityder. Sveriges strategi med uppbyggnad av flockimmunitet godtog av befolkningen generellt sett bra eftersom strategin var i linje med de värderingar som är centrala i liberala västerländska demokratier; att ha respekt för individens autonomi och rättigheter, att utöva ett transparent politiskt beslutsfattande, att ha en delaktighetsbaserad styrning. Finlands coronastrategi med begränsning av rörelsefriheten visade sig vara svårare i längden att kommunicera till befolkningen på ett trovärdigt sätt, eftersom strategin och kommunikationen på fler punkter stred mot den liberala demokratins centrala värderingar (Häyry, 2021).

Då patienten vårdas på distans kan det vara en utmaning ur både vårdpersonalens och patientens synvinkel att uppföljningen av patientens mående långt utgår ifrån patientens förmåga att själv följa upp sina symptom och att rapportera om dem till vårdpersonalen på ett adekvat sätt. Det kan vara psykiskt belastande och skapa osäkerhet för både patient och vårdare då ansvaret och ställningstaganden i vården inte följer en traditionell ansvarsfördelning, och att omfattande mätresultat inte alltid finns tillgängliga som stöd för evalueringen av vårdbehovet. I studien av Priambodo & Kadarina (2020) har man testat utnyttjandet av nätbaserade tekniska hjälpmedel för att på distans kunna följa upp patientens fysiska tillstånd vid isolering på grund av covid-19. Studien påvisade att de tekniska hjälpmedel som testades underlättade rapportering och evaluering av patientens tillstånd vilket upplevdes bra ur både patientens och vårdpersonalens synvinkel. Erfarenheterna av patientledd monitorering med pulsoximeter (möjliggör uppföljning pulsen och av syremättnaden i blodet) under covid-19-pandemin har även undersökts bland patienter och vårdpersonal i England. Majoriteten av både vårdpersonalen och patienterna hade positiva erfarenheter av monitoreringen, men det fanns också patienter som inte klarade monitoreringen och föredrog personlig kontakt. Forskningsresultatet visade att tekniska hjälpmedel för monitorering inte i regel är lämpligt för ensamma människor, samt för de som har kognitiva- eller minnesproblem, nedsatt fysisk hälsa eller en allmänt negativ attityd mot tekniska hjälpmedel och monitorering i hemmet. En lyckad monitorering var förknippad med tillräcklig förmåga att ta emot instruktioner, stöd av familj och vänner samt tillräcklig kontakt och med vårdpersonalen. (Walton et al., 2021). Pinyopornpanish et al. (2022) har undersökt betydelsen av en chat-plattform som utnyttjats för personer i hemisolering. De isolerade personerna hade möjlighet att under tiden för hemisolering ställa frågor till ett vårdteam. Det visade sig att plattformen användes aktivt av en stor del av patienterna. Fördelen med chat-plattformen ansågs vara att patienterna hade lätt att få kontakt med sakkunniga och

ha tillgång till rätt information, samtidigt som hälsovården lärde sig vilken typ av frågor som var aktuella för människorna i hemisolering. Studien påvisade att man bör lägga vikt vid användarvänligheten då man utvecklar tekniska lösningar för telekonsultation (Pinyopornpanish et al., 2022)

Förstudien PANDA (Innovations for Pandemia Isolation), som det refereras till fler gånger i denna studie, innefattade även en kartläggning av befintliga digitala verktyg som utvecklats för smittskyddets behov under covid-19-pandemin. Kartläggningen av de digitala verktygen visade att de applikationer som utvecklats fram till oktober 2021 i huvudsak inte handlade om att stödja klienterna, utan snarare om att samla data om människors rörelse, exponering och smitta. (Interreg Botnia-Atlantica, 2021). Covid-19-pandemin har påskyndat digitaliseringen av hälsovårdstjänsterna men enligt en rapport av THL från våren 2021 (samma tid som intervjumaterialet samlades in för denna studie) har de digitala distansmottagningarnas mängd inte ökat på väntat sätt i Finland. Bristerna beskrivs till dels bero på att elektroniska tjänster kopplade till patientdatasystem till stor del fortfarande är bristfälliga och därför inte bidrar till smidigare kommunikation med patienten. (Kestilä et al., 2021). Saukkonen et al. (2021) lyfter fram utmaningen med att de digitala tjänsterna inte är jämlikt tillgängliga för alla. I en studie gällande sambandet mellan social marginalisering och över 70-åringars användning av digitala tjänster visade det sig att förutom stigande ålder är låg utbildningsnivå, minnesproblem, och behovet av hjälp i vardagen faktorer som ytterligare minskar på utnyttjandet av elektroniska tjänster. Anmärkningsvärt är att endast ca 20% av lågutbildade seniorer över 70 år använde elektroniska tjänster enligt studien. Med tanke på den allt större andelen äldre i Finland är det viktigt att denna grupp inte glöms bort i utvecklandet av digitala tjänster och valet av målgrupper för dessa. Kestilä et al. (2021) för också fram att seniorbefolkningen ofta inte vill använda digitala tjänster, trots möjligheter till det, eftersom användningen av dessa känns utmanande, osäkert, eller problematiskt på grund av dåliga nätförbindelser.

Strukturella och ekonomiska faktorer som märkbart inverkat på smittskyddsarbetet är bristen på vårdpersonal. Ett nationellt underskott av vårdpersonal var ett faktum redan före covid-19-pandemin, och läget på arbetsplatserna försämrades ytterligare då pandemin förde med sig fler nya arbetsuppgifter samtidigt som vårdpersonalens frånvarosiffror ökade på grund av både coronasmittor och karantäner. Då det inte fanns personal att rekrytera kunde personalbristen på fler håll bli så stor att bland annat det lagstadgade smittskyddsarbetet sköttes vid sidan om de egentliga arbetsuppgifterna, på kvällar och veckoslut. (Kestilä et al., 2021).

2.2 Psykiska och sociala faktorer förknippade med hemisolering

I detta stycke beskrivs psykiska och sociala faktorer som i forskning lyfts fram förknippade med smittskyddsarbete, karantän och isolering under covid-19-pandemin.

Matias et al. (2020) för fram motstridigheten i att isolering är av grundläggande mänskliga orsaker väldigt påfrestande för den mentala hälsan, men att de isolerade i regel har begränsad tillgång till mentalt stöd. Stressfaktorer i samband med isolering som Matias et al. (2020) lyfter fram är rädsla för sjukdom och döden, osäkerhet, ensamhet och förlust av sociala kontakter, otillräcklig information eller motstridiga råd, förlust av utomhusaktiviteter och kontakten till naturen, hjälplöshet och låg självkänsla, depression, ilska, ekonomisk förlust, otillräcklig tillgång till mat och vatten. Forskning tyder på att prevalensen för post-traumatiska stressymptom och andra psykologiska följder ökar vid pandemier och isolering, speciellt bland personer som lever ensamma eller av andra orsaker är sårbara. Speciellt vid långvarig isolering bör åtgärder för upprätthållandet av den mentala hälsan främjas lika kraftfullt som den sociala distanseringen i sig. Även Lima et al. (2020) för fram forskningsresultat om att karantän bör ses som en stor stressfaktor för människan och att konsekvenserna av stressen ofta kan ses i symtom som post-traumatisk stress, förvirring och ilska hos de som är isolerade. Speciellt i början av covid-19-pandemin, då antalet smittor och dödsfall snabbt ökade rapporterar vårdpersonal om att stress, ångest och depression bland personer i hemisolering. De negativa följderna kunde i dessa fall vara långvariga, men stor risk för posttraumatisk stress. I sammanhang då de sociala kontakterna är begränsade och vårdsystemet är belastat blir individens egna insatser viktiga. För upprätthållandet av den mentala hälsan under isolering lyfter Matias et al. (2020) fram vikten av fysisk aktivitet eftersom den hjälper individen att upprätthålla en sund balans mellan aktivitet, tanke och känsla. Fysisk aktivitet kan ses vara i nyckelroll då det kommer till att förebygga mentala problem under isolering, eftersom effekterna av träning inverkar på psyket via fler olika mekanismer. Speciellt under isolering på grund av så kallad ”lockdown” rekommenderas att träning bör främjas lika kraftfullt som den sociala distanseringen i sig. Lima et al. (2020) ser det som viktigt att förebygga negativa psykologiska följder genom att säkerställa tillräckliga resurser och kompetens bland vårdpersonal för uppföljningen av de isoleras psykiska hälsa, och genom att ha olika

mentalvårdstjänster tillgängliga för de isolerade. Stängle et al. (2022) för fram att de negativa konsekvenserna av social isolering under en pandemi börjar allt klarare ses som ett folkhälsoproblem och att metoder för att förebygga dessa därför är viktiga på mer än individuell nivå. Isolering, i synnerhet om den blir långvarig, har konsekvenser för såväl den fysiska som psykiska hälsan och kan på lång sikt kopplas ihop med höjd dödlighet, självmordsbenägenhet och demens. Det är således viktigt att aktivt förebygga människors illabefinnande p.g.a. isolering också för att hålla ner på hälsovårdens kostnader. Stängle et al. (2022) för fram behovet att utveckla olika digitala lösningar som motverkar ensamhet under isolering. Den subjektiva känslan av ensamhet kan minskas genom sådana tekniska lösningar som hjälper folk att upprätthålla sociala kontakter och få gruppstöd av andra i samma situation. Även Saltzman et al. (2020) ser tillgången till digitala lösningarna som viktiga för upprätthållandet av sociala kontakter och för upprätthållandet av den psykiska hälsan under isolering och efterlyser mera forskning gällande de digitala lösningarnas hälsoeffekter. Balki et al. (2022) har undersökt seniorers subjektiva upplevelse av hälsorelaterad livskvalité under covid-19-pandemin i förhållande till graden av ensamhet, isolering och användandet av tekniska lösningar. Undersökningsresultaten påvisade ett positivt samband mellan användningen av tekniska lösningar och upplevelserna av god livskvalité under isolering. Under isolering påverkar en upplevd ensamhet livskvalitén negativt mer än själva isoleringen. Studien kan anses bidra med relevant information för främjandet och upprätthållandet av livskvalitén hos äldre under sådana förhållanden där den äldres rörlighet är begränsad. Balki et al. (2022) påtalar att interventioner för främjandet av äldres hälsa under isolering bör rikta sig på förebyggandet av ensamhet och på ett ökat användande av tekniska lösningar.

Covid-19-pandemin orsakade mental belastning bland befolkningen. I institutet för hälsa och välfärds (THL) uppföljning av den 18–69 åriga befolkningens psykiska belastning under covid-19-pandemin framgår en stor oro för smitta och för hälsovårdens möjligheter att sköta alla coronapatienter. Hösten 2020 kände var fjärde oro för att själv smittas, en tredjedel var rädd att föra sin smitta vidare, och närapå hälften av de som deltog i undersökningen kände oro för att en nära anhörig ska insjukna. THL:s uppföljning visade även att den mentala hälsan försämrades bland studeranden på grund av ensamhet, rädsla och oro, samt depressionssymptom. THL rapporterade att åldringars situation var speciellt svår under covid-19-pandemin eftersom den begränsade rörelsefriheten orsakade ensamhet och en nedsatt funktionsförmåga (Kestilä et al., 2020). För vårdpersonalen var läget också utmanande. Våren 2021 rapporterar THL om att bashälsovårdens personal är märkbart belastad och att de snabba

förändringarna i arbetsuppgifterna har utmanat både medarbetare och chefer. Det rapporteras att vårdpersonalen upplever belastning på grund av personalbristen, det ständiga förebyggandet av smittor, förändringar i arbetsuppgifterna, ständigt nya instruktioner och förhållningsregler, samt tilläggsarbete och övertid. Smittskyddsarbetet belastar vårdpersonalen främst på grund av en liten bemanning, och en ständig uppdatering av rådande instruktioner. Belastande upplevdes även begränsningar av olika sammankomster, stor fluktuering i arbetsmängd, samt osäkerhet inför framtiden. Vårdpersonalen saknade närkontakten med kollegor, och att få hålla avslappnade lunch- och kaffepauser tillsammans med andra. Att de sociala kontakterna minimerats upplevdes inverka negativt på hela arbetsklimatet. Rapporten visar att vårdpersonalens belastning syns i arbetshälsan, och att läget var kritiskt bland fler yrkesgrupper. Trots att upplevelserna bland vårdpersonalen till merparten varit negativa rapporteras det även om positiva upplevelser under covid-19-pandemin såsom ökat samarbete, nya intressanta arbetsuppgifter, utvidgad kompetens, samt möjligheten till distansarbete. (Kestilä et al., 2021)

3 Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna i denna studie grundar sig på två personcentrerade ledarskapsteorier: transformativt ledarskap och salutogent ledarskap. I det salutogena ledarskapet är begreppet KASAM centralt. I detta avsnitt beskrivs de teoretiska utgångspunkterna och begreppet KASAM mera ingående. Vidare definieras och förklaras de centrala begreppen *isolering*, *hemisolering* och *karantän*; begreppens innebörd samt hur de används i studien diskuteras.

3.1 Transformativt ledarskap

Såsom dess namn antyder är det transformativa ledarskapet en process med syfte att utveckla och förändra människor (transformera) på ett sätt som får dem att åstadkomma mer än vad man normalt kan förvänta. Det transformativa ledarskapet kan utövas såväl med tanke på arbetsteam som på enskilda medarbetare. Förändringsprocessen bygger på ökat engagemang som skapas av ledarens sätt att bemöta medarbetarna på ett mänskligt och respektfullt sätt samt på en förmåga att kontinuerligt evaluera, förstå och svara på medarbetarens drivkrafter och behov. Den transformativa ledaren höjer på medarbetarens prestanda och hjälper hen att nå sin fulla potential. Ledaren har ofta starka inre värderingar som är etiska och moraliska till sin karaktär, och hen åtnjuter medarbetarnas respekt och förtroende. Den transformativa ledaren agerar för det gemensamma goda framom sina egna intressen. (Northouse, 2018). Den transformativa ledaren aktiverar medarbetaren genom att klargöra mål och värderingar. Det personliga engagemanget påverkas genom att ledaren ingjuter stolthet i arbetet, uppmuntrar till kreativitet och problemlösning. Den transformativa ledaren är coachande och stödjande och uppmuntrar till personlig utveckling. (Dellve & Eriksson, 2016).

Det transformativa ledarskapet kan delas upp i de fyra dimensionerna; idealiserad påverkan, inspirerande motivation, intellektuell stimulans samt individuell omtanke (Northouse, 2018; Svensson, 2019). De fyra dimensionerna beskrivs närmare i följande tabell.

Tabell 1. Det transformativa ledarskapets fyra dimensioner

1	Idealiserad påverkan (eng. <i>charisma or idealized influence</i>)	Ledaren utgör en stark förebild med starka etiska och moraliska värderingar som hen också tydligt för fram i sina visioner. Ledaren är uppskattad och pålitlig och har personalens förtroende.
2	Inspirerande motivation (eng. <i>inspiration or inspirational motivation</i>)	Ledaren för fram höga förväntningar på medarbetarna och väcker medarbetarens inspiration och engagemang att arbeta för gemensamma mål. Ledaren ger uppmuntrande kommentarer, och för tydligt fram hur de enskilda prestationerna har betydelse för helheten.
3	Intellektuell stimulans (eng. <i>intellectual stimulans</i>)	Ledaren tillåter medarbetarna att vara kreativa och innovativa i sitt arbete. Medarbetaren uppmuntras till självständig problemlösning i sitt arbete. Ledaren främjar och stödjer problemlösning, men litar starkt på medarbetarens förmåga att hitta den bästa lösningen i olika situationer.
4	Individuell omtanke (eng. <i>individualized consideration</i>)	Ledaren skapar ett stödjande klimat där hen lyssnar på medarbetarnas individuella behov och agerar utifrån dessa. Ledaren fungerar som en coach och rådgivare i varje medarbetarens unika situation och ser till att varje medarbetare utmanas på en lagom nivå samt får möjligheten att bidra till gruppen och vara delaktig.

