Both/and approaches and vicious cycles:
- a process study of navigating paradox during COVID-19

Paper for subtheme 34

of the 39th EGOS Colloquium, Cagliari (Sardinia), Italy

by Harald Tuckermann
School of Management, University of St. Gallen

June 7, 2023

Abstract (180): This paper seeks to explain why a both/and approach can lead to a vicious cycle instead of a virtuous one as paradox literature suggests. The study draws on data from a longitudinal process study of how a hospital navigated the paradox of treating patients during the COVID-19 pandemic with a both/and approach that resulted in reduced treatment capacity. By analyzing the events unfolding over time, I use a circular logic and induce a systemic model to explain how and why a both/and approach can lead to a vicious cycle. The explanation lies in two feedback loops, which are the effects of a both/and approach on resource scarcity and on affective conflicts among organizational members. The proposed model advances existing explanations on why a both/and approach can lead to a vicious or a virtuous cycle. The model underscores a shift in paradox scholarship to a processual understanding that accounts for effects on the conditions that surface paradox. These insights help organizations tap the creative potential of paradox and avoid the outcome irony that aiming to balance contradictory demands reduces the possibility to do so over time.

Keywords: paradox, navigating paradox, circular logic, COVID-19, healthcare

1 Introduction

"This lesson was brutal. And that was the impact on our staff," reflects Dan, the outgoing hospital CEO, six months after the COVID-19 pandemic. Since then, the hospital operates with reduced treatment capacities as do others in Switzerland. The UN reports a worldwide staff shortage[1] and the World Economic Forum adds that the COVID-19 pandemic "… increased strains on healthcare systems, particularly healthcare workers."[2]

One of the paradoxes that surfaced with COVID-19 pandemic (Carmine et al., 2021; Sharma et al., 2021) is that health professionals and hospitals experience the contradictory demands of treating COVID- and their other patients (Tuckermann & Schwaninger, 2022). They form a paradox that defies a rational choice because treating patients also means not to treat patients (Berti & Cunha, 2023). Like other hospitals, the one I studied pursued a both/and approach to attend both patient groups. With resources draining over time, the hospital encountered the outcome irony (Langley, 2021) of treating fewer patients because it aimed to treat all patients.

This outcome irony is contrary to the wide-spread insight of navigating paradox with a both/and approach in paradox theory, a thriving field to understand the dynamic, inconsistent, and complex nature of organizations (Lewis, 2000; Poole & van de Ven, 1989; Putnam, Fairhurst, & Banghart, 2016; Schad, Lewis, Raisch, & Smith, 2016; Smith & Lewis, 2011). This literature argues that pursuing both demands together –a so-called both/and approach - instead of privileging one over the other – called an either/or approach– enables dynamic equilibrium and virtuous cycles (Schad et al., 2016; Smith & Lewis, 2011; Tsoukas & Cunha, 2017). To illumine the puzzle between the literature and the observation, I ask: Why does a both/and approach enable a vicious cycle? By investigating the effects of a both/and approach I aim to develop an explanation for why a both/and approach not only enables a virtuous but also a vicious cycle.

This aim serves to better understand the relationship of vicious and virtuous cycles, and both/and approaches. Building on recent critique of privileging both/and approaches (Berti & Cunha, 2023; Berti & Simpson, 2021; Cunha & Putnam, 2017; Fairhurst, 2018), I use a systemic approach (Schad & Bansal, 2018) with a circular logic of feedback loops (Tsoukas & Cunha, 2017) to investigate the effects of navigating paradoxes over time. The methods section of this process study contains the case setting, the data gathering and the iterative analysis

[1] Source: https://news.un.org/en/story/2023/03/1134562; 27.03.23
[2] Global Health and Healthcare Strategic Outlook, 2023, p.1

from which the research question and its answers emerged (Langley, 1999). The findings section shows the unfolding impact of the hospital's both/and approach on (staff) resources (Kraatz & Zajac, 2001) and in interaction modes (Amason, 1996). Each expresses a feedback loop which serve as theoretical mechanisms (Langley & Tsoukas, 2010) that explain why the pursued both/and approach led to the present ironic outcome which indicates a vicious cycle.