Sammanfattningsvis kan man säga att det transformativa ledarskapet engagerar arbetstagaren till förändring och goda prestationer genom fyra olika påverkningssätt eller dimensioner. Den första dimensionen utgörs av ledarens förmåga att förmedla värderingar och visioner på ett sätt som inger förtroende och uppskattning bland personalen. Den andra dimensionen utgörs av ledarens förmåga att få varje medarbetare inspirerad och engagerad att arbeta mot de gemensamma målen. Den tredje dimensionen utgörs av ledarens förmåga att lita på personalen och att uppmuntra den till självständig och kreativ problemlösning som tjänar det gemensamma målet. Den fjärde och sista dimensionen utgörs av ledarens förmåga att behandla varje

medarbetare individuellt på ett sätt som får henne att känna sig hörd, delaktig, och tillräckligt utmanad i arbetet. (Northouse, 2018; Svensson, 2019)

3.2 Salutogent ledarskap

Det salutogena ledarskapet utgår ifrån ett salutogent synsätt vilket innebär att man leder personalen och främjar personalens hälsa, genom att skapa en känsla av sammanhang. Det salutogena ledarskapet är en ledarskapsstil som kan härledas från Antonowskys salutogena hälsoteori som utvecklades på 1970-talet (Eriksson, 2015). Värdegrunden för salutogenes ligger i att vi relaterar till andra människor med respekt, och att vi kommunicerar en människosyn där vi ser individens styrkor och förmågor framom brister och tillkortakommanden. Antonowsky som var professor i medicinsk sociologi var mest känd för sin forskning om de av honom införda begreppen salutogenes och känsla av sammanhang, *KASAM* (eng. *sense of coherence*). Den salutogena hälsoteorin är känd inom nordisk hälsoforskning och i den beskrivs hälsa som något som består av tre dimensioner: meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Dessa tre skapar tillsammans känslan av sammanhang (*KASAM*). Ordet salutogenes är myntat av Antonowsky och betyder kortfattat *hälsans ursprung*. Enligt Antonovskys teori har en person hälsa när hen uppfattar ett sammanhang i tillvaron och upplever sina handlingar som meningsfulla. Antonovskys talar om *individens KASAM*, som en mätare på i vilken utsträckning individen upplever tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull. Antonowsky lyfter även fram *KASAM* som en förutsättning för att kunna hantera situationer som orsakar mental stress och för att kunna anpassa sig till ett liv i kaos (Wiklund & Bergbom, 2016; Hanson 2010; Eriksson, 2015). Det salutogena ledarskapet ökar på medarbetarnas nivå av *KASAM*, vilket innebär bättre förutsättningar för att klara påfrestningar i arbetslivet. Individer med en hög nivå av *KASAM* har förmågan att möta olika händelser i arbetet på ett reflekterande och konstruktivt sätt, de kan värdera situationer och frågor i ett större sammanhang, samtidigt som de kan tillskriva olika händelser en personlig mening eller betydelse (Institutet för stressmedicin, 2023). *KASAM* kan ses som en pedagogisk modell för ledarskap som gör att människor vill, kan, och orkar bidra både till dagliga arbetsrutiner och förändringsarbete. För att uppnå *KASAM* på arbetsplatsen behövs ett helhetsmässigt tankesätt där ledaren intresserar sig för fysiska, psykologiska, sociala och existentiella förutsättningar för medarbetarens hälsa (Hanson, 2010).

Dellve & Eriksson (2016) samt Hanson (2010) för fram förhållanden i arbetet som kan främja förståelse, hanterbarhet och meningsfullhet. Förhållandena är presenterade i följande tabell tillsammans med karakteristika för arbetsklimatet och medarbetarnas attityd.

Tabell 2. KASAM i arbetslivet

KASAM i arbetslivet		
<i>Begriplighet</i>	<i>Hanterbarhet</i>	<i>Meningsfullhet</i>
<p>Kunskap om omvärlden, organisationen, arbetet, den egna rollen samt om förändringar.</p> <p>Återkoppling med olika nyckelpersoner och -grupper (chefen, kollegor, klienter)</p>	<p>Resurser och stöd såsom material, arbetsverktyg och personal.</p> <p>Tydlighet i organisation och riktlinjer</p> <p>Möjlighet att påverka arbetstakten och arbetets planering</p> <p>Kompetens i yrket, social kompetens och kommunikation</p> <p>Ork, såväl fysiskt som psykiskt. Distansering, pauser.</p>	<p>Motivation via visioner och mål samt rimliga löner och förmåner</p> <p>Värderingar. Etik och moral, rättvis behandling.</p> <p>Positiva upplevelser via goda relationer, trivsamt arbetsmiljö, humor, omväxling, självkänsla.</p>
<i>Karakteristiska drag i arbetsklimatet och attityderna</i>		
<p><i>Reflektion, öppenhet, helhetsbild av arbetet</i></p> <p><i>”jag förstår”</i></p>	<p><i>Ett tillåtande och harmoniskt arbetsklimat som ger möjlighet till ansvarstagande och flexibilitet</i></p> <p><i>”jag kan och orkar”</i></p>	<p><i>Uppskattning och ett berikande socialt klimat</i></p> <p><i>”jag vill”</i></p>

Sammanfattningsvis kan man säga att det salutogena ledarskapet främjar personalens välmående, och därigenom stresstålighet och engagemang, genom att verkställa och stärka sådana faktorer som främjar känsla av sammanhang (KASAM) i arbetslivet. KASAM innefattar känslan av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begripligheten kan främjas genom att dela kunskap om bland annat målsättningar, förväntningar, och kommande förändringar samt att möjliggöra en återkoppling mellan olika personer och grupper. Både kunskapen och återkopplingen gör den enskilda medarbetaren medveten om den egna arbetsinsatsens betydelse för de gemensamma målen och organisationens strategi. Ett arbetsklimat som möjliggör reflektion och öppenhet är en förutsättning för att nå en högre nivå av begriplighet. Hanterbarheten kan främjas genom ombesörjandet av de verktyg och förhållanden som påverkar arbetsenhetens och den enskilda arbetstagaren fysiska, psykiska och sociala förutsättningar att klara av de givna arbetsuppgifterna. Det kan handla om tillgången till olika fysiska arbetsverktyg, tillräckliga personalresurser, tydliga riktlinjer, medarbetarens möjlighet att påverka arbetet, personalen kompetens, samt åtgärder för att bibehålla fysisk och psykisk ork bland medarbetarna. Ett arbetsklimat som främjar hanterbarheten är till sin karaktär tillåtande och harmoniskt, samt möjliggör såväl ansvarstagande som flexibilitet. Meningsfullheten i arbetet kan främjas genom ett arbetsklimat som förmedlar uppskattning och är socialt berikande. Konkret kan det handla om rättvisa och etiska värderingar, goda realiteter och en trivsamt miljö. Att upprätthålla medarbetarnas motivation genom rimliga löner och förmåner bidrar även till känslan av meningsfullhet. (Dellve & Eriksson, 2016; Hanson, 2010)

3.3 Isolering, hemisolering och karantän

I Svenska Akademiens ordbok definieras isolering som en situation där man avskiljer någon från förbindelse med omgivningen eller yttvärlden. (SAOB, 2022). I samband med covid-19-pandemin var behovet av isolering vanligtvis kopplat till lagen om smittsamma sjukdomar (127/2016) och baserade sig i dessa fall på ett administrativt beslut. Isoleringen kunde också vara frivillig och basera sig på allmänna rekommendationer och på individens eget ansvarstagande. Isolering kan ofta ordnas i patientens eget hem, men ifall patientens hälsotillstånd inte möjliggör hemisolering kan den ordnas också på sjukhus eller på en vårdanstalt. När man vill föra fram att isoleringen ordnas i patientens hem kan begreppet

hemisolering användas. I detta stycke beskrivs olika situationer under covid-19-pandemin då personer blev isolerade i sina hem. (Institutet för hälsa och välfärd, 2023b)

Begreppet isolering används inom smittskyddsarbete i en situation då en person insjuknat i en allmänfarlig smittsam sjukdom, såsom covid-19, och därför tvingas leva avskilt från andra tills smittorisken är förbi. Användningen av isolering under en pandemi finns beskriven i lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) och syftet med handlingen är att hindra smittspridning. En dylik officiell isolering är alltid ett administrativt beslut som enligt smittskyddslagen kan utfärdas endast av en smittskyddsläkare, efter att man med ett pålitligt laboratorietest kunnat påvisa smitta. Isoleringens minimilängd är alltid given, men kan variera i längd beroende på patientens symptombild. Isoleringen avslutas när personen inte längre är smittsam, i regel senast då den insjuknade varit symptomfri i ett par dygn. Att bryta mot ett beslut om isolering som utfärdats på basis av smittskyddslagen är straffbart (Lag om smittsamma sjukdomar 1227/2016). Begreppet isolering kan även användas i sammanhang där personer inte påvisligen bär på smitta eller blivit exponerade, i det fallet är det inte frågan om en officiell isolering. I en del länder i världen har man kontrollerat covid-19 smittspridningen i samhället genom att tillämpa så kallad "lockdown". Det har då varit frågan om ett av landets styrelse utfärdat förbud att röra sig fritt utanför hemmet. Lock-down kan till sin karaktär jämföras med de starka allmänna rekommendationerna för social isolering som i Finland utfärdades av Statsrådet till äldre personer för att skydda dem mot covid-19 smitta. I Finland var den sociala isoleringen för äldre i princip frivillig, men i praktiken upplevdes den starkt som normen för accepterat beteende bland seniorer. (Institutet för hälsa och välfärd, 2023b, 2023c; Statsrådet, 2020)

En annan situation då en person på basis av ett administrativt beslut måste isolera sig från omgivningen är om hon blir försatt i karantän. I smittskyddsarbete skiljer man således på begreppen karantän och isolering, trots att dessa innebär i stort sett samma förhållanden för patienten dvs *isolering*. Med begreppet karantän avses att en frisk person lever avskilt från andra på grund av exponering av en smittsam sjukdom. En officiell karantän är, liksom isolering, ett administrativt beslut som fattas av en smittskyddsläkare då man med säkerhet kunnat påvisa att en exponering skett. Syftet med karantänsförfarandet är att den exponerade personen ska försäkra sig om att exponeringen inte leder till smitta och insjuknande förrän hen kan vistas med friska personer. Karantänen är en viktig åtgärd för att hindra smittspridning eftersom covid-19 kan smitta vidare redan två dygn före den smittade personen uppvisar sjukdomssymptom. Karantänens längd är kopplad till sjukdomens inkubationstid. I början av covid-19-pandemin var karantäntiden 14 dygn, men den förkortades senare då man fick mera

kunskap om viruset. Utöver officiell karantän förekom det under covid 19-pandemin även så kallad frivillig karantän som baserade sig på en rekommendation och individuellt ansvarstagande. Det frivilliga karantänsförfarandet var kopplat till situationer då man inte med säkerhet kunde konstatera att en exponering skett, men personen hade fått information om att hen vistats nära en person som testat positivt för covid-19. Applikationen ”Coronablinkern” som utvecklades av Institutet för Hälsa och välfärd (THL) kunde meddela om dylika exponeringar där frivillig karantän rekommenderades. (Institutet för hälsa och välfärd, 2023a, 2023b, 2023c)

Det intervjumaterial som utnyttjas i denna studie består av upplevelser beskrivna av vårdpersonal som arbetat inom smittskyddet med patienter som varit i hemisolering på grund av ett isolerings- eller karantänsbeslut som utfärdats av en smittskyddsläkare. Orsaken till hemisoleringen är inte i fokus i denna studie, utan själva hemisoleringen.

4 Syfte och frågeställning

Syftet med studien är att beskriva upplevelser bland vårdpersonal som arbetat med smittskydd och uppföljningen av patienter i hemisolering under covid-19-pandemins första år. Målet är att bidra till utvecklingen av verkningsfullare arbetsmetoder, både vad gäller stödet till de som arbetar inom smittskyddet och de som isolerats i sina hem. Studien bidrar även med reflektioner kring ledarskapets roll inom smittskyddsarbete, vilket stöder ledarskap och beslutsfattning i framtida pandemier. Frågeställning: Vilka upplevelser av smittskyddsarbete och uppföljningen av patienter i hemisolering har vårdpersonal under covid-19-pandemin?

5 Beskrivning av forskningsprocessen

I detta avsnitt beskrivs studiens design och kontext, urvalet av deltagare, datainsamling och innehållsanalys. Beskrivningen görs både ur det teoretiska och praktiska perspektivet. Studiens har en kvalitativ ansats med fokus på informanternas subjektiva upplevelse av ett specifikt fenomen i en viss kontext. Datainsamlingsmetoden för denna studie är semistrukturerade narrativa intervjuer. Studien har ett induktivt perspektiv där skribenten genom att ta del av informanternas upplevelser bygger upp idéer och hypoteser. Analysmetoden för denna studie är kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheim. (Henricsson & Billhult, 2017; Bowling, 2014; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

5.1 Design och kontext

Studien har en kvalitativ ansats. Fenomenet som studerats är vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbete och stödandet av patienter i hemisolering. Kontexten är smittskyddet inom den offentliga hälsovården under covid-19-pandemin i Finland och Sverige. Den kvalitativa ansatsen lämpar sig väl i studier där man vill utforska och få insikt i nya ämnen (Bowling, 2014) och där fokus är på informanternas unika upplevelse av ett specifikt fenomen i en viss kontext (Dalen, 2019; Henricson & Billhult, 2017). Studien har ett induktivt perspektiv. Det induktiva perspektivet innebär att forskaren observerar ett fenomen och bygger upp idéer och testbara hypoteser (Bowling, 2014). Då fokus är på informanternas individuella upplevelser kan det leda till flera och olika tolkningar av fenomenet som granskas, vilket är försvarbart då en kvalitativ studie strävar till att analysera verkliga händelser och finna det unika (Dalen, 2019). Eftersom covid-19-pandemin är ett nytt fenomen bidrar en kvalitativ studie med ny kunskap kring ämnet.

5.2 Urval och deltagare

I urvalsprocessen är det viktigt att försäkra sig om att informanterna har erfarenheter av det fenomen som är i fokus (Henricson & Billhult, 2017). Inom ramen för PANDA-projektet intervjuades vårdpersonal som arbetade inom smittskyddet under covid-19-pandemin och haft ansvaret för att kontakta personer som är isolerade i sina hem. För den här studien fick skribenten utnyttja intervjumaterialet som samlades in av vårdpersonalen inom smittskyddet (läkare och sjukskötare), informanternas antal var elva. Sju informanter arbetade i Österbotten i Finland (två läkare och fem sjukskötare) och fyra (två läkare och två sjukskötare) i Västerbotten i Sverige. För denna studie fick skribenten tillgång till det transkriberade materialet från totalt tio intervjuer med vårdpersonalen. Materialet från en läkarintervju i Österbotten hade redan makulerats då denna studie utfördes. I PANDA-projektets urvalsprocess visades hänsyn till jämställdhetsfrågor, delaktighet samt ickediskriminering genom att söka informanter bland både män och kvinnor i olika åldrar. Smittskyddsläkarna som deltog i intervjuerna var i åldern 43–56 år och sjuksköterna i åldern 40–55 år. Merparten av personerna som deltog i intervjuerna var kvinnor, vilket kunde tolkas avspegla faktumet att hälsovårdsbranschen i både Finland och Sverige är kvinnodominerad. Samtliga informanter hade goda kunskaper i det svenska språket, och ett flertal hade svenska som modersmål. Inom ramen för PANDA-projektet intervjuades även klienter som varit i hemisolering, men dessa intervjuer exkluderades eftersom denna studie har fokus på att granska smittskyddsarbete ur vårdpersonalens och ledarskapets synvinkel. (Interreg Botnia- Atlantica, 2021; Nyholm, 2021b)

5.3 Datainsamling och material

Datainsamlingen i PANDA-projektet bestod av kvalitativa, semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal inom smittskyddet (n=11) och med klienter som varit isolerade (n=27). För denna studie utnyttjades enbart materialet från intervjuerna med vårdpersonalen (n=10). Materialet från intervjuerna med klienterna exkluderades eftersom detta inte var relevant för studien. Den kvalitativa intervjuformen är den dominerande inom kvalitativ forskning. Intervjumetoden har inget strikt manus eller frågeformulär med fullständig lista på frågorna som ska ställas. Forskaren har en tankesamling för vilka frågor som är relevanta för studien men de specifika

frågorna som kommer att ställas för varje deltagare kommer att variera något. Den kvalitativa intervjun påminner om ett samtal med interaktion mellan informanten och den som intervjuar. (Yin, 2013). Den semistrukturerade intervjuformen innebär att frågorna formuleras i en viss struktur med övergripande frågor som håller diskussionen inom det aktuella temat, men ger tillräckligt utrymme för diskussion och eventuella följdfrågor (Danielson, 2017). För intervjuerna i PANDA-projektet utformades tre olika intervjuguider; en för smittskyddsansvariga läkare (Bilaga 2), en för sjukskötare (Bilaga 1) inom smittskyddet och en intervjuguide för patienter som genomgått hemisolering. Läkarnas och sjuksköternas intervjuguider bestod, utöver några demografiska bakgrundsfrågor, av frågor grupperade under tre övergripande teman: 1) pandemin, 2) arbetsuppgifter samt 3) utveckling och framtiden. Det totala antalet frågor var tio för läkarna och tolv för sjuksköterna. I huvudsak var frågorna de samma för de båda yrkesgrupperna. Till sjuksköterna, som i första hand skötte kontakten till de hemisolerade, ställdes två extra frågor beträffande hur patienterna reagerat på hemisoleringen och vilket stöd de i regel efterfrågade. Intervjuguiderna för läkarna och sjuksköterna inkluderas som bilagor till denna studie. Informanterna i både Österbotten och Västerbotten fick välja om de intervjuades per telefon eller online. Samtliga intervjuer genomfördes online. För varje intervju reserverades 30–60 minuter och intervjuspråket var svenska. Intervjuerna bandades in och transkriberades av projektgruppen inom PANDA-projektet. Innan skribenten fick tillgång till det transkriberade intervjumaterialet anonymiserades det genom att ta bort bakgrundsfrågorna som hade ställts till informanterna. Skribenten fick bakgrundsinformation endast om vilket land informanten arbetade i samt om tidpunkten för intervjun. Det transkriberade materialet bestod av totalt 121 sidor. (Interreg Botnia- Atlantica, 2021; Nyholm, 2021b).

5.4 Analys av data

Som analysmetod används kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Enligt Lundmark & Hällgren Graneheim (2017) strävar den kvalitativa innehållsanalysen till att tolka och analysera informanternas berättelser av sina upplevelser. Kvalitativ innehållsanalys är ett objektiv och systematiskt tillvägagångssätt. Innehållsanalysen har ett tydligt resonemang och tillvägagångssättet är transparent. Intervjumaterialet spjälkas i väsentliga mindre delar, utifrån syfte och forskningsfrågor, för att sedan sättas ihop till nya helheter, underkategorier och kategorier.

Enligt den kvalitativa innehållsanalysen plockas det ur intervjuerna ut meningsenheter, som kondenseras och kodas och som genom abstraktion sedan leder till underkategorier och kategorier. En meningsenhet är ord, meningar eller stycken av texten som är meningsbärande genom innehåll och sammanhang. Genom kondensering omskrivs texten så att den blir kortare och lättare att hantera, det centrala innehåller bör vara det samma och inget får försvinna. Kod och kodning sätter ”etikett” på en meningsenhet och är en kort beskrivning på innehållet. Flera koder med liknande innehåll sätts ihop till underkategorier och kategorier. Abstraktionen gör texten mera abstrakt. Innehållet i kategorierna ger svar på vad det undersökta fenomenet egentligen handlar om på en tolkande abstrakt nivå (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Efter valet av analysmetod och genomgång av teorin lästes intervjumaterialet igenom flera gånger för att skapa en helhetsmässig uppfattning om innehållet. Att använda tillräckligt med tid för genomläsning var viktigt eftersom skribenten varken själv utfört intervjuerna eller transkriberat materialet utan fått tillgång till det via Åbo Akademi. För att komma i gång med innehållsanalysen skapades en tabell för ändamålet med totalt sex kolumner. I den första kolumnen kopierades in transkriberad intervjutext som skribenten ansåg att svarade på studiens syfte, dvs beskrivningar på de intervjuades personliga upplevelser av smittskyddsarbete och uppföljningen av patienter i hemisolering. De övriga fem kolumnerna gavs namnen *meningsenheter*, *kondensering*, *koder*, *underkategorier* och *kategorier*. Därefter förkortades de kopierade intervjutexterna till meningsenheter och gjordes hanterbara genom kondensering. De kondenserade meningarna möjliggjorde kodning. För varje skede i analysen användes systematiskt en egen kolumn i analystabellen. Liknande koder färgmärktes med samma färg under kodningsskedet, vilket gjorde det enklare att börja se samband mellan koder som hörde ihop. Efter kodningsskedet var analystabellen lång och överskådligheten blev svår. För att underlätta skapandet av underkategorier kopierades alla koder på en skild sida utanför själva analystabellen vilket möjliggjorde ett åskådligare sätt att arbeta med koderna. Den första grupperingen av koder skapades enligt kodernas färgmärkning som utfördes i samband med kodningen. Koder med liknande innehåll sattes ihop till egna grupper. Genom att fundera över kodernas verkliga innehåll kunde de plockas ihop till kategorier och underkategorier, det här arbetet krävde fler tillbakablickar till den text som stod bakom de koder som plockats ut. Analysprocessens slutdel utfördes i samarbete med handledaren och slutligen kunde materialet som svarar på forskningsfrågan samlas under två kategorier och sju underkategorier.

6 Etiska ställningstaganden

För att kunna uppfylla de etiska kraven på ett examensarbete krävs kännedom om vad forskningsetik innebär (Kjellström, 2017). Skribenten har bekantat sig med Forskningsetiska delegationens anvisningar (2019) för att säkerställa att studien följer de regler som finns angående god vetenskaplig praxis. Dataanskaffningen gjordes genom sökningar i databaser som rekommenderas av Åbo Akademi och är relevanta för ämnesområdet. Genomgång av tidigare forskning, innehållsanalysen, och redogörelsen för forskningsresultatet görs med allmän omsorgsfullhet och noggrannhet för att undvika feltolkningar och felaktig återgivning av andra forskares arbeten och det intervjumaterial som samlats av informanterna. Som metod för den kvalitativa innehållsanalysen har skribenten valt den metod som beskrivs av Lundman & Hällgren Graneheim (2017). Skribenten har bekantat sig med strukturen för den valda metoden av innehållsanalys och följer de anvisningar som beskrivs i litteraturen. För att undvika att materialet som används i studien ska förvrängas tänker skribenten aktivt på att inte inkludera egna tolkningar i innehållsanalysen eller forskningsresultaten, detta är speciellt viktigt då skribenten på grund av arbetsuppgifter inom det kommunala smittskyddet har en egen förförståelse för fenomenet som granskas. Skribenten är noggrann med att granska intervjumaterialet objektivt och inkludera i resultatet samtliga upplevelser som informanterna för fram relaterade till studiens syfte, inte enbart de upplevelser som stärker den egna förförståelsen. Genom korrekta källhänvisningar visar skribenten respekt för andra forskares publikationer och forskningsresultat och gör forskningsprocessen transparent. För att undvika plagiering omskrivs text som skribenten hänvisar till. Som referenser anges endast sådana källor som det refererats till i studien. Skribenten redogör transparent och reflekterande för studiens styrkor och svagheter, reliabilitet och validitet, valet av metoder, samt för den egna förförståelsens möjliga inverkan i resultattolkningen.

Skribenten har fått tillstånd av Åbo Akademi att för denna studie utnyttja material som samlats in inom ramen för forskningsprojektet PANDA, och därmed var ansökan av forskningstillstånd inte aktuellt för denna studie. Etiskt lov har ansökts om att få intervjua klienter inom ramen för

PANDA-projektet. Skribenten respekterar de regler som Åbo Akademi ställer gällande utnyttjandet och förvarandet av insamlat data, såsom att inte spara erhållet material i molntjänster eller i databanker varifrån innehållet kan utsättas för dataintrång och spridas. De erhållna transkriberingarna förvaras på en extern USB-minnessticka. Efter att studien slutförts raderas innehållet.

För PANDA-projektet gjordes en begäran om utlåtande om forskningsplan av den forskningsetiska nämnden vid Åbo Akademi. En etisk bedömning önskades eftersom forskningen riktades även till sådana informanter som varit isolerade på grund av en mycket smittsam sjukdom och därmed fanns möjligheten att intervjuerna kunde väcka starka tankar och känslor relaterade till liv och hälsa. (Nyholm, 2021). Etiskt lov för utförandet av intervjuerna anhölls av etikprövningsnämnden (Olofsson, 2021). I begäran om utlåtande om forskningsplan framgick att informanternas integritets- och dataskydd tryggades under alla skeden av förstudien bland annat genom att inga personregister skapades. Informanterna gavs både muntlig och skriftlig information om studiens innehåll och målsättning, om att deltagandet var frivilligt, och att delaktigheten i studien kunde avbrytas närsomhelst utan att ange orsak. Informanterna fick även information om hur intervjumaterialet skulle behandlas, både med tanke på bearbetning av materialet och bevaring av anonymiteten. Innan skribenten fick tillgång till det transkriberade intervjumaterialet anonymiserades det genom att ta bort bakgrundsfrågorna som hade ställts till informanterna, endast uppgifter om vilket land informanten arbetade i samt om tidpunkten för intervjuerna framgick. Informanterna gav sitt samtycke till studien skriftligt (Nyholm, 2021). För att undvika diskriminering i PANDA-projektet rekryterades informanter som representerade olika kön, åldrar, livssituationer samt bostadsorter. I intervjuerna beaktades informanterna som unika personer med individuella skillnader i kunskap, erfarenhet, sociala sammanhang samt hälsostatus och datorvana. I intervjuerna beaktades även delaktighetsaspekten genom att informanterna kunde välja om de blev intervjuade online eller via telefon. (Interreg Botnia- Atlantica, 2021).

7 Resultat

Syftet med denna studie är att beskriva vilka upplevelser vårdpersonal har av smittskyddsarbete och uppföljningen av patienter i hemisolering under covid-19-pandemin. De upplevelser som beskrevs av informanterna samlades under två huvudkategorier; *upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer* och *upplevelser förknippade med psykologiska och sociala faktorer*. I detta stycke beskrivs kategorierna med tillhörande underkategorier, och dessa tydliggörs med beskrivande citat.

Tabell 3. Resultatets kategorier och underkategorier

Kategori	Underkategori
<i>Upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer</i>	Självförvaltning, kompetens och ansvarsfrågor inom smittskyddsarbetet
	Kontinuerlig anpassning av arbetet i förhållande till kunskap, efterfrågan och resurser
	Känslan av fungerande förmanskap och att vara uppskattade i organisationen
	Utmanande arbetssätt och otillräckliga arbetsmetoder inom smittskyddet
<i>Upplevelser förknippade med psykologiska och sociala faktorer</i>	Att finnas till för patienten och se de individuella behoven
	Ovisshet, rädsla och oro är ständigt närvarande i arbetet
	Känslan av meningsfullhet, samarbete och kollegialitet som bärande krafter

Informanternas upplevelser a smittskyddsarbete och uppföljningen av patienter i isolering samlades under två kategorier och sju underkategorier. Kategorierna är 1) upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer och 2) upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer. Underkategorierna är 1) självförvaltning, kompetens och ansvarsfrågor inom smittskyddsarbetet 2) kontinuerlig anpassning av arbetet i förhållande till kunskap, efterfrågan och resurser 3) Känslan av fungerande förmanskap och att vara uppskattade i organisationen 4) utmanande arbetssätt och otillräckliga arbetsmetoder inom smittskyddet 5) att finnas till för patienten och se de individuella behoven 6) ovisshet, rädsla och oro är ständigt närvarande i arbetet och 7) känslan av meningsfullhet, samarbete och kollegialitet som bärande krafter.

7.1 Upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer

Kategorin *upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer* är uppdelat i fyra underkategorier; 1) självförvaltning, kompetens och ansvarsfrågor inom smittskyddsarbetet, 2) kontinuerlig anpassning av arbetet i förhållande till kunskap, efterfrågan och resurser, 3) känslan av fungerande förmanskap och att vara uppskattade i organisationen och 4) utmanande arbetssätt och otillräckliga arbetsmetoder inom smittskyddet.

7.1.1 Självförvaltning, kompetens och ansvarsfrågor inom smittskyddsarbetet

I vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbetet under covid-19-pandemin trädde det tydligt fram att arbetet krävt både kompetens och ett självförvaltande förhållningssätt. Det verkade finnas en stor insikt i att ingen färdig och klar arbetsbild fanns och att arbetet kontinuerligt behövde utvecklas. Det självförvaltande förhållningssättet beskrevs som en förmåga att själv kunna bygga upp arbetsbilden i en ny situation. Informanterna beskrev att de kontinuerligt fick hålla sig uppdaterade med de senaste instruktionerna för vården och uppföljningen av covid-19 patienter, och de regler som gällde isolerings- och karantänstider. Det verkade finnas en klar insikt i att ingen direkt skolning för skötseln av uppgiften var möjligt att få, och att det därmed långt gällde att skola upp sig själv genom att ta reda på vilka regler som gällde och vad som ändrat.

”... vi läste ju till oss och kom överens och lagade egna modeller och förstås hörde på hur andra gjorde” (IP1)

”... alla bestämmelser som gäller kring corona och sådant så det har man fått lära sig på vägen...det gäller ju att själv också hålla sig ”up to date”... inte tror jag man kan inskolas i någonting som inte folk har varit med om” (IP3).

Att vårdpersonalen upplevde ett stort ansvar för smittspårningen och för uppföljningen av patienten i hemisolering och att arbetet krävde mycket kunnande framträdde i fler informanternas svar. Det verkade finnas en viss skillnad i beskrivningarna av ansvarsfördelningen bland informanterna i Finland och Sverige. Då smittornas antal märkbart ökade beskrev informanterna i Sverige att man flyttade ansvaret för smittspårning till stor del över till patienterna som insjuknat i covid-19, motsvarande beskrevs inte av informanterna i Finland.