Iterating with relevant literature, my empirical analysis leads to a process model that relates paradox, both/and approaches, vicious and virtuous cycles. My insights offer three contributions: First, they explain why both/and approaches can enable vicious cycles. This explanation shifts attention in paradox theory towards a processual and systemic understanding. Second, the model emphasizes the effects of navigating paradox on the conditions for paradox salience, which is why I argue to introduce these conditions into theories of managing paradox. Third, the impact of navigating paradox on the interaction among organizational members shows the importance of social interaction for navigating paradox. This perspective complements the current emphasis on paradoxical mindsets. Paying attention to the impact of navigating paradox on pre-conditions like resource scarcity and interaction cautions organizations to balance paradoxical elements considering their capacities, and to promote a dialogic quality of interactions among their members.

2 Background: both/and approaches and cycles

Paradoxes are persistent inter-related contradictory elements (Smith & Lewis, 2011). Paradoxes pervade organizations, for example change and stability (Farjoun, 2010), differentiation and integration (Jarzabkowski, Lê, & van de Ven, 2013), autonomy and control (Sundaramurthy & Lewis, 2003), structure and agency (Clegg, Vieira da Cunha, & Pina e Cunha, 2002), exploitation and exploration (Andriopoulos & Lewis, 2009; Luescher & Lewis, 2008; Smith, 2014), or economic and social demands (Jay, 2013; Pradies, Tunarosa, Lewis, & Courtois, 2020; Smith & Besharov, 2019). Paradoxes surface when its elements that appear logical in isolation become absurd when they adjoin (Lewis, 2000). Such surfacing occurs under conditions of plurality, change and resource restrictions (Smith & Lewis, 2011), as well as the social relations among actors brought forth in their interaction (Pamphile, 2022).

Once salient, organizational members and organizations can navigate paradoxes. Actors can decide to choose one or the other element, following an either/or approach. Such so-called defensive responses include avoidance, splitting, or confrontation, whereas so called active

responses aim to embrace paradox (Jarzabkowski et al., 2013: 248f). These express both/and approaches, like oscillating between elements (van de Ven & Poole, 1988), zigzagging (Smith, 2014), finding synergies (Andriopoulos & Lewis, 2009) or transcending an existing understanding to embrace both elements (Jay, 2013).

The paradox lens argues that either/or and both/and responses induce reinforcing cycles. They "… grow out of the ways that actors respond to contradictions" (Putnam et al., 2016: 19). More specifically, paradox literature associates both/and approaches with virtuous and either/or approaches with vicious cycles (Lewis & Smith, 2022; Putnam et al., 2016; Schad et al., 2016; Smith & Lewis, 2011; Tsoukas & Cunha, 2017):

Vicious cycles result from defensive responses (Jarzabkowski et al., 2013) because they ignore paradox (Tsoukas & Cunha, 2017: 399), give priority to one of its elements, including direct confrontation between actors who associate with either element. Since these elements persist, the pull and associated tensions towards the other – unattended element – increases over time (Clegg et al., 2002). Such an either/or approach corresponds with a strive for consistency (Smith & Lewis, 2011) and privileges short- over long-term success (Tsoukas & Cunha, 2017). Reproducing defensive responses creates patterns, respective structures and corresponding beliefs that stabilize the existing either/or approach. However, it feeds back and maintains or amplifies the experienced tensions that triggered the either/or responses in the first place (Sundaramurthy & Lewis, 2003). Over time, defensive responses raise tensions between the paradoxical elements (Lewis & Smith, 2022), invite conflicts (Es-Sajjade, Pandza, & Volberda, 2021) or turf wars (Lewis & Smith, 2022). Tsoukas & Cunha (2017:402) concludes: "vicious cycles are the result of unsophisticated (i.e., defensive) approaches to paradoxical tensions."

In comparison, active responses "can be a means to fostering virtuous cycles" (Schad et al., 2016: 32). Such both/and (Smith & Lewis, 2011), active (Jarzabkowski et al., 2013), or more/than approaches (Putnam et al., 2016) foster and require paradoxical thinking, i.e. the capacity to think in opposites and tensions as integral to organizing (Miron-Spektor, Ingram, Keller, Smith, & Lewis, 2017). Active responses promote reflective paradoxical inquiry (Luescher & Lewis, 2008), and creativity (Ford & Backoff, 1988) through which actors can envision and enact synergies between the elements (Smith, 2014), allow oscillating between both elements (Poole & van de Ven, 1989), or transcend the paradox (Jay, 2013). As in the dynamic equilibrium model (Smith & Lewis, 2011) synergy is a process "…in which managers purposefully iterate between contradictory elements in order to ensure attention to both."