”... det är vi som har uppföljningen som har den här direkta kontakten hela tiden så, det är nog ett jätte stort ansvar...är glad så fort en isolering blir avslutad och allt gått bra, en lättnad...” (IP5)

”...att vi inte hinner...utan dom (de som insjuknat i covid-19) får börja smittspåra själv...dom får information och filer som de kan vidarebefordra till dom som de har träffat...man har förändrat arbetssättet mycket på grund av att man inte hinner” (IP6)

Vidare märktes en skillnad i ansvarsfördelningen mellan olika enheter inom vården. Informanterna i Sverige skötte endast den initiala kontakten till den hemisolerade, och hänvisade patienten sedan vidare till andra enheter inom vården. I Sverige verkade det också finnas en tydligare ansvarsfördelning gällande smittskyddsarbete riktat till befolkningen allmänt och smittskyddsarbete riktat till personal i olika vårdenheter. I Finland beskrev informanterna att de utöver smittspårningen, och den initiala kontakten till de som smittats och exponerats, även följde upp de hemisolerade patienternas mående och hade smittskyddsuppgifter i olika vårdenheter. Det verkade vara så att informanterna i Finland hade en bredare arbetsbild.

”...så det är ju 1177 som vi hänvisar till eller hälsocentralen om det är medicinska saker” (IP6)

”... vi bedömer hälsa, och är det så att vi börjar inse att det här är kanske inte riktigt som det ska så konsulterar vi alltid läkaren[...] jag var runt till hemmen [ålderdomshem] och hade dem att klä på sig skyddsutrustning, att om de har någon som är isolerad, hur tänker man kring

aseptik, och hygien och hur man klär på sig, och hur man gör om man har soppåsar och allt sådant praktiskt” (IP1).

Bland informanter i både Finland och Sverige framkom upplevelser om att ansvarsfördelningen mellan olika myndigheter var oklar och borde se över med tanke på kommande kriser. Det framkom också att man inom den egna arbetsenheten hade upplevt det som bra om någon utnämnd person haft huvudansvaret för koordineringen av det dagliga arbetet, speciellt i stunder när allt kändes kaotiskt.

”... någonting man måste göra efter pandemin...att gå igenom det här med smittskydds lag och vem som ska besluta om vad och vem har befogenheter att säga och så vidare... att det ska vara så här klarare struktur i det hela” (IP9).

”... det som man lite saknar då det är riktigt kaos är att det skulle vara en som skulle ha huvudansvaret för att dela ut arbete...” (IP2).

7.1.2 Kontinuerlig anpassning av arbetet i förhållande till kunskap, efterfrågan och resurser

Då intervjumaterialet insamlades under våren och försommaren 2021 hade covid-19-pandemin pågått i cirka ett år. Den allmänna kunskapen om viruset ökade kontinuerligt vilket innebar att vårdpersonalen hela tiden fick uppdatera sig med det senaste på kunskapsfronten och se till att anpassa arbetet efter de senaste rekommendationerna och direktiven. Att det fanns fler allmänna kunskapsluckor i början av pandemin, och att man därför var tvungen att arbeta utifrån den bästa kunskap man hade i stunden syntes i medarbetarnas upplevelser. Till en början tog kontakten till de hemisolerade mycket tid i anspråk eftersom den allmänna kunskapen om sjukdomsförloppet vid en covid-19 infektion var knapp och medarbetarna kände att de behövde uppdatera sig frekvent på patientens mående.

”...vi har ju lärt oss och anpassat oss efter nya förutsättningar hela tiden...för det är ju pandemi... är ju nytt för oss allihop tänker jag” (IP7).

”... vi skrattade häromdagen och sa att tänk att man gjorde sådär i början, att tänk va idiotiskt, men vi visste inte om något annat...det är ju sådär i en pandemi att man gör ju de saker som man tror är bäst för tillfället” (IP2)

”... då ringde vi dom (patienterna) flera dagar... vi inte visste så mycket om sjukdomen, vi visste inte riktigt hur dålig man kunde bli.” (IP8).

Speciellt under det första året under pandemin var informationsflödet väldigt snabbt vilket upplevdes som utmanande i arbetsenheten då även antalet smittade och exponerade ökade. Senare blev kunskapen om viruset och sjukdomsbilden bättre, och då upplevde informanterna bland annat att de vågade ha mindre fokus på unga och friska eftersom det visat sig att de klarar sig oftast med betydligt lindrigare symptom än de äldre och sjuka.

”... det svåra är ju att hänga med att det hela tiden kommer nya anvisningar...att hänga med i det här informationsflödet som kommer ...” (IP4).

”...de här unga klarar det med en liten förkylning...om man inte hör till någon riskgrupp så kan man vara ganska säker...det är ganska trösterikt att man har fått lite perspektiv på det att man vet vem man ska hall upp ögonen med” (IP2).

Informanterna beskriver fler upplevelser förknippade med knappa personalresurser vilket medförde att arbetet behövde anpassas. Anpassningsbehovet var i första hand förknippat med snabbt stigande antal smittor, men också med allmän brist på vårdpersonal samt med svårigheten i att anpassa personalresursen till arbetsmängden.

”... då vi börja få 300 karantäner i veckan insåg vi att det går ju inte helt enkelt, så då blev det ju då att vi håller kontakten med de som vi kände att de här behöver få mera stöd eller de här behöver vi hålla lite koll på [...]en svår bit är att få personalen att räcka till...det har ju nog varit också ett av de största bekymren under året att få personal...” (IP4).

”...att bemanna för smittspårning i en lagom nivå det är alltid svårt för man vet ju inte hur mycket fall som kommer in varken veckovis eller dagsvis” (IP8).

7.1.3 Känslan av fungerande förmanskap och att vara uppskattade i organisationen

De samlade erfarenheterna av att arbeta med smittskyddsarbete under covid-19-pandemin förde även fram tankar om hur organisationen gav erkännande för smittskyddsarbetet och vilken kontakt det var möjligt att hålla med förmannen. Känslan av ett fungerande förmanskap och av uppskattning i organisationen varierade. Känslorna som beskrevs var både negativa och positiva. Avsaknaden av erkännande och stöd, samt en oklar organisationsuppbyggnad framkom i följande uttalanden:

”...det man kanske saknar i efterhand är ju att man inte har fått något erkännande egentligen för det här coronaarbetet, det saknar vi... vi har ju inte fått något coronatillägg...då tänker man att vem har jobbat för corona då? Vi har satt ner vår själ i det från början... (IP1)

”... så visste jag inte ens vem som var min närmsta chef, jag satt bara på ett rum och kämpade på” (IP2).

Positiva upplevelser beträffande stödet från organisation och ledning beskrevs också. Fler informanter upplevde att de hade bra kontakt med sin förman och att förmannen var tillgänglig när det behövdes.

”... sen har vi ju också under hela pandemin haft stöttning från ledningen inom regionen...sjukvårdsledningen i den organisationen...typ stabschefer, chefläkare och beredskapssamordnare” (IP10).

”...jag har jättebra stöd av min förman här... alltid då det har behövts, och där emellan kommer jämt och frågar om allt är okej, om jag har allt på klart eller om det är något som behöver funderas på” (IP3)

Att inte få något stöd från ledningen upplevdes av en del informanter både på en allmän och mera praktisk nivå. Det framkom bland annat att grundläggande förutsättningar för arbetet, såsom arbetsutrymmen och datorer, inte alla gånger var ordnat av ledning eller förmän, utan behövde ordnas av medarbetarna vid sidan om arbetet.

”...nä, stöd från ledningen, nej, stöd från ledande skötare, nej, det har vi faktiskt inte upplevt nej” (IP1)

”... det var som att vi fick ordna datorer och allting sånt där runtikring och försöka fixa alla såna här saker...jag har lånat skärmar från andra ställen i regionen för att vi ska kunna jobba...vi har arbetat väldigt spartanskt...stått i dåliga miljöer (IP6).

7.1.4 Utmanande arbetssätt och otillräckliga arbetsmetoder inom smittskyddet

I huvudsak verkade informanterna ha anpassat sig till de nya arbetssätten som pandemin medförde, men det framkom också ett flertal upplevelser om olika utmaningar i arbetet. En stor del av utmaningarna var kopplade till att patientkontaktarna i huvudsak sköttes per telefon. Ganska fort utnyttjades även textmeddelanden och e-post för information av mera allmän karaktär, men faktumet kvarstod att patientens mående under hemisoleringen evaluerades i

huvudsak genom upprepade telefonsamtal. Dels var det arbetsdrygt att ringa upp ett stort antal människor, samtidigt som det fanns med en osäkerhet i arbetet då den direkta kontakten uteblev. I osäkra fall fick vårdpersonalen inom smittskyddet ordna med hembesök via en annan enhet, eller helt enkelt skicka patienten till sjukhuset för klinisk kontroll. En del av de här besöken kunde man ha undvikit om det funnits tekniska lösningar för evalueringen av både patientens fysiska och psykiska tillstånd, samtidigt som samtalens mängd kunde ha minskats.

”...att man inte ser patienten och har den där direkta kontakten utan bara per telefon...att det skulle ha varit jätte bra att ha den här kontakten via Zoom, Skype...” (IP5).

”...det har varit några fall där det ha varit sådär (oklart) hur illa är det med den här patienten att då ha hemservice farit ut och ta saturation...är det så att man anser de behöver en bedömning så har det varit så att de har skickats till centralsjukhuset (IP1).

Informanterna beskrev fler tillfällen då tekniska hjälpmedel kunde ha gjort smittskyddsarbetet snabbare och smidigare, men samtidigt poängterades att den personliga kontakten var viktig och behövlig i fler fall. Speciellt vid massexponeringar upplevde vårdpersonalen att det skulle ha hjälpt mycket i arbetet om det funnits en möjlighet att meddelade de exponerande med ett elektroniskt meddelande i stället för att ringa upp. Speciellt yngre personer kunde bra ha rapporterat om sitt mående via någon applikation, men sådana fanns inte tillgängliga.

”...alla de här yngre skulle kunna ha en app som den här OmaOlo...att de dagligen själv skulle fylla i...att de mäter sin temperatur...de kan räkna andetag...puls... följa med hur de hostar...alla de här parametrarna...speciellt saturationer skulle vara jätteviktigt att få och blodtrycket på äldre patienter” (IP5),

”...något datasystem som de loggar in och fyller i hur de mår...säkert ett bra komplement...men inte riktigt åt allihopa...det behövs nog det här att man faktiskt, att nån fysiskt ringer och har kontakt...” (IP4),

Det framkom att det fanns väldigt mycket byråkrati i smittskyddsarbetet som medförde både tilläggsarbete och olika fördröjningar. I de fall där byråkratin försvårade arbetet upplevdes den som onödig och att man borde ha kunnat göra snabbare beslut om till exempel anskaffningar.

”... så har vi ju mycket byråkrati kring alla som är satta i karantän, i isolering, de ska ju ha sina karantänsintyg, sina isoleringsintyg skrivna ...och sen då posta de här” (IP5)

”...det är väldigt mycket byråkrati till exempel att upphandlingen av skärmar inte är gjord så ni kan inte få några skärmar... jamen vad bra, då kan vi inte jobba... någonstans så kan jag

tycka att man borde ha varit betydligt tuffare med det här och säga att nu är det så här, nu släpper vi på det här [byråkratin] och det här [pandemin] går före allting - men det har inte riktigt varit så” (IP6)

Informanterna beskrev olika utmaningar förknippade med kontakten till utlänningar och olika etniska minoriteter. Det var dels frågan om konkreta språkliga problem, dels om olika kulturella kommunikationsproblem förknippade med kulturbundna attityder och förhållningssätt. I de här sammanhangen kunde det vara brist på pengar, ändamålsenliga utrymmen för hemisolering, samt en nedsatt förmåga att ordna med olika praktiska ärenden på grund av språkhinder. Informanterna upplevde att kontakten till utlänningar ofta blev fördröjd, eller att kommunikationen var bristfällig, på grund av språkhinder och bristen på ändamålsenliga tolktjänster. Informanterna beskrev också att kulturbundna attityder bland etniska minoriteter verkade vara kopplat till hur instruktioner förknippade med hemisolering togs emot och följdes.

”... största utmaningarna har varit språket egentligen, kultur och språk, det har nog varit att man i vissa kulturer väldigt ogärna namnger någon som man eventuellt har smittat ner, och så rena språkproblem...”(IP2),

”... med vissa så har man kommunikationsproblem... också utlänningar... att man har inte nödvändigtvis något gemensamt språk och sedan... jag vet inte om det är misstro mot myndigheter eller vad det är...(IP8)

7.2 Upplevelser förknippade med psykologiska och sociala faktorer

Kategorin *upplevelser förknippade med psykologiska och sociala faktorer* är uppdelat i tre underkategorier; 1) att finnas till för patienten och se de individuella behoven, 2) ovisshet, rädsla och oro är ständigt närvarande i arbetet och 3) känslan av meningsfullhet, samarbete och kollegialitet som bärande krafter.

7.2.1 Att finnas till för patienten och att se de individuella behoven

Ur informanternas beskrivningar på hur de tog sig an den hemisolerade patientens helhetssituation framträdde tydligt en vilja att svara på patientens individuella behov, såväl fysiska som psykiska. De fysiska konkreta behoven handlade om att säkerställa hjälp med dagliga sysslor och att försäkra sig om att patienten hade tillgång till mat. På basis av

vårdpersonalens upplevelser var det lätt för de flesta patienter i hemisolering att ordna med hemleverans av matvaror och att få hjälp av vänner och bekanta med olika praktiska sysslor. Att det fanns möjlighet att koppla in socialtjänster eller kyrkans mathjälp beskrevs, men det verkade inte i regel finnas behov för det. I vårdpersonalens upplevelser framkom inget sådant som tydde på att de hemisolerade skulle ha brutit mot reglerna för isolering på grund av praktiska eller ekonomiska orsaker.

”...speciellt i början kommer frågor om vem som handlar, eller sådär praktiska saker, hur de får hjälp med post och sådant, det kan man ju hjälpa dem med i så fall, men oftast så tycker jag nog att inte har det varit några frågor om det, för butiker har ju gått ut så bra med hemleverans och sånt, så de klarar sig...” (IP1)

”...vi har haft något fall där det inte finns nå pengar, då har vi kopplat in socialen och har de inte rätt att gå via socialen så finns ju kyrkans mathjälp” (IP2)

Informanterna upplevde att det var viktigt att patienterna i hemisolering kunde lita på att de fick medicinsk hjälp ifall det behövdes, och att någon tog hand om dem. Att förmedla känslan av trygghet framgick som viktig bland informanterna och ofta syntes det som viljan att vara tillgänglig och strävan till att upprätthålla en kontinuitet i vården.

”... generellt har de mest behövt höra eller veta...att det finns möjlighet för läkarundersökning om det behövs” (IP3).

”... vi försöker alltid vara samma person som ringer upp för det ska vara ett vänligt och tryggt och sakligt bemötande när man ringer för att personen hamnar ofta i chock när de får besked att de har corona och det kan utlösa olika reaktioner hos olika personer och så” (IP5).

Empatin och behovet att finnas till för patienten, speciellt i början av pandemin, upplevdes så viktigt att en del av vårdpersonalen valde att vara tillgängliga även utanför den egentliga arbetstiden. I situationer då patienten i hemisolering verkade lida av ensamhet och ha skrala sociala nätverk upplevde informanterna att det var extra viktigt att förmedla omtanke.

”... i början hade vi med den (arbetstelefonen) hela tiden hemma också, så personer fick också ringa kvällstid om de var i det behovet”.

”... speciellt om de är ensamma, så måste det finnas en känsla av att någon bryr sig om och har koll på mig och hör efter hur jag mår och hur jag har det, att de inte är bara satta i isolering och karantän och ingen som kollar dem ...att de bara sitter där e ju hemskt...” (IP5).

Vårdpersonalens tillgivenhet och ansträngningar för att stödja och trösta, samt hjälpa patienterna i hemisolering att bemästra situationen framkom i fler intervjuer och kan belysas med citaten:

”... försöker få dom (de isolerade) att känna en trygghet och veta vad dom ska göra” (IP6)

”... så försöker jag liksom alltid trösta dom att det är helt omöjligt för dig på måndag att veta att du ska bli sjuk på onsdag” (IP7).

Det framkom i vårdpersonalens upplevelser att kontakten till patienter i hemisolering ofta också innebar att få ta emot starka känsloreaktioner såsom rädsla, oro, ilska och frustration. Kroniskt sjuka patienter var rädda för hur de skulle klara sig och en del fick dödsångest. De smittade patienterna i hemisolering kunde också känna skam, samt oro för sin omgivning och för personer som de exponerat för smitta. Att ringa upp patienten med beskedet att hen bör försättas i hemisolering upplevdes ofta som tungt, speciellt då patienten reagerade med ilska eller sorg.

”... och sen oro förstås, att om man har en kronisk sjukdom... folk fick ju dödsångest...att nu har jag själv den här dödliga sjukdomen att hur ska det här gå?...vissa har klarat sig bra men andra har fått jättesvår psykisk ångest...” (IP5)

”...i början var det nog skamligt att man hade fått corona, det var som att man hade gjort något fel...de ville inte att någon ska veta de är positiva” (IP2)

”...det som jag tycker har varit svårast faktiskt för folk har varit jätteledsna...ringt och gråtit... och jag kan inte köpa julklappar till mina barn...” (IP7).

7.2.2 Ovisshet, rädsla och oro är ständigt närvarande i arbetet

Att arbeta inom smittskyddet under en pandemi var nytt för alla eftersom stora pandemier inte haft utbrott under den tid som informanterna levt eller varit i arbetslivet. Coronaviruset var unikt i sitt slag, det fanns inga erfarenheter från tidigare att bygga på när pandemin bröt ut. Fler informanter beskriver att de blev slängda in i något okänt som fort eskalerade och att det fanns mycket ovisshet och också äkta rädsla i luften bland vårdpersonalen. Att se på nyheter från situationen i världen var skrämmande.

”... det handlar ju nog mycket om att man inte vet i början vad det handlar om...det här med corona var ju en total ovisshet...man visste inte vad sjukdomen är” (IP2)

”... att se nyhetsbilder från världen med överbelastade system... ökande dödsfall och massgravar skapade oro och rädsla, ingen inom smittskyddet visste hur det slutligen skulle gå” (IP5)

Ovissheten i arbetet upplevdes också vara förknippat med motstridiga och oklara rekommendationer utfärdade av olika myndigheter och styrgrupper, det skapade osäkerhet i arbetet.

”...sen är det också lite råddigt med den här...alla regler som kommer ovanifrån... att liksom då det är så många instanser... dels regionförvaltningsverket... social- och hälsovårdsministeriet och regeringen och sjukvårdsdistriktet och distriktets ”koronanyrkki”...och sedan så kommer det de här olika styrbrev och dylika som inte kanske är lagligt bindande...de här olika nivåers beslut kan vara lite motstridiga och komma lite i otakt... (IP8).

7.2.3 Känslan av meningsfullhet, samarbete och kollegialitet som bärande krafter

Fler informanter beskrev upplevelser som fick dem att känna meningsfullhet i arbetet. Meningsfullheten syntes bland annat i upplevelser av att arbetet var roligt, intressant och unikt samt av att i arbetet få positiv respons och uppskattning av patienterna. Informanterna beskrev även meningsfullheten i sina uttalanden som känslan av att vara till nytta och av att den egna arbetsinsatsen är viktig för pandemiarbetet på området. Att kontakten till de hemisolerade ofta utgjorde intressanta mellanmännsliga möten upplevdes också som meningsfullt. Det fanns en stor vilja att hjälpa och ställa upp.

”... har varit jätteintressant och spännande, känts meningsfullt att vara med...det är ju inte så ofta man ges tillfälle att få jobba med en pandemi” (IP4).

”...det här arbetet har också gett mycket positiv feedback, ...också positiva upplevelser och personkontakter, så det har varit givande - man blir ju alltid glad om nån uppskattar ens arbete (IP5)”

”...det har också varit en tillfredsställelse i det här för jag har känt väldigt tydligt att man har gjort nytta och dessutom så har vi fått väldigt mycket tacksamhet...” (IP7)

Att det fanns stunder då arbetet inte kändes meningsfullt framkom även i informanternas uttalanden. De stunderna var förknippade med brist på omväxling, att man längtade tillbaka till tiden före pandemin och att man började ifrågasätta reglerna inom smittskyddet.

”...men ibland så suckar vi att nu räcker det...det går som på femtielfte varvet för oss...här sitter vi och babblar det här samma[...]det känns som omotiverat att säga att du måst vara i karantän om du blivit exponerad och fått en vaccinationsdos...om du ha fått två doser för en vecka sen så behöver du inte vara det” (IP2).

Att olika former av samarbete spelade en viktig roll i arbetet syntes i alla informanternas upplevelser. Samarbetet beskrevs som viktigt för att kunna få och dela information, för att lösa problem tillsammans och för att ha möjligheten att dela på erfarenheter och kunna återkoppla. Informanterna upplevde samarbete som viktigt på fler olika nivåer; inom smittskyddet, mellan förman och medarbetare, mellan olika enheter inom vården, samt tvärasektoriellt inom kommunen. Det positiva förhållningssättet till medarbetare och vikten av kollegialitet framkom i uttalanden om omtanke, teamarbete, dialog och kommunikation i den egna arbetsenheten.

”... varje vecka har vi Teamsmöte beroende på situation...där vi diskuterar olika saker, och där infektionsläkare är med och informerar om de nyaste direktiven som gäller corona” (IP5).

”... men det som man nog ser...hur man egentligen snabbt började samarbeta över sektorer när det är något sådant här, både social- skolor- åldrings, att allihopa hastigt hjälpte varandra...” (IP1)

”... men det här är ju en liten arbetsgrupp där vi är väldigt nära varandra... vi är väldigt kollegiala...” (IP7)

Kollegialiteten syntes också i hur man tänkte på att stödja dem som kom in i arbetsteamet som nya, att de fick börja med enklare fall och komma in i arbetet bit för bit. Fler informanter beskrev det som viktigt att vara fysiskt tillsammans med sitt arbetsteam, så att det enkelt fanns möjlighet att diskutera om det dagliga arbetet med kollegor och att med låg tröskel ha möjlighet att konsultera smittskyddsläkaren.

”...när det är nya ska de helst börja med lite enklare fall...och så vi som varit här ett tag får ta de mer komplicerade...när inskolningen är klar och de blivit varma i kläderna då får dom förstås också ta allting” (IP6).

"... vi satt två stycken i rummen bredvid varandra å vi sprang in och ut till varann att hur gör du med det här och var ska jag klicka" (IP2)

8 Diskussion

Syftet med studien var att beskriva upplevelser bland vårdpersonal som arbetat med smittskydd och uppföljningen av patienter i hemisolering under covid-19-pandemin. Resultatet visade att arbetet krävt både kompetens och ett självförvaltande förhållningssätt där kravet på kontinuerlig utveckling och anpassning av arbetsmetoderna varit stort. Det praktiska arbetet inom smittskyddet och uppföljningen av hemisolerade patienter har utgjort en ständig balansgång mellan tillämpandet av bästa möjliga kunskaps- och erfarenhetsbaserade praxis och de realistiska möjligheterna att sköta alla de uppdrag som tillfördes smittskyddet under pandemin. Då smittornas mängd eskalerat har arbetet behövt anpassas till de befintliga resurserna på fler olika sätt, vilket bland annat medfört att patienterna i hemisolering i allt högre grad fått ansvara själv för sin uppföljning. Det framgick i studien att ändamålsenliga digitala verktyg för uppföljningen av personer i hemisolering saknades, och att sådana skulle ha fungerat som ett bra komplement till den traditionella telefonkontakten. I resultatet framgår att vårdpersonalen upplevt smittskyddsarbetet under covid-19-pandemin som meningsfullt, men att det samtidigt varit väldigt belastande, både fysiskt och mentalt. Med tanke på att stressrelaterade problem och sjukskrivningar ökar bland vårdpersonal, samtidig som ett nationellt underskott på vårdpersonal och vårdbranschens låga dragningskraft är ett faktum, är det viktigt att reflektera över huruvida ledarskapet i en kontext med stora förändringar i arbetet stödjer även personalens välmående och anpassning till den nya situationen (Hahtela, 2020; Ignatius, 2019; Kangas, 2022; Tehy, 2021). Genom att avspegla resultatet mot det transformativa och salutogena ledarskapet kan studien bidra till ökad förståelse för de faktorer som man i ledarskapet bör ha fokus på för att stödja vårdpersonalens förutsättningar att orka och lyckas i sitt arbete då omständigheterna är speciellt utmanande. Eftersom det finns begränsat med forskning inom det valda ämnet fyller den här studien en kunskapslucka beträffande vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbetet och kontakten till personer i hemisolering.

I det här stycket diskuteras resultatet i förhållande till tidigare forskning och den teoretiska referensramen. Studiens diskussionsdel är uppbyggd under rubriker som är identiska med kategorierna och underkategorierna i resultatet.

8.1 Upplevelser förknippade med strukturella och organisatoriska faktorer

Självförvaltning, kompetens och ansvarsfrågor inom smittskyddsarbetet

I vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbetet under covid-19-pandemin trädde det tydligt fram att arbetet krävt både kompetens och ett självförvaltande förhållningssätt. Det självförvaltande förhållningssättet beskrevs som en förmåga att själv kunna bygga upp arbetsbilden i en ny situation. Att vårdpersonalen upplevde ett stort ansvar för smittspårningen och för uppföljningen av patienten i hemisolering och att arbetet krävde mycket kunnande framträdde i resultatet. Kunnandet syntes främst som yrkesmässig kompetens där vårdpersonalen klarade av att tillämpa den teoretiska kunskapen i det praktiska arbetet, att identifiera de patienter som var i behov av mera stöd och hjälp, och att anpassa arbetet enligt efterfrågan och de befintliga resurserna. Hur vårdpersonal upplevt smittskyddsarbetet under covid-19-pandemin i förhållande till självförvaltning och kompetens har inte beskrivits i tidigare forskning, därmed kan man konstatera att studien bidrar till ny kunskap om fenomenet.

I studien framkom att vårdpersonalen inom smittskyddet i Österbotten haft ett helhetsmässigare ansvar för de hemisolerades uppföljning och för kontakten till de exponerade, jämfört med smittskyddet i Västerbotten. Orsakerna till skillnaderna i ansvarsfördelningen kan möjligtvis ha berott på att informanterna i Finland jobbade i mindre kommuner i Österbotten medan samtliga informanter i Sverige jobbade i Umeå som är en förhållandevis stor kommun i Västerbotten med drygt 130 000 invånare (Umeå kommun, 2023). Att det finns ett större maskineri med fler enheter som ansvaret är uppdelad emellan är sannolikare i stora kommuner jämfört med små. De olika pandemistrategierna, där Sverige gav mera ansvar åt individen än Finland, kan också ha inverkat på tankarna om huruvida hälsovården aktivt ska följa upp de hemisolerade eller inte. Enligt Häyry (2021) förhöll man sig mera pragmatiskt till pandemin i Sverige, och utgick ifrån att smittspridningen var omöjlig att stoppa genom begränsningar av rörelsefriheten. Pandemistrategin byggde på att skapa flockimmunitet, och styrningen av pandemin var starkt delaktighetsbaserad. Det är möjligt att man utifrån den valda strategin också gav mera ansvar åt individen för smittspårningen. Finland gick in för att en strängare linje där folkets rörelsefrihet och sociala umgänge begränsades. Bland annat skolor, hobbyverksamhet, restauranger och kulturevenemang stängdes ner och man hade därmed ett mera auktoritärt och myndighetsstyrt sätt att behandla befolkningen under pandemin jämfört med Sverige. (Häyry,

2021; Statsrådet, 2020). Att man i Finland ansåg att smittspårningen var hälsovårdens uppgift, och inte patientens, kan möjligtvis härledas från den mera auktoritära pandemistrategin. Att ha det helhetsmässiga ansvaret för smittspårningen och de hemisolerade patienternas uppföljning syntes i informanternas upplevelser av ansvar och arbetsmängd. Vilken inverkan de olika pandemistrategierna eventuellt haft på det praktiska vårdarbetet framgår inte i tidigare forskning. Med tanke på informanternas låga antal är det omöjligt att dra slutsatser om de olika ansvarsfördelningarna och förhållningsätten mera generellt på basen av denna studie.

Vid avspegling av informanternas upplevelser mot det transformativa ledarskapets fyra dimensioner; *idealiserad påverkan*, *inspirerande motivation*, *intellektuell stimulans* samt *individuell omtanke* kan tolkningen göras att smittskyddsarbetet under covid-19-pandemin utgjorde en stor möjlighet för intellektuell stimulans. Enligt litteraturen bidrar det transformativa ledarskapet till intellektuell stimulans genom att medarbetarna tillåts att vara kreativa och innovativa i sitt arbete och att självständig problemlösning uppmuntras (Northouse, 2018; Svensson, 2019). Upplevelserna av det självförvaltande arbetssättet inom smittskyddet där medarbetarna själv kontinuerligt utvecklade och anpassade arbetssätten till situationen kan i hög grad sägas höra till den här dimensionen av det transformativa ledarskapet. Att vårdpersonalen var starkt engagerad i uppbyggnaden av det praktiska arbetet inom smittskyddet, och höll det som intressant, kan logiskt ses som en följd av den intellektuella stimulans som arbetet utgjorde. Den här tanken får stöd av i en finländsk studie av Martela et al. (2021) där resultatet visar ett positivt samband mellan ett självförvaltande arbetssätt, större arbetsengagemang och lägre utbrändhet bland medarbetare. Att som ledare lita på personalens förmåga att hitta de bästa lösningarna, och att detta uppmuntras, är viktigt och stöds av det transformativa ledarskapets principer. (Northouse, 2018; Svensson, 2019)

Kontinuerlig anpassning av arbetet i förhållande till kunskap, efterfrågan och resurser

Då intervjumaterialet insamlades under våren och försommaren 2021 hade covid-19 pandemin pågått i drygt ett år. Kunskapen om sjukdomen ökade kontinuerligt vilket innebar att vårdpersonalen hela tiden fick uppdatera sig med det senaste på kunskapsfronten och se till att anpassa arbetet efter de senaste rekommendationerna och direktiven. Covid-19 pandemin var unik i sitt slag, det var frågan om ett helt nytt globalt fenomen och ett nytt virus som det fanns väldigt lite kunskap om från början. Att det fanns fler kunskapsluckor i början av pandemin, och att man därför var tvungen att arbeta utifrån den bästa kunskap som fanns i stunden syntes i medarbetarnas upplevelser. Speciellt under det första året under pandemin var

informationsflödet väldigt snabbt vilket upplevdes som utmanande i arbetsenheten då även antalet smittade och exponerade ökade. Senare då den allmänna kunskapen om covid-19 viruset blev bättre, upplevde vårdpersonalen att de fick mera säkerhet beträffande vilka patientgrupper som de skulle ha mycket fokus på och vilka som i regel klarade sig utan tät uppföljning. Informanterna beskriver upplevelser förknippade med knappa personalresurser vilket medförde att arbetet behövde anpassas. Anpassningsbehovet var i första hand förknippat med snabbt stigande antal smittor, men också med allmän brist på vårdpersonal samt med svårigheten i att anpassa personalresursen till arbetsmängden. I resultatet framgick att en del vårdare valde att arbeta även kvällstid utanför den egentliga arbetstiden. Kestilä et al. (2021) för fram att ett nationellt underskott av vårdpersonal var ett faktum redan före covid-19-pandemin och att personalbristen på fler håll kunde bli så stor att det lagstadgade smittskyddsarbetet sköttes även på kvällar och veckoslut. Det här framkom även i studien.