(Hargrave & Van de Ven, 2016: 324). Synergy enables organizations and their members to avoid "paralyzing and often vicious cycles" and instead initiate "virtuous cycles of learning and enhanced organizational performance. (Smith & Lewis, 2011: 761).

For these reasons, paradox scholars argue that both/and approaches are sophisticated (Tsoukas & Cunha, 2017: 402) if not the best (Berti & Cunha, 2023) way of addressing paradox.

However, this preference to both/and concepts also limits the paradox lens (Berti & Cunha, 2023; Cunha & Putnam, 2017). Empirical studies and resulting theories often focus on how organizations either establish (Jarzabkowski et al., 2013; Jay, 2013; Luescher & Lewis, 2008; Pradies et al., 2020) or enact (Andriopoulos & Lewis, 2009; Pradies, 2023; Smith, 2014; Smith & Becharov, 2019) the balancing of paradoxical demands. Of the studies that investigate effects over time, some show how either/or approaches lead to vicious cycles (Ungunreanu, Bertolotti, Mattarelli, & Bellesia, 2019), how defensive responses sustain a vicious cycle (Lalounis & Nayak, 2021), and lower decision-quality (Sundaramurthy & Lewis, 2003). However, these findings do not mean that both/and concepts lead to virtuous cycles. For example, Abdallah et al. (2011) show how the promotion of paradox and both/and approaches can undermine itself. Therefore, it is timely to further investigate the effects of both/and approaches and ask: Why can both/and approaches enable a vicious cycle?

This question addresses above critique of over-emphasizing both/and approaches in paradox theory (Berti & Cunha, 2023). Investigating the effects of both/and approaches illumines the impact of paradox responses on the conditions that surfaced the paradox, thereby advancing current theories like the dynamic equilibrium model (Smith & Lewis, 2011) or in that on inter-related paradoxes (Jarzabkowski et al., 2013). Investigating these effects of both/and approaches over time emphasizes the dynamic nature of paradox, its situatedness in organizing and counters the impression that paradoxes remain remarkably stable despite acting on them (Cunha & Putnam, 2017; Fairhurst, 2018)

In order to analyze the effects of both/and approaches on vicious and virtuous cycles, I use a systemic perspective (Schad & Bansal, 2018) and build on a circular logic (Tsoukas & Cunha, 2017). A circular logic highlights that "actions lead to consequences that are evaluated by observers" (Abdallah et al., 2011: 338). Such consequences impact on the initial situation, which are the tensions that surface paradox with resource scarcity, plurality, change (Smith & Lewis, 2011) and social bonds among organizational members (Pamphile, 2022). This feedback triggers subsequent actions that induce feedback loops and can turn into reinforcing cycles due to

emerging patterns, structures and beliefs (Tsoukas & Cunha, 2017). According to these authors, reinforcing cycles can amplify or correct the initial situation. For example, amplification can occur in vicious cycles when actors respond with control to the paradox of control and autonomy that leads to further control (Sundaramurthy & Lewis, 2003). Self-correcting vicious cycles sustain the status quo (Lalounis & Nayak, 2021). Likewise, virtuous cycles can be amplifying, or self-correcting. The dynamic equilibrium model (Smith & Lewis, 2011) exemplifies amplification by arguing that navigating paradox with a both/and approach leads to further development and success. A self-correcting virtuous cycle results when the feedback loop stabilizes the relation between two contradictory demands. For example, synergies between autonomy and control can prevent an organization to lean too strongly to either element (Sundaramurthy & Lewis, 2003).

The circular logic serves as a framework for the empirical analysis to explain why a both/and approach enabled a vicious cycle in my case. The focus lies on the effects of a both/and approach on two condition of paradox salience, resource scarcity and social interactions, because these were most prevalent in the data. To observe these effects, the research follows a weak process view (Langley & Tsoukas, 2010) that investigates the events unfolding over time (van de Ven, 1992) in a specific context (Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001).

3 Methods: exploratory process study

The underexplored dynamic and complex social (Suddaby, 2006) phenomenon of managing the COVID-19 pandemic calls for a case study approach (Yin, 1994). This extreme context (Hällgren, Rouleau, & De Rond, 2018) is ideal for studying paradoxes. The pandemic surfaced numerous contradictory tensions (Carmine et al., 2021), and hospitals are rife with paradox due to their exposure during the pandemic and due to their pluralistic character (Kraatz & Block, 2008).