Eftersom smittskyddsarbetet under covid-19-pandemin utgjorde en stor förändringsprocess inom vårdarbetet är det viktigt att medvetet tillämpa sådant ledarskap som bevisligen stöder vårdpersonalen i situationer som kräver extra stor anpassning. Det transformativa ledarskapet kan utgöra grunden för sådant ledarskap. För att medvetet stärka alla fyra dimensioner i det transformativa ledarskapet *idealiserad påverkan, inspirerande motivation, intellektuell stimulans* samt *individuell omtanke* krävs ett synligt och närvarande ledarskap som bygger på aktiv kommunikation där ledaren bygger upp ett stödjande arbetsklimat och visar intresse för varje enskilda arbetstagares individuella behov och resurser (Northouse, 2018; Svensson, 2019)

Känslan av fungerande förmanskap och att vara uppskattade i organisationen

Ett närvarande förmanskap upplevdes i studien som viktigt och fler informanter beskrev stödet av ledningen som gott, men det fanns också de som upplevde att förmanskapet var osynligt i organisationen. Att man inte tillräckligt ombesörjde för ändamålsenliga arbetsutrymmen och -verktyg framkom också. Informanterna förde även fram känslan av orättvisa över att inte få lönepåslag genom så kallat coronatillägg, vilket utbetalades i fler andra vårdenheter under covid-19-pandemin. Att inte få coronatillägget kändes som uteblivet erkännande från ledningens och organisationens sida. På basis av informanternas beskrivningar verkade ledarskapet inom smittskyddet ofta vara bundet till sakfrågor och själva skötseln av pandemin, och därmed kan man påstå att ledarskapet var starkt substansstyrt. Det substansstyrda ledarskapet upplevdes i regel som gott, och de negativa erfarenheterna av ledarskapet var oftast

förknippade med uteblivet förmanskap och personalledning. Hur ledarskapet upplevts av vårdpersonalen inom smittskyddet under covid-19 pandemin har inte beskrivits i tidigare forskning, därmed kan man konstatera att studien bidrar till ny kunskap om fenomenet.

Vid avspeglning av resultat mot det salutogena ledarskapet och begreppet KASAM hittar man i informanternas upplevelser både faktorer som främjar och hämmar känslan av sammanhang. Att identifiera dessa faktorer i en specifik kontext är viktigt och möjliggör en utveckling av ledarskapet. KASAM innefattar känslan av meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Begripligheten och hanterbarheten är starkt kopplade till fysiska och kunskapsmässiga förhållanden i arbetet. Begripligheten inom smittskyddsarbetet under en pandemi kan allmänt anses vara svagt på grund av bristen av kunskap och färdigt utvecklade arbetsmodeller, det framgick även i informanternas upplevelser av arbetet inom smittskyddet. När omgivningen är svår att begripa kan medarbetarnas nivå av KASAM stärkas genom möjliggörandet av återkoppling. Återkopplingen kan tryggas genom synligt ledarskap, genom både organiserade och spontana möten, samt genom upprätthållandet av en kommunikationskultur där man tillåter reflektion och öppenhet och strävar till att skapa en helhetsbild av arbetet. Informanterna upplevde dagliga diskussioner som viktiga och det verkade ofta finnas goda möjligheter till återkoppling. Hanterbarheten i arbetet kan bland annat ökas genom tryggandet av tillräckliga resurser och ändamålsenliga arbetsverktyg. (Dellve & Eriksson, 2016; Hanson, 2010). Den knappa personalresursen bidrog till nedsatt hanterbarhet, liksom avsaknaden av ändamålsenliga arbetsutrymmen och -verktyg. Informanterna beskrev att det ibland förekom oklarheter i tolkningen av instruktioner och att det var utmanande att hänga med i informationsflödet, vilket kan ses som negativa faktorer för hanterbarheten. Hanterbarheten påverkades även negativt av den dåliga möjligheten att påverka arbetstakten och av tidvis utmattning. Positiva faktorer kan ses i möjligheten att själv få bidra till arbetets planering, en hög nivå av samarbete och kompetens, samt av möjligheten till distansarbete. Hanterbarheten av smittskyddsarbetet under en pandemi i tider av nationell brist på vårdpersonal är utmanande, men det finns också fler faktorer som går att påverka när man som ledare blir medveten om dem och deras betydelse för medarbetarens känsla av sammanhang. Informanterna beskrev att de önskat mera erkännande för det krävande arbetet inom smittskyddet. Att organisationen valde att inte betala ut så kallat coronatillägg till vårdpersonalen inom smittskyddet upplevdes av en del informanter som bristande erkännande. Enligt Dellve & Eriksson (2016) påverkas medarbetarens känsla av meningsfullhet och sammanhang i arbetet via en rimlig ersättning för arbetet. Helt konkret kunde känslan av meningsfullheten bland vårdpersonalen ha ökats genom ett beslut om

utbetalning av coronatillägg inom smittskyddet, detta för att visa uppskattning och förståelse för de ökade kraven och smittskyddsarbetets centrala roll i arbetet mot pandemins spridning (Dellve & Eriksson, 2016; Hanson, 2010).

Utmanande arbetssätt och otillräckliga arbetsmetoder inom smittskyddet

Att sköta all kontakt med patienten på distans förde med sig fler utmaningar. Behovet av fler digitala verktyg för uppföljningen av de hemisolerade personerna framkom tydligt i studien. De digitala verktygen efterlystes av vårdpersonalen främst som ett komplement till den traditionella telefonkontakten med patienterna. Samtliga informanter ansåg att möjligheten till den traditionella telefonkontakten också var viktig, och att den inte helt kunde ersättas med digitala lösningar. Vårdpersonalen upplevde att speciellt yngre personer med tidigare erfarenhet av digital kommunikation kunde vara en bra målgrupp för uppföljning via dylika tjänster. Även i tidigare forskning understryks att digitala tjänster ännu bör utvecklas och att man i utvecklingsarbetet bör ta hänsyn till tjänsternas användarmålgrupp, och att seniorer i regel behöver mera traditionella tjänster och ofta föredrar personlig kontakt (Kestilä et al.,2021; Saukkonen et al.,2021). Informanterna upplevde att olika digitala verktyg kunde ha påverkat både arbetets kvalité och effektivitet och att man med fler digitala tjänster kunde ha minskat på behovet av fysiska besök. Vårdpersonalen ansåg även att ett digitalt verktyg kunde ha använts som stöd för den hemisolerades stöd på ett mera allmänt plan, för mental och fysisk coping. Tidigare forskning visar att fungerande digitala lösningar testats för uppföljning och stöd till hemisolerade (Primabodo &Kadarina, 2020; Pinyopornpanish, 2022) och att sådana varit i utveckling från början av pandemin (Interreg Botnia-Atlantica, 2021). Kestilä et al. (2021) för fram att utvecklandet av ändamålsenliga och smidiga digitala tjänster kopplade till befintliga patientdatasystem i Finland fortfarande är en stor utmaning. Att vårdpersonalen i denna studie upplevde de digitala verktygen som otillräckliga bör också ses i ljuset av att intervjuerna utfördes då våren 2021 då covid-19-pandemin pågått i endast drygt ett år och arbetsmängden inom smittskyddet fortfarande var väldigt stort, samtidigt som utvecklingen av de digitala verktygen ännu främst hade haft fokus på att samla data om människors rörelse, exponering och smitta och inte på att stödja de hemisolerade klienterna (Interreg Botnia-Atlantica, 2021).

8.2 Upplevelser förknippade med psykiska och sociala faktorer

Att finnas till för patienten och att se de individuella behoven

I tidigare studier beträffande stödet till personer i hemisolering under covid-19-pandemin framgår att socioekonomiskt utsatta personer behöver mycket stöd för att klara av en hemisolering på ett ändamålsenligt sätt. Enligt forskningslitteratur är svårigheten att förbinda sig till hemisoleringen främst förknippad med ekonomiska faktorer och rädslan att bli utan inkomst. Även trångboddhet samt kravet på skötsel av olika praktiska sysslor utanför hemmet rapporteras vara orsaken till dåligt förverkligad hemisolering. (Cevic et al., 2021). Sammanfattningsvis kan man konstatera att de upplevelser som vårdpersonalen beskrivit i denna studie beträffande de isolerades möjligheter att förbinda sig hemisoleringen stöder fynden i tidigare forskning endast svagt. Att i regel kunna ordna med behövlig hjälp i problematiska situationer för att stödja hemisoleringen framgick i informanternas upplevelser. På basis av vårdpersonalens upplevelser var det lätt för de flesta patienter i hemisolering att ordna med bland annat hemleverans av matvaror, och att få hjälp av vänner och bekanta med olika praktiska sysslor. Att det fanns möjlighet att koppla in socialtjänster vid behov beskrevs, men det verkade inte i regel finnas behov för det. Praktiska utmaningarna vid hemisolering beskrevs i studien i huvudsak beträffande utläningar som insjuknat i covid-19 under ett besök som i grunden varit planerat som kortvarigt. I de här fallen kunde det vara brist på pengar och ändamålsenliga utrymmen för hemisolering. I studien framgick inte vilken socioekonomisk status de kontaktade personerna i hemisolering hade, men det är sannolikt att personer som är försatta i hemisolering i Finland eller Sverige internationellt sett har bra möjligheter att få den hjälp av samhället som en lyckad hemisolering förutsätter, detta tack vare en allmänt hög levnadsstandard och nivå av socialvård. Att ha en tryggad ekonomi under isolering stöds även av faktumet att man av både Folkpensionsanstalten i Finland och Försäkringskassan i Sverige kan anhålla om dagpenning som kompensation för inkomstbortfall om man blivit officiellt försatt i karantän- eller isolering på grund av en allmänfarlig smittsam sjukdom (Folkpensionsanstalten, 2023; Försäkringskassan, 2023). Orsaken till att studiens resultat skiljer sig från tidigare forskningsresultat kan också vara kopplad till möjligheten att Österbotten och Västerbotten representerar områden med mindre socioekonomiska utmaningar än de områden som granskats i tidigare studier.

Att ta emot patienternas känsloreaktioner och att stödja patienterna mentalt utgjorde en del av arbetet inom smittskyddet. Fler vårdare upplevde att det var viktigt att inge trygghet och

medmänsklighet i kontakten till patienterna, främst genom att vara tillgänglig för patienten och försöka svara på de individuella behoven. Att stödja de som var ensamma och utsatta sågs som speciellt viktigt av vårdpersonalen. På basis av intervjuerna i denna studie hade vårdpersonalen i Finland ett helhetsmässigare ansvar för patientens uppföljning under hela tiden för hemisolering, vilket också innebar ett stort engagemang i patientens helhetssituation och de individuella behoven. Att ansvaret var helhetsmässigare i Finland framgick ur beskrivningar som tydliggjorde att vårdpersonalen inom smittskyddet i Österbotten hade ansvaret för uppföljningen av patientens tillstånd under hela hemisoleringen, medan smittskyddet i Västerbotten i huvudsak enbart skötte ärenden gällande isolerings- och karantänsförfaranden i början av hemisoleringen och hänvisade patienten till andra vårdenheter beträffande bedömningen hälsotillståndet. I tidigare forskning framgår att personer i hemisolering under covid-19-pandemin i regel har liten tillgång till mentalt stöd (Matias et al., 2020). Den här studien ger endast delvis stöd för de tidigare forskningsresultaten eftersom vårdpersonalen, speciellt den som jobbade i Österbotten, ofta beskrev situationer där de tog del av patientens rädslor och ångest och kände att de behövde visa omtanke och vara tillgängliga. Sammanfattningsvis kan man säga att resultatet av studien tyder på att personer i hemisolering har fått hjälp av smittskyddet både vad gäller ordnandet av praktiska ärenden och vad gäller psykiskt stöd. Informanterna upplevde att merparten av patienterna som kontaktades varit nöjda och tacksamma vilket tyder på att hjälpen upplevts som god eller åtminstone tillräcklig. Enligt tidigare forskning har stödet under hemisolering tolkats som otillräckligt ur båda synvinklarna (Cevic et al., 2021; Matias et al., 2020) vilket kan bero på att tidigare forskning gjorts i pandemins tidiga skede.

Tidigare forskning påtalar vikten av att säkerställa tillräckliga resurser och kompetens bland vårdpersonal för uppföljningen av de isoleras psykiska hälsa, och att ha olika mentalvårdstjänster tillgängliga för de isolerade (Lima et al., 2020). Enligt informanternas beskrivningar innefattade kontakten till de hemisolerade en hel del mentalt stöd och ett krav på att professionellt kunna handskas med patienternas känsloreaktioner. Att denna del av smittskyddsarbetet varit mindre synlig och därmed inte noterats tillräckligt ur ledarskapets synvinkel är möjligt, trots att inga sådana slutsatser kunde dras. Hur vårdpersonal inom smittskyddet upplevt att svara på de hemisolerades behov av mentalt stöd under covid-19-pandemin framgår inte i tidigare forskning. Studien bidrar till mera kunskap om vårdpersonalens upplevelser kring fenomenet. Ur det transformativa ledarskapets synvinkel är det viktigt att identifiera medarbetarens individuella behov och förutsättningarna för att klara

givna arbetsuppgifter och att ledaren agerar utifrån dessa. Att följa upp läget kräver ett närvarande ledarskap med öppen kommunikation. Enligt det salutogena ledarskapet är det viktigt för upprätthållandet av medarbetarens arbetsförmåga att identifiera sätt att öka arbetsuppgifternas hanterbarhet. Att möjliggöra återkoppling kan ses som centralt då man via samtal om arbetets innehåll kan identifiera behovet av stöd för arbetets utförande, samt även diskutera i vilken mån det finns kompetens och resurser i det egna arbetsteamet att sköta det mentala stödet till patienterna, och när andra sakkunniga borde kopplas in. I studien framgick inte om det förekom samarbete mellan kommunens smittskydds-enhet och mentalvårdstjänsterna, eller om vårdpersonalen fick stöd för stresshantering.

Ur ledarskapets synvinkel är det viktigt att identifiera risken för så kallad empatisk trötthet bland medarbetare då arbetsbilden utgör en ökad risk för detta (eng. *compassion fatigue*). Risken för empatisk trötthet inom vårdarbete ökar om det finns en långvarig obalans mellan känslomässig belastning och de resurser som finns för att hantera belastningen. Följden är att de emotionella depåerna töms och medarbetaren drabbas av utmattning med långtgående följder. (Ejd, 2017). Att arbetet inom smittskyddet i denna studie starkt upplevdes handla om att finnas till för patienten och se de individuella behoven kan ses som en risk för medarbetarens emotionella utmattning, speciellt eftersom arbetet gjordes med knappa resurser och det pågick en längre tid. Empatisk trötthet kan förebyggas genom ett personcentrerat ledarskap där man är vaksam på signaler på ohälsa, skapar förutsättningar för reflektion och ger tillfälle för debriefing. (Ejd, 2017). Det salutogena ledarskapet kan med fördel anses utgöra en grund för sådant personcentrerat ledarskap som här påtalas.