3.1 Research setting and data collection

The organization is a medium size center hospital with about 2500 employees in the northeast of Switzerland. It provides acute healthcare services to the regional population and selected specialties. The services are formally defined in a contract between the hospital and the funding public authorities. During the pandemic, the hospital was additionally charged with providing the testing, diagnosing, protecting, and treating of the regional COVID-19 patients

as well as with consulting the cantonal government and other healthcare organizations – local hospitals, nursing homes, rehabilitation centers, medical practices etc. Also, medical staff participated in their professional associations to develop guidelines on coping with the pandemic. Under high uncertainty and risk of self-infection, health professionals "develop the playbook on the fly" (Ciuchta, O'Toole, & Miner, 2021: 289).

The field phase started with the first pandemic wave in March 2020 and lasted until the fourth wave in February 2022. I gained access on short notice to two hospitals due to prior research projects, the offer to document their managing the pandemic and to facilitate reflection for jointly generating lessons learned. In this paper, I focus on one hospital because legal restrictions also disallowed field visits in the other.

My access enabled a close immersion during the field phase. The different data sources enhanced triangulation and resulted in the data set summarized in Table 1:

Type	Sources	Number
Archival documents	**Internal:** daily reports on the COVID-19 situation, meeting minutes of task-forces (hospital, infectiology), internal staff information, concepts, emails **External:** official statements by cantonal and national authorities, media coverage (newspapers, websites), medical publications	192 76
Observations	**Task force (hospital)**: non-participant observation since March 2020 of the meetings to develop, decide and monitor hospital-wide decisions for coping with the COVID-19 pandemic **Infectiology meetings "Corona daily":** non-participant observation since March 2020 of the weekly meeting to decide on and monitor measures of testing, treating, protecting, vaccinating staff and patients	38 58
Semi-structured interviews	**Series 1**: all taskforce and selected organizational members on their experience during summer 2020; duration, 60-120 Min. each **Series 2** selected Taskforce and organizational members on their experience during summer 2021; duration, 60-120 Min. each	26 17
Repeated open interviews	**Nursing:** daily (March 2020 -April 2022), weekly conversations of the immediate events and experiences with a nursing director, duration, 30-60 Min. **Medicine**: daily (March 2020 -April 2022), weekly open conversations of the immediate events and experiences with a leading medical doctor of infectiology, duration, 30-60 Min.	102 96

Table 1: data set: March 2020 until April 2022

Archival documents: The open access of the researchers included entrance to the intranet, so we could extract official internal documents including staff regulations in the context of the COVID-pandemic as well as emerging concepts for treating and testing patients etc. In addition, we received all task-force meeting agendas as well as minutes. Furthermore, informal

email conversations – for example with the head of communication – provided insights into the daily work of different departments.

Observations: The direct observation of the hospital-wide decision-making body – the "Hospital Task Force" – and COVID-related meetings of the clinic for infectiology – the "Corona Daily" – allowed in-depth access to how this hospital managed the pandemic within a highly uncertain context. Each encounter was recorded and documented in detailed field notes and provided longitudinal data on navigating the unpredictable pandemic in real time.

Interviews: We conducted two rounds of interviews with task force and further organizational members in a two-person team during the summer of 2020 and 2021 after the respective pandemic wave had subsided. These interviews revealed the respondents' individual experience and reflections of the pandemic and its handling as well as their future expectations. The interviews were semi-structured, lasted between 1-2 hours each, were recorded and transcribed in verbatim. In addition, the researchers took extensive field notes and reflected on emerging insights and further questions immediately after each interview.

Repeated open interviews: To generate further longitudinal data, I conducted repeated short interviews with two staff members as an equivalent for a research diary (Balogun & Johnson, 2005). These interviews lasted 30-60 Minutes each, were recorded and documented in detail in my research journal. After daily conversation until April 2020, we conversed once a week until April 2022. The interviews generated in-depth personal, longitudinal data over the field phase that helped to trace developments such a staff shortage, and modes of interaction besides enabling continued reflection with the respondents over issues at hand.

3.2 Analytical approach

The analysis of the process data (Langley, 1999) started with a rich case study of the unfolding events, decisions, and the development of the internal context of the hospital, complemented by the developing regional and federal regulations (Pettigrew et al., 2001). Two other researchers validated this step to ensure comprehensiveness. The case study helped to identify different stages of coping with the complex process of the pandemic. Figure 2 displays a selective abstraction of this analytic step that is focused on the paradox of treating COVID- and Non-COVID patients over the course of the pandemic's development in Switzerland.

Following a typical pattern of qualitative process studies, (Langley, Smallman, Tsoukas, & van de Ven, 2013), the analysis evolved by iterating between data and different literatures that

led to the current focus, research question and the explanatory mechanisms for the unfolding events and the observed outcome.

Staying close to the phenomenon, literature on extreme contexts (Hällgren et al., 2018) served to understand the hospital's initial pattern of switching from their normal activities to coping activities and back. However, this literature was limited in explaining the hospital's approach since wave 2 of pursuing normal and pandemic activities in parallel. Paradox literature suggested understanding these patterns as a both/and approach of oscillation during wave 1 and balancing to achieve a synergy since wave 2.

In a second step, I focused on normal and pandemic activities and coded the data to trace a possible paradox. Like others (Jarzabkowski & Lê, 2017) I searched for cues of tension and uneasiness in the data that revealed the experienced tensions between pandemic and normal activities. Also, this step revealed an interdependence, for example when pandemic regulations protected normal activities, or when normal activities provided resources for pandemic ones. Tension and interdependence suggest an underlying paradox. The paradox of normal and pandemic activities surfaced because it was unquestionable for the organizational members that to attend expected COVID-patients. This calling is in line with the Hippocratic oath of medical doctors, the helping profession of nurses and the hospital's public contract to serve the regional population. Resource restrictions limit the pursuit of this purpose. Aiming to treat all patients also means not to treat patients which surfaces a rationally undecidable and hence paradoxical situation (Berti & Cunha, 2023). In addition, organizational members had to act on the pandemic in the uncertain presence and its unknown duration. It fed into the paradox of treating normal and COVID-patients because the possibility of postponing certain normal treatments -e.g., of cancer or cardiology patients – diminished over time. Therefore, pandemic and normal activities form an organizing paradox that denotes parts-whole tensions (Smith & Lewis, 2011), substantiated with the data of tables on rational and affective conflicts (appendix 8.3, 8.4).

As a third step followed the analysis to understand the observed outcome of staff shortage. The data revealed that staff shortage emerged during the second wave and lasted after the pandemic ended, last acknowledged in August 2022. In order to understand how treating all patients led to treating fewer patients, I focused on feedback loops (Tsoukas & Cunha, 2017). I traced the emergence of staff shortage over time in the meeting minutes of the task force and the repeated interviews with the nursing director where the shortage was most visible. Specifically, I first collected all data referring to staff shortage – e.g., absences, open positions, and

staff exiting – and data referring to mutual support or the lack of it, and perceived workloads. Then followed a translation of these qualitative data into numbers by interpreting all indicators as low, medium, or high. Bed closures allowed for counting their occurrence directly. Aggregating these numbers for each month led to displaying staff shortage over time as shown in Figure 3. These data indicate increasing resource scarcity and show that the hospital's both/and approach resulted in the ironic outcome of treating fewer patients by aiming to treat more. To explain this outcome, the interview data helped to establish the first feedback loop that provided reasons for this development such as "fatigue", "unwillingness to work on other wards", "dropping out" and "increasing workload" for remaining staff (appendix 8.2). Literature on resources underscored this explanation (Kraatz & Zajac, 2001) as staff resources served as buffers, the deterioration of which intensified the feedback loop . As resource restrictions are known to surface tensions which impact on the relational bonds between organizational members (Pamphile, 2022), followed the analysis of the interactions among organizational members.

This fourth analytic step revealed accounts of confrontations between professions and among different clinics over resources shortages during wave 2 and onwards. In comparison, data of wave 1 expressed an atmosphere of "solidarity" and "mutual support" with few conflicts that stayed within the medical profession and between clinics. I leveraged literature on interaction and decision-making and distinguished between affective and rational conflicts as modes of interaction when organizational members navigate paradox (Amason, 1996; Sundaramurthy & Lewis, 2003). Affective conflicts include personal accusations, whereas rational conflicts focus on the task at hand. This distinction guided the analytic coding which also includes in-vivo codes thereby leading to a nuanced understanding of affective and rational conflicts (appendix 8.3, 8.4).

A fifth step meant to trace the evolving interactions following the same procedure used for resource scarcity. To explain the emergence of a vicious cycle, I focused on affective conflicts for which the repeated interviews proved helpful as meeting minutes and task-force observations contained dampened data of affective conflicts. The analysis summarized in Figure 4 indicates that affective conflicts were in the background during wave 1 and moved into the foreground during wave 2.