Ovisshet, rädsla och oro är ständigt närvarande i arbetet

Förutom att covid-19-pandemin hade en stor inverkan på de sociala omständigheterna utgjorde pandemin även en stor psykiska belastning bland både vårdpersonal och de personer som var isolerade i sina hem. Det framgick i studien att situationen var skrämmande för såväl vårdpersonalen som patienterna. Ingen visste i början av pandemin hur läget skulle utvecklas och hur dödligt viruset slutligen var, det medförde upplevelser av ovisshet, rädsla och oro. Det framgick i studien att vårdpersonalen, trots egen rädsla och oro, såg det som viktigt att stödja de hemisolerade mentalt. Matias et al. (2020) lyfter fram rädsla för sjukdom och döden, osäkerhet, ensamhet och förlust av sociala kontakter, otillräcklig information eller motstridiga råd, förlust av utomhusaktiviteter och kontakten till naturen, hjälplöshet och låg självkänsla, depression, ilska, ekonomisk förlust, otillräcklig tillgång till mat och vatten som stressfaktorer

för personer i hemisolering. Av dessa faktorer framgår tydligt rädsla för sjukdom och döden, osäkerhet, depression och ilska i studien och därmed kan studien sägas stöda tidigare forskningsresultat åtminstone delvis. Huruvida de personer som vårdpersonalen följt upp i denna studie utvecklade posttraumatiskt stressymptom eller mådde mentalt dåligt på andra sätt framgår inte. Att posttraumatisk stress och långvariga negativa effekter av isolering är relativt vanligt omnämns i tidigare forskning (Matias et al., 2020; Lima et al., 2020).

Känslan av meningsfullhet, samarbete och kollegialitet som bärande krafter

Ur det salutogena ledarskapets synvinkel är det viktigt att medarbetaren känner meningsfullhet i sitt arbete. Meningsfullheten är en viktig komponent i känslan av sammanhang som bidrar bland annat till medarbetarens stresstålighet. Meningsfullhetens är starkt kopplad till psykiska och sociala faktorer i arbetet. (Hanson 2010). Enligt studiens resultat upplevde vårdpersonalen inom smittskyddet meningsfullhet. Känslan av meningsfullhet skapades av positiva upplevelser som goda relationer, samarbete, kollegialitet, samt av att få uppleva tacksamhet och känslan av att vara till hjälp. På basen av vårdpersonalens erfarenheter kan tolkningen göras att meningsfullheten inom smittskyddsarbetet skapas av faktorer i arbetet som inte direkt var förknippade med ledarskapet, utan snarare med positiva upplevelser i förhållande till kolleger och patienter. Speglat mot den teoretiska referensramen för denna studie kan man konstatera att ledarskapet har en stor indirekt betydelse för hur medarbetarna relaterar till varandra och att detta är starkt kopplat till det psykosociala klimat som råder på arbetsplatsen. Genom lerskapet kan man ställa upp spelregler för kommunikation och bemötande på arbetsplatsen samt ingripa i situationer då kommunikationen är osakligt eller kränkande, både relaterat till kolleger och patienter. Det salutogena ledarskapet kan utgöra en grund för främjandet av ett gott psykosocialt arbetsklimat eftersom värdegrunden för salutogenes ligger i att vi relaterar till andra människor med respekt, och att vi kommunicerar en människosyn där vi ser individens styrkor och förmågor framom brister och tillkortakommanden (Eriksson, 2015).

9 Metodologiska överväganden

I det här avsnittet diskuteras studiens validitet (giltighet), reliabilitet (tillförlitlighet) och generaliserbarhet (överförbarhet). Enligt Tjora (2012) utgör dessa tre kriterier indikatorer på kvalitet inom kvalitativ forskning.

9.1 Studiens validitet

Eftersom studiens syfte var att studera ett specifikt fenomen; vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbete och stödandet av patienter i hemisolering, var det välmotiverat att använda sig av en kvalitativ forskningsmetod, semi-strukturerade intervjuer och kvalitativ innehållsanalys. För att garantera att materialet inte förvrängs har skribenten bekantat sig med den metodlitteratur som det refereras till i studien och följt de anvisningar som beskrivits. Den kvalitativa ansatsen lämpar sig väl i studier där man vill utforska och få insikt i nya ämnen (Bowling, 2014) och där fokus är på informanternas unika upplevelse av ett specifikt fenomen i en viss kontext (Dalen, 2019; Henricson & Billhult, 2017). Studien har ett induktivt perspektiv eftersom skribenten på basis av vårdpersonalens upplevelser strävar till att bygga upp idéer för verkningsfullare arbetsmetoder inom smittskyddsarbetet och för ledarskap som stödjer vårdpersonalens välmående, stresstålighet och förmåga att anpassa sig till snabbt ändrade krav i arbetet. Enligt Bowling (2014) innebär det induktiva perspektivet att forskaren observerar ett fenomen och bygger upp idéer och testbara hypoteser.

I urvalsprocessen är det viktigt att försäkra sig om att informanterna har erfarenheter av det fenomen som är i fokus (Henricson & Billhult, 2017). Eftersom man intervjuat vårdpersonal som arbetat inom smittskyddet och med kontakten till patienter i hemisolering under covid-19-pandemin kan man med fördel påstå att informanternas upplevelser svarar på studiens syfte och att valet av informanter därmed stöder studiens validitet.

I studien användes ett färdigt transkriberat intervjumaterial som samlats in av en projektgrupp under våren 2021 inom ramen för ett en annan studie gällande smittskyddsarbete (PANDA). Läkarnas och sjukskötarens intervjuguidar bestod, utöver några demografiska bakgrundsfrågor, av frågor grupperade under tre övergripande teman: 1) pandemin, 2) arbetsuppgifter samt 3) utveckling och framtiden. Att mera specifikt kunna ha fokus på informanternas upplevelser kring olika förhållanden och arbetsuppgifter inom smittskyddet skulle troligtvis ha varit möjligt om skribenten hade utformat intervjuguiderna och utfört intervjuerna själv som en del av denna studie. Eftersom informanterna alla arbetade i Västerbotten eller Österbotten och de var få till sitt antal, fyra respektive sex, kan inga slutsatser på basen av studien dras angående vårdpersonalens upplevelser generellt i Finland och Sverige. I studien framförs tankar om att skillnaderna i arbetssätten länderna emellan eventuellt kan bero på olika pandemistategier, men det här bör ses som en hypotes som borde testas via ytterligare studier för att kunna verifieras.

9.2 Studiens reliabilitet

Att skribenten själv haft arbetsuppgifter inom det kommunala smittskyddet under covid-19-pandemin är ett faktum som gör det viktigt att vara transparent och reflekterande beträffande förförståelsens möjliga inverkan på resultatet. Förförståelsen kan ha inverkat negativt på tolkningarnas reliabilitet då det inte är försvarbart att påstå att den kvalitativa innehållsanalysen kan göras totalt neutralt (Tjora, 2012; Henricsson, 2017). För att undvika att materialet som användes i studien skulle förvrängas tänkte skribenten aktivt på att inte inkludera egna tolkningar i innehållsanalysen eller forskningsresultaten. Skribenten var noggrann med att granska intervjumaterialet objektivt och inkludera i resultatet samtliga upplevelser som informanterna förde fram relaterade till studiens syfte, inte enbart de upplevelser som stärkte den egna förförståelsen. Samtidigt upplever skribenten att förförståelsen varit en styrka för tolkning och reflektion och att den bidragit till personligt intresse och engagemang för genomförandet av studien. Förförståelsen har skapats, förutom genom arbetet inom smittskyddet, även genom att skribenten har läst in sig på ämnet innan utförandet av studien. Tjora (2012) för fram att man inom den tolkande traditionen, som även den kvalitativa metoden bygger på, har insett att det inte existerar någon fullständig neutralitet och att förförståelsen kan ses både som en störning och en resurs. För att stärka läsarens tanke om att det är informanternas upplevelser som beskrivs i resultatet, och inte skribentens, har ett flertal citat använts i resultatdelen. Att föra fram informanternas ”stämma” via citat är också något som Tjora (2012)

för fram som ett sätt att öka på forskningens reliabilitet. Eftersom skribenten för denna studie fått utnyttja ett färdigt intervjumaterial, och inte varit delaktig i intervjuerna, kan man konstatera att förförståelsen inte haft inverkan på intervjuernas genomförande såsom valet av de exakta frågorna som ställdes till informanterna. Att skribenten varken själv utförde intervjuerna eller gjorde transkriberingarna kan däremot till en viss mån öka risken för feltolkning av materialet. I det här sammanhanget kan det ses som en resurs att ha en viss förförståelse för det granskade fenomenet vilket kan ha minskat på risken för feltolkning.

9.3 Studiens överförbarhet

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) handlar överförbarheten om i vilken utsträckning resultatet i en studie kan överföras till en annan situation. Även Henricsson (2017) påtalar att resultatet av en kvalitativ innehållsanalys inte kan generaliseras, men kan vara överförbara till liknande kontext. De upplevelser som vårdpersonalen beskrivit i förhållande till smittskyddsarbetet och uppföljningen av personer i hemisolering under covid-19-pandemin i denna studie kan med fördel överföras på kommande pandemier och andra krissituationer där folk isoleras i sina hem under en tid som präglas av rädsla, okunskap och osäkerhet för framtiden och för den egna hälsan. Förutom pandemier kunde krig, ett radioaktivt nedsläpp eller en naturkatastrof vara sådana situationer. Överförbarheten av resultaten i denna studie kan ändå inte garanteras då varje fenomen och kontext är unikt.

10 Slutsats

Studien ökar förståelsen för vårdpersonalens upplevelser av smittskyddsarbete och uppföljningen av patienter i hemisolering under covid-19-pandemins första år. Det finns begränsat med tidigare forskning som tagit upp ämnet ur samma perspektiv, och därmed bidrar studien till att fylla den kunskapslucka som identifierats. Resultatet visade att arbetsbilden utgjort en ständig balansgång mellan tillämpandet av bästa möjliga kunskaps- och erfarenhetsbaserade praxis och de realistiska möjligheterna att sköta alla de uppdrag som tillfördes smittskyddet under pandemin. Det snabba informationsflödet med ständigt uppdaterade föreskrifter, bristen på personal och ändamålsenliga digitala arbetsverktyg, samt den allmänna oron över situationen utgjorde belastningsfaktorer i arbetet. Trots att arbetet upplevdes som belastande beskrevs det även som intressant och meningsfullt och det framgick tydligt att vårdpersonalen jobbade med stort engagemang för att svara på de hemisolerade patienternas individuella behov, såväl de fysiska som de psykiska. Känslan av meningsfullhet skapades av positiva upplevelser som samarbete, kollegialitet, att få vara med och bygga upp något nytt, samt av att få uppleva tacksamhet och känslan av att vara till hjälp.

Då studiens resultat avspeglas på den teoretiska referensramen hittas fler kopplingar som stöder tanken att det transformativa och salutogena ledarskapet utgör en god grund för sådant ledarskap som stöder vårdpersonalens stresstålighet och förmåga att anpassa sig till de förändringar i arbetet som covid-19-pandemin utgjorde. Med tanke på den rådande vårdarbristen, vårdbranschens låga dragningskraft och att stressrelaterade problem bland vårdpersonal ökat de senaste åren är det speciellt viktigt att fokusera på sådant ledarskap som evidensbaserat främjar personalens välmående och stresstålighet. Resultatet av studien och de reflektioner som gjorts angående ledarskapets betydelse kan med fördel utnyttjas med tanke på kommande pandemier och andra krissituationer som påverkar vårdarbetet på ett liknande sätt. Det transformativa och salutogena ledarskapet kan ses som en god grund för allt vårdledarskap där målet är att öka medarbetarnas engagemang, prestation samt välmående och känsla av meningsfullhet i arbetet. Personcentrerat ledarskap är viktigt för skapandet av sunda

arbetsmiljöer inom vårdbranschen och borde därför synligare lyftas fram i både utbildning av ledare och i vårdorganisationers ledarskapsstrategier.

På basen av resultatet i denna studie kan man se det som viktigt att personalen utbildas i självledarskap och att ledarskapet möjliggör ett självförvaltande arbetssätt bland medarbetarna. Att implementera användandet av fler digitala verktyg inom vården är ett arbete som redan pågår nationellt, och denna studie stärker vikten av detta utvecklingsarbete även med tanke på kommande pandemier och andra kriser som påverkar vården på liknande sätt. Att vårdpersonalen har grundläggande kunskaper i krisarbete och kan stödja patienter i olika krissituationer bör även ses som en viktig tyngdpunkt inom framtida utbildning. Resultatet ger stöd för att klara riktlinjer och strukturerade arbetssätt ökar på begripligheten och hanterbarheten i arbetet, och att fokus bör läggas på dessa speciellt under tider som är utmanande och belastande för vårdbranschen. Att vårdledare får utbildning i främjandet av ett sunt arbetsklimat, och att arbetsplatsvälmående främjas, bör ses som viktigt på basen av studiens resultat.

Vidare forskning inom området behövs eftersom covid-19-pandemin är ett unikt fenomen som det ännu finns begränsat med studier om. Forskning är viktigt eftersom nya pandemier med stor sannolikhet kommer att drabba oss och då blir det viktigt för uppbygganden av arbetet och ledarskapet att kunna utnyttja de upplevelser och erfarenheter som samlats från covid-19-pandemin. All fortsatt forskning gällande smittskyddsarbete under covid-19 pandemin, speciellt ur vårdpersonalens perspektiv, är viktig för utvecklandet av arbetsmetoderna och ledarskapet med tanke på kommande pandemier och andra kriser. Fortsatt forskning gällande digitala verktyg inom vården och vården av patienter på distans är viktigt, både med tanke på kommande kriser och allmänt för att öka på vårdens tillgänglighet och kostnadseffektivitet.

Källförteckning

- Anttila, V.-J. (2023). *Koronavirus (SARS-CoV-2, COVID-19)*. Läkärkirja Duodecim. Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01257>
- Ayaz, C. M., Dizman, G. T., Metan, G., Alp, A., & Unal, S. (2020). Out-patient management of patients with COVID-19 on home isolation. *Le Infezioni in Medicina*, 28(3), 351-356. https://www.infezmed.it/media/journal/Vol_28_3_2020_8.pdf
- Balki, E., Hayes, N., Holland, C. (2022). The Impact of Social Isolation, Loneliness, and Technology Use During the COVID-19 Pandemic on Health-Related Quality of Life: Observational Cross-sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(10):e41536. URL: <https://www.jmir.org/2022/10/e41536>
- Beredskapslag 1552/2011. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20111552>
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services*. McGraw-hill education (UK).
- Cevik, M., Baral, S.D., Crozier, A., Cassell, J.A. (2021). Support for self-isolation is critical in covid-19 response. *The BMJ*, 372 (224). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n224>
- Dalen, M. (2019). *Intervju som metod*. Gleerups.
- Danielson, E. Kvalitativ forskningsintervju. I: Henricson, M. (red). (2017). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Dellve, L., Eriksson, L. (2016). *Hållbart ledarskap – I vardag och förändring* [Rapportserien Styrning, Organisering och Ledning 2016:1, Högskolan i Borås]. DiVA. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hb:diva-10551>
- Ejd, M. (2017). *Empatisk trötthet kan förebyggas med rätt stöd*. Vårdfokus. <https://www.vardfokus.se/yrkesroller/chef-ledare/empatisk-trotthet-kan-forebyggas-med-ratt-stod/>
- Eriksson, M. (2015). *Salutogenes: om hälsans ursprung-från forskning till praktisk tillämpning*. Liber.

Folkpensionsanstalten (mars 2023). *Dagpenning vid smittsam sjukdom*.
<https://www.kela.fi/smittsam-sjukdom>

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2019). *Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland*. Forskningsetiska delegationens anvisningar 2019.
https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Etikprovning_inom_humanvetenskaperna_2020.pdf

Försäkringskassan. (2023). *Smittbärarpenning och reseersättning för anställda*.
<https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/anstalld/smittbararpenning-och-reseersattning-for-anstallda>

Gasperini, B., Sarti, D., Rondina, T., Moretti, M., Pelusi, G., Peconi, C., Prospero, E. (2022). COVID-19 isolation/quarantine rules in home care patients. *Epidemiology & Infection*, 150, E206. doi:10.1017/S0950268822001844

Hahtela, N. (2019). *Sairaanhoitajien työolobarometri 2018. Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali- ja terveystalansäntövoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista*. Sairaanhoitajaliitto.
https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri_2018_web-1.pdf

Hanson, A. (2010). *Salutogent ledarskap: för hälsosam framgång*. Fortbildning AB.

Henricsson, M. & Billhult, A. Kvalitativ metod. I: Henricsson, M. (red.). (2017). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnaden*. Studentlitteratur.

Häyry, M. (2021). *The COVID-19 Pandemic: Healthcare Crisis Leadership as Ethics Communication*. (). Cambridge: Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/S0963180120000444> Retrieved from Coronavirus Research Database <https://www.proquest.com/reports/covid-19-pandemic-healthcare-crisis-leadership-as/docview/2473448368/sc-2>

Ignatius, A. (2019). *Yrkeskarriären avbryts allt oftare på grund av depression*. Keva.
<https://www.keva.fi/sv/nyheter-och-artiklar/yrkeskarriaren-avbryts-allt-oftare-pa-grund-av-depression/>

- Institutet för hälsa och välfärd. (mars 2023a). *Coronablinkern har nu publicerats – ladda ner applikationen till din telefon*. Pressmeddelande 31.8.2020. <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/coronablinkern-har-nu-publicerats-ladda-ner-applikationen-till-din-telefon->
- Institutet för hälsa och välfärd. (mars 2023b). *Coronavirus SARS-CoV-2*. <https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/sjukdomar-och-bekampning/sjukdomar-och-sjukdomsalstrare-a-o/coronavirus-sars-cov-2>
- Institutet för hälsa och välfärd. (mars 2023c). *Karantän och isolering*. <https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/sjukdomar-och-bekampning/sjukdomar-och-sjukdomsalstrare-a-o/coronavirus-sars-cov-2/karantan-och-isolering>
- Institutet för stressmedicin ISM (mars 2023). *Känsla av sammanhang (KASAM)* <https://www.vgregion.se/ov/ism/arbetsliv/halsoframjande-arbetsplats/kansla-av-sammanhang/>
- Interreg Botnia-Atlantica. (2021). *Slutrapport på förstudien PANDA – Innovations for Pandemic isolation* (ID 20293085). [Opublicerat material]. Åbo Akademi.
- Kangas, L. (2022). *Hoitajapula ei ole vain ay-retoriikkaa tai kesän ongelma: nämä grafiikat näyttävät, millainen kriisi meitä odottaa vuonna 2040*. Yle. <https://yle.fi/a/3-12535076>
- Karolinska Institutet (mars 2023). *Referensguide för APA 7*. <https://kib.ki.se/skriva-referera/skriva-referenser-apa-vancouver/referensguider/referensguide-apa-7>
- Kestilä, L., Härmä, V., Rissanen, P (red.). (2020). *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, syksy 2020*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140661/URNISBN_978-952-343-578-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kestilä, L., Jokela, M., Härmä, V., & Rissanen, P (red.). (2021). *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2021*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142536/THL_Rap3_2021-Covid-seuranta%20kev%03%a4t%202021_f_web.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Kjellström, S. Forskningsetik. I: Henricson, M. (red) (2017). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur.
- Lag om smittsamma sjukdomar 1227/2016*. <https://finlex.fi/sv/laki/alkup/2016/20161227>

- Li, H., Peng, Y. Y., & Lu, J. P. (2021). Investigation and Analysis of 108 Cases of Home Isolated Patients With Mild COVID-19. *Disaster medicine and public health preparedness*, 15(6), e8–e11. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.296>
- de Lima, C. V. C., Cândido, E. L., da Silva, J. A., Albuquerque, L. V., de Menezes Soares, L., do Nascimento, M. M., ... & Neto, M. L. R. (2020). Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of affective disorders*, 275, 253-254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.063>
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M. & Höglund Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården*. Studentlitteratur.
- Martela, F., Hakanen, J., Hoang, N., Vuori, J. (2021). *Onko itseohjautuvuus työhyvinvoinnin vai pahoinvoinnin lähde?* Aalto Yliopisto. <https://www.aalto.fi/sites/g/files/flghsv161/files/2021-04/ItseohjautuvuusJaTyonImuSuomessa.pdf>
- Matias, T., Dominski, F.H., Marks, D.F. Human needs in COVID-19 isolation. (2020). *Journal of Health Psychology*, 25(7), 871-882. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1359105320925149>
- Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and practice*. Sage publications.
- Nyholm, L. (2021a). Begäran om utlåtande om forskningsplan. 22.2.2021. [Opublicerat material]. Åbo Akademi.
- Nyholm, L. (2021b). *PANDA- Innovations for Pandemia Isolations* [PowerPoint-presentation]. Åbo Akademi.
- Olofsson, B. (2021). *Brev till etikprövningsnämnden*. [Opublicerat material]. Åbo Akademi.
- Pinyopornpanish, K., Nantsupawat, N., Buawangpong, N., Pliannuom, S., Vanityapong, T., & Jiraporncharoen, W. (2022). Concerns of Home Isolating COVID-19 Patients While Receiving Care via Telemedicine during the Pandemic in the Northern Thailand: A Qualitative Study on Text Messaging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6591. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19116591>

Priambodo, R., Kadarina, T.M. (2020). "Monitoring Self-isolation Patient of COVID-19 with Internet of Things," *2020 IEEE International Conference on Communication, Networks and Satellite (Comnetsat), 2020*, 87-91, DOI: 10.1109/Comnetsat50391.2020.9328953. <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/9328953>

Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S55–S57. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>

Saukkonen, P., Virtanen, L., Kaihlanen, A., Kainiemi, E., Koskinen, S., Sainio, P., Heponiemi, T. (2021). *Sosiaaliselle syrjäytymiselle altistavien tekijöiden yhteys ikääntyneiden sähköiseen asiointiin: Tuloksia COVID-19-epidemian ensimmäisten aaltojen ajoilta.*

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143210/URN_ISBN_978-952-343-747-0.pdf?sequence=1

Social- och hälsovårdsministeriet. (4.3.2020). *Beredskapen för coronaviruset i kommunerna och sjukvårdsdistrikten.*

<https://stm.fi/documents/1271139/21203212/Beredskapen+f%C3%B6r+coronaviruset+i+kommunerna+och+sjukv%C3%A5rdsdistrikten/3407e238-87de-6a3a-c679-26b5c1b64fe0/Beredskapen+f%C3%B6r+coronaviruset+i+kommunerna+och+sjukv%C3%A5rdsdistrikten.pdf/Beredskapen+f%C3%B6r+coronaviruset+i+kommunerna+och+sjukv%C3%A5rdsdistrikten.pdf?t=1594358413367>

Social- och hälsovårdsministeriet. (11.3.2020). *Kommuninfo 2/2020: Hälsoskyddsmyndigheternas beredskap för coronaviruset.*

https://stm.fi/documents/1271139/21203212/Kuntainfo_koronavirusohje_sv_final_verkkoon.pdf/b56ae40f-373a-9d78-e46e-7efac801044/Kuntainfo_koronavirusohje_sv_final_verkkoon.pdf?t=1594358164437

Statsrådet. (2020). *Exit- ja jälleenrakennustyöryhmän 1.vaiheen raportti: Koronakriisin vaiku-tukset ja suunnitelma epidemian hallinnan hybridistrategiaksi.* Statsrådets publikationer 2020:12.

https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/21411573/VN_2020_12.pdf

- Steinman, M.A., Perry, L., Perissinotto, C.M. (2020). Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med.* 2020;180(6):819–820. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1661
- Stängle, S., Benedetti, F. D., Hediger, H., Bonmarin, M., Loeser, M., & Fringer, A. (2022). Use of digital technologies to combat loneliness and social isolation: a cross-sectional study in Swiss outpatient care during COVID-19 pandemic. *BMC Nursing*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00946-7>
- Svenska Akademiens ordbok, SAOB. (2022). <https://www.saob.se/>
- Svensson, P. (14 mars 2023). *Transformativt ledarskap*. Ledarskap.com. https://ledarskap.com/transformativt-ledarskap/?utm_content=cmp-true
- Tehy. (9.3.2021). *Alan vaihtoa harkitsee jopa 90% hoitajista*. <https://www.tehy.fi/fi/blogi/alan-vaihtoa-harkitsee-jopa-90-hoitajista>
- Tjora, A. (2012). *Från nyfikenhet till systematisk kunskap. Kvalitativ forskning i praktiken*. Studentlitteratur.
- Umeå kommun. (april 2023). *Kommunfakta*. <https://www.umea.se/kommunochpolitik/kommunfakta.4.533ba3d3171b940e90039.html>
- Walton, H., Vindrola, P. C., Crellin, N. E., Sidhu, M. S., Herlitz, L., Litchfield, I., Ellins, J., Ng, P. L., Massou, E., Tomini, S. M., & Fulop, N. J. (2022). Patients' experiences of, and engagement with, remote home monitoring services for COVID-19 patients: A rapid mixed-methods study. *Health Expectations*, 25(5), 2386–2404. <https://doi.org/10.1111/hex.13548>
- Wiklund-Gustin, L., Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (upplaga 1:8). Studentlitteratur AB, Lund.
- World Health Organization. (17.6.2020). *Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation*. <https://www.who.int/publications/i/item/criteria-for-releasing-covid-19-patients-from-isolation>
- World Health Organization (2020). *Covid-19 Strategy Update*. <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update>

World Health Organization. (2023a). *WHO Director-General's opening remarks at the Mission briefing on COVID-19 - 12 March 2020*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---12-march-2020>

World Health Organization (2023b). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard – Overview*. <https://covid19.who.int/>

Yin, R. (2013). *Kvalitativ forskning- från start till mål*. Studentlitteratur.

INTERVJUGUIDE FÖR INTERVJU MED HÄLSOVÅRDSPERSONAL SOM FÖLJT UPP KLIENTER I HEMISOLERING

INLEDNING

Förstudien – Innovations in Pandemia Isolations utreder och analyserar behovet av samt förutsättningarna för ett digitalt verktyg för uppföljning och stöd av klienter i karantän utgående från ledar-, personal- och klientperspektiv.

Informera om samtycke och be dem skriva under samtyckesformuläret. Intervjun kan avbrytas när som helst, utan att ange orsak.

DEMOGRAFI – bakgrund

Kön:

Ålder:

Utbildning:

Yrke:

Vad hör till dina arbetsuppgifter?

PANDEMIN

- 1) **Kan du berätta om dina upplevelser från då pandemin startade?**
(Hur började det sätta sina spår i ditt arbete? Hur skiljer det sig från hur det var då gentemot nu?)

ARBETSUPPGIFTER

- 2) **Hurudana arbetsuppgifter har du relaterat till COVID-19?**
(Vad har COVID-19 inneburit för dina arbetsuppgifter?)
- 3) **Har du fått inskolning i dina uppgifter?**
(hurudan inskolning? Hur länge? Är det tillräckligt?)
- 4) **Hurudant stöd har du fått av din närmsta chef under den pågående pandemin?**
- 5) **Hur är arbetet organiserat med uppföljning och stöd till klienter som befinner sig i karantän på grund av konstaterad smitta?**

- 6) **Hurudant stöd och hurudan uppföljning ges till klienter som befinner sig i karantän på grund av konstateras smitta?**
- 7) **Hur är det att arbeta med stöd och uppföljning av klienter i hemisolering på grund av konstaterad smitta?**
- 8) **Hur reagerar klienterna i hemisolering när man kontaktar dem?**
- 9) **Vilket stöd efterfrågas mest av klienterna i hemisolering?**
- 10) **Vilka är de största utmaningarna?**

UTVECKLING OCH FRAMTIDEN

- 11) **Vad har du för idéer kring hur man i framtiden skulle kunna arbeta med uppföljningen av klienter i hemisolering?**
- 12) **Hur ser du på framtiden gällande arbetet med smittosamma sjukdomar och pandemier?**
(Kunde arbetet bli effektivare, hur? Vad kunde man/bör man göra annorlunda?)

INTERVJUGUIDE FÖR INTERVJU MED SMITTSKYDDSAANSVARIG HÄLSOVÅRDSPERSONAL INOM PRIMÄRVÅRDEN

INLEDNING

Förstudien – Innovations in Pandemia Isolations utreder och analyserar behovet av samt förutsättningarna för ett digitalt verktyg för uppföljning och stöd av klienter i karantän utgående från ledar-, personal- och klientperspektiv.

Informera om samtycke och be dem skriva under samtyckesformuläret. Intervjun kan avbrytas när som helst, utan att ange orsak.

DEMOGRAFI – bakgrund

Kön?

Ålder?

Utbildning?

Nuvarande tjänst?

Hur länge jobbat med denna tjänst?

Vad hör till dina arbetsuppgifter?

PANDEMIN

1) Berätta om dina upplevelser från då pandemin startade?

(Hur började det sätta sina spår i ditt arbete? Hur skiljer det sig från hur det var då gentemot nu?)

ARBETSUPPGIFTER

2) Hurudana arbetsuppgifter har du relaterat till COVID-19?

(Vad har COVID-19 inneburit för dina arbetsuppgifter?)

3) **Har du fått inskolning i dina uppgifter?**

(hurudan inskolning? Hur länge? Är det tillräckligt? Om du **inte** fått inskolning – är det något du saknat?)

4) **Hurudant stöd har du fått av ledningen under den pågående pandemin?**

5) **Hur många anställda har du som jobbar med uppföljning till klienter?**

(Hurudana uppgifter har de anställda? Hur har man utbildat de i personalen som håller i trådarna för uppföljning av klienter i hemisolering? Har personalen fått någon form av stöd under denna tid?)

6) **Hur är arbetet organiserat med uppföljning och stöd till klienter som befinner sig i karantän på grund av konstaterad smitta?**

7) **Hurudant stöd och hurudan uppföljning ges till klienter som befinner sig i karantän på grund av konstateras smitta?**

8) **Vilka är de största utmaningarna?**

9) **Hur kunde detta arbete vara organiserat?**

UTVECKLING OCH FRAMTIDEN

10) **Hur ser du på framtiden gällande arbetet med smittosamma sjukdomar och pandemier?**

(Kunde arbetet bli effektivare, hur? Vad kunde man/bör man göra annorlunda?)