This distinction of affective and rational conflicts helped to reveal the second feedback loop. A highly uncertain situation with a dynamically evolving pandemic and fast-changing regulations, the risk of self-infection of staff, in combination with resource scarcity promotes the

salience of affective conflicts. These undermine collaboration and trust (Sundaramurthy & Lewis, 2003) and lower decision quality (Amason, 1996). Therefore, increasing resource scarcity in combination with rising affective conflicts helped to explain how and why the both/and approach in my study enabled a vicious cycle.

For theorizing, I broadened the empirical focus on vicious cycles and developed a process model (Figure 5) that explains why both/and approaches can enable virtuous and vicious cycles. The model contains the constructs of conditions for paradox salience, both/and approaches, and cycles as outcomes. The model also defines the relationships between these constructs based on the empirical analysis (see Table 4) between resource scarcity, both/and approaches, and their outcomes of virtuous and vicious cycles.

To ensure the credibility and aiming for the trustworthiness of the findings, I used the different data sources for triangulation. To avoid individual bias, two researchers independently analyzed the data, a third researcher validated the data entries into the case study, and a master student analyzed the interviews in parallel, which validated my results on affective and rational conflicts. In addition, I reflected the insights with the hospital staff in two so-called feedback workshops, discussed emerging findings with health professional during a national conference (September 2020) and during leadership training programs of different Swiss hospitals during 2021. Furthermore, I compared my insights with the other hospital case study. These measures validated the findings and enriched my insights, while also allowing to discern hospital-specific differences for generalizability that is limited to the hospital setting.

4 Findings navigating paradox during COVID-19

4.1 The unfolding pandemic

In March 2020, organizational members found themselves in a highly uncertain and dynamically unfolding situation: "*You are standing on the shore, and you are seeing this tsunami coming. And you cannot run away. You cannot go up on the roof*" (Ulla, ICU head nurse). In addition, staff members faced the risk of self-infection, says Warren, an infectiologist: "*You see them "breathing stertorously – and think that could be me. similar age and health conditions.*" At the same time, treatment knowledge is limited. During a visit of the ICU in August 2020, its clinic head Gregor explained: "*All we can do now is basically to turn them from back to stomach. We do that for weeks and try out all kinds of treatments. For a while, some*

seem to get better and suddenly, within a day or so, they die." Marvin, head of internal medicine, agrees in Summer 2020: *"I just cannot grasp the COVID patients and tell how they will do in the near future. It is total incalculability. It can go from zero to a hundred within hours or the reverse. It is like standing on needles."* Likewise, the pandemic is unpredictable as Gregor explained in Summer 2021: "*You never know whether a daily rise in infections or patient numbers signals another wave. You are always on the edge*."

During Winter 2020, when the hospital was hit hardest nation-wide during the second wave the ICUs and the COVID-ward reported deaths every day. Mike, the other ICU head reported in the meeting with frustration: *"Right now, we have three patient exit paths from the ICU: the ward, the rehab clinics and the pathology*." Ulla, head of ICU nursing adds:" That *was the time when we felt as if they all die*." Further uncertainty and dynamic arose from frequently changing regulations of local, cantonal, and federal and international actors.

In retrospect, organizational members depicted four waves that are shown in Figure 1 using national numbers of hospitalizations. The blue line displays the COVID-19 pandemic in Switzerland ranging from March 2020 until December February 2022:

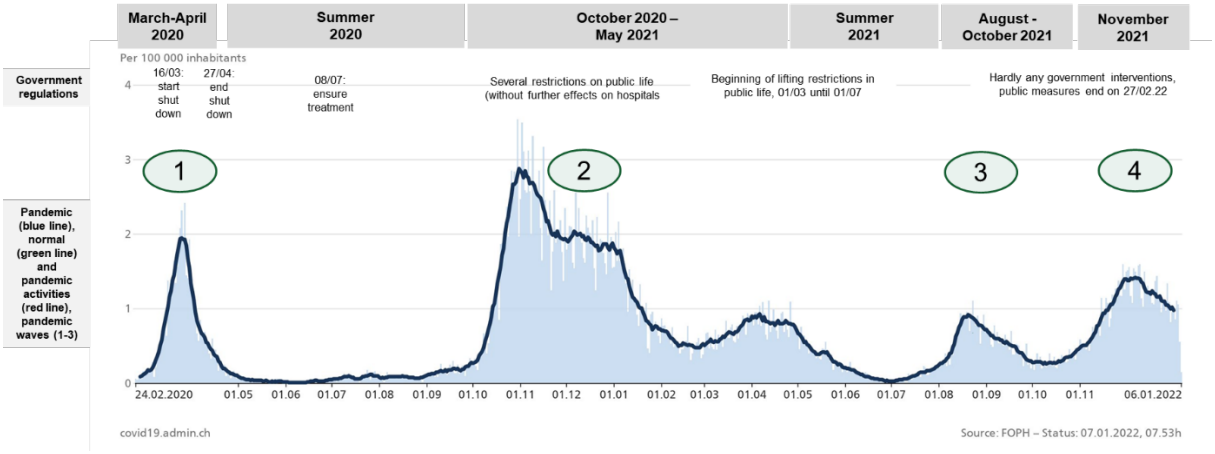


Figure 1: The COVID pandemic in Switzerland (February 2020 - January 2022) (source Swiss bureau of statistics)

Wave 1 during spring 2020 induced a federal shut-down from March 16 until April 27. Due to travel restrictions, social distancing, masks requirements and weather conditions, the summer remained calm before wave 2 started in October 2020 and ended in Spring 2021 with a provisional raise. With lifted restrictions and travel bans, wave 3 from August until September 2021 rose due to returning travelers and virus mutations that increasingly affected younger population. Wave 4 unfolded from November 2021 until January 2022. On February 20, 2022, the Swiss government lifted all restrictions and declared the end of the pandemic.

4.2 A both/and approach of calibrating treatment capacities

Figure 2 adds to the previous figure the hospital's overall approach of navigating the pandemic. The hospital's normal activities (green line) comprise all the hospital's non-pandemic activities of patient treatment, administrative tasks, and development projects. The pandemic activities (red line) include the testing, treating, protecting, vaccinating and numerous support activities for acquiring resources, staff regulations, adapting processes, handling media issues, or coordination with other providers, the government, and professional associations.

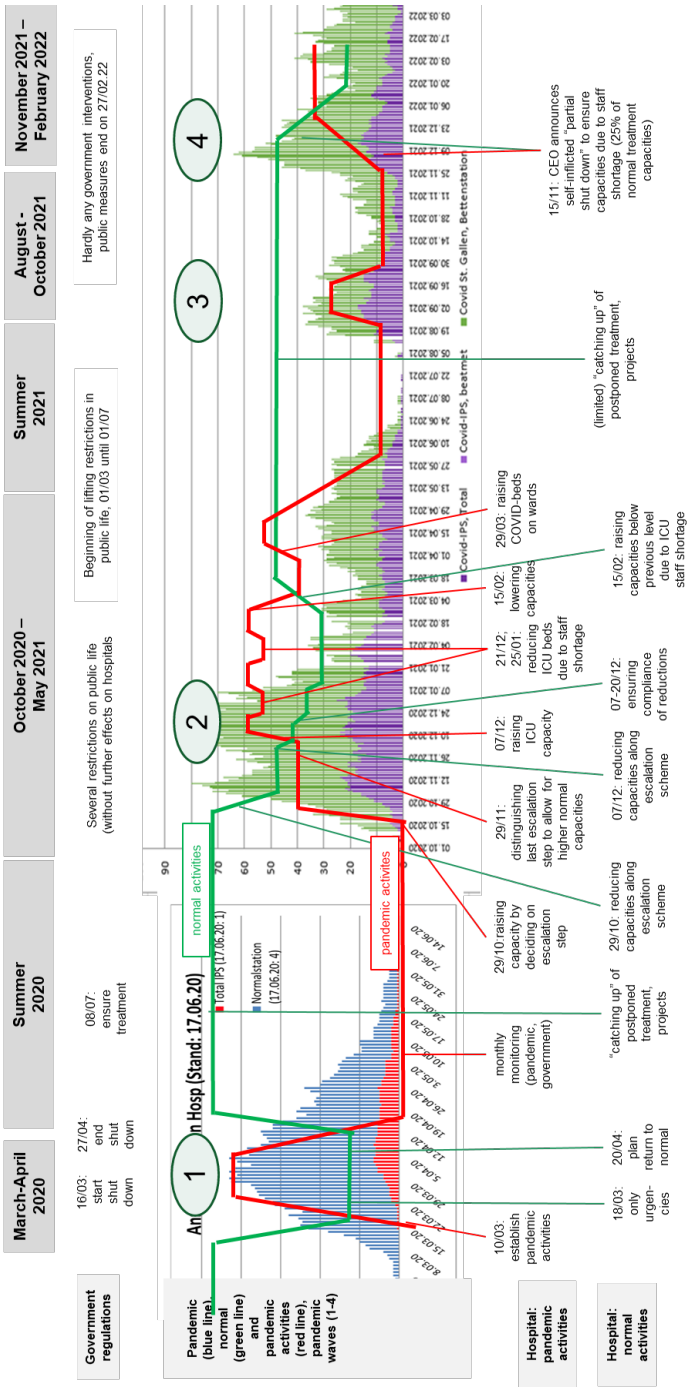


Figure 2: COVID-19 pandemic and activities

During wave 1 and in line with the federal shut-down, the hospital established its pandemic activities within two weeks during March 2020 and reduced normal activities to "*urgently necessary medical treatments*" (Task Force Meeting March 24, 2020). With the announced end of the shut-down on April 27, the CEO declared to prepare the return to normal activities from April 15 onward to commence in May 2020. Over summer, the clinics and departments regained postponed treatments, project work, so that interview respondents reported to be back on track by August 2020. With wave 2 arriving in early October 2020, pandemic activities were increased at the end of the month and treatment of other patients reduced, while other tasks like projects continued. As the situation became more intense further shifts of treatment capacities occurred from normal to pandemic activities. Due to staff shortages, ICU capacity changed several times between December 2020 and February 2021. As wave 2 slowed down, normal activities resumed in February by lowering pandemic activities. The summer allowed for catching up again with postponed activities. However, now staff shortages did not allow for resuming previous levels of activity. In addition, wave 3 challenged those involved with COVID treatment on ICU and normal wards because numbers rose but with minimal reductions in normal activities. As wave 4 approached, some clinics were reluctant to reduce their normal activities. By this time, staff shortage was pressing so that Dan, the CEO, announced a partial shut-down on November 15, 2021, via email. Lacking compliance with this decision, the order was repeated more intensely, and clinics reduced their normal activities by mid December 2021. Because the nursing department had announced the closure of beds increasingly frequently since August 2021, the continuing staff shortage did not allow the hospital to return the level of its capacities to previous levels.

Overall, the figure illustrates that the hospital followed a both/and approach. During wave 1, the hospital oscillated between normal and pandemic activities by switching from one to the other and back. The aim was "*to avoid a situation like in northern Italy*" (Dan, CEO) which experienced great pressure on providers and health professionals. From wave 2 onwards, the hospital aimed to pursue both activities in parallel: *"Our premise was to continue our normal activities as much as possible and simultaneously have resources available for the COVID-patients"* (Tom, head of anesthesiology). The changes of the red and green lines in Figure 2 reflect this both/and approach that resulted from continued decisions in the hospital task-force (see appendix 8.1 for these decisions during wave 2). These decisions regarded enhancing

COVID-related treatment capacities (red line) which corresponded with reductions of normal treatment capacities (green line).

To reach these decisions, the task force established a scheme of so-called “escalation steps” during March 2020, that was revised during summer and adapted once in November 2021. The escalation steps defined the capacities for COVID-treatment on designated wards and the ICU. The corresponding reduction needs of normal activities remained up to the clinics and departments to decide, thus not pre-defined in the escalation steps. As the task forces monitored the daily development of their hospitalizations, and when reaching the upper limit of ICU bed capacities, a reduction of normal activities was proposed and decided. This decision followed a similar pattern: Task force meetings commenced with a status report of the different clinics and departments that were concerned with COVID-patients and with support activities. Following was joint conversation of the hospital’s hospitalizations, and the current virus situation to share the perception of the meeting members on how these numbers might develop in the near future. Given capacity limits of the ICU, the CEO proposed to move up the escalation steps or not. By these means, the hospital adjusted its treatment capacities according to the current and expected future development of the pandemic.

With its approach, the hospital navigated normal and pandemic activities over time in a both/and way. This achievement occurred through oscillating during wave 1 and parallel treatment from wave 2 onward. During this time, the hospital managed to attend a high number of COVID-patients over a significant time as the region was the nation’s hardest one hit by the pandemic.

4.3 Unintended effects: staff scarcity and affective conflicts

This achievement bore the unintended effects of increasing staff shortage and affective conflicts.

4.3.1 Increasing staff scarcity

Figure 3 shows the development of staff resources over the course of the pandemic.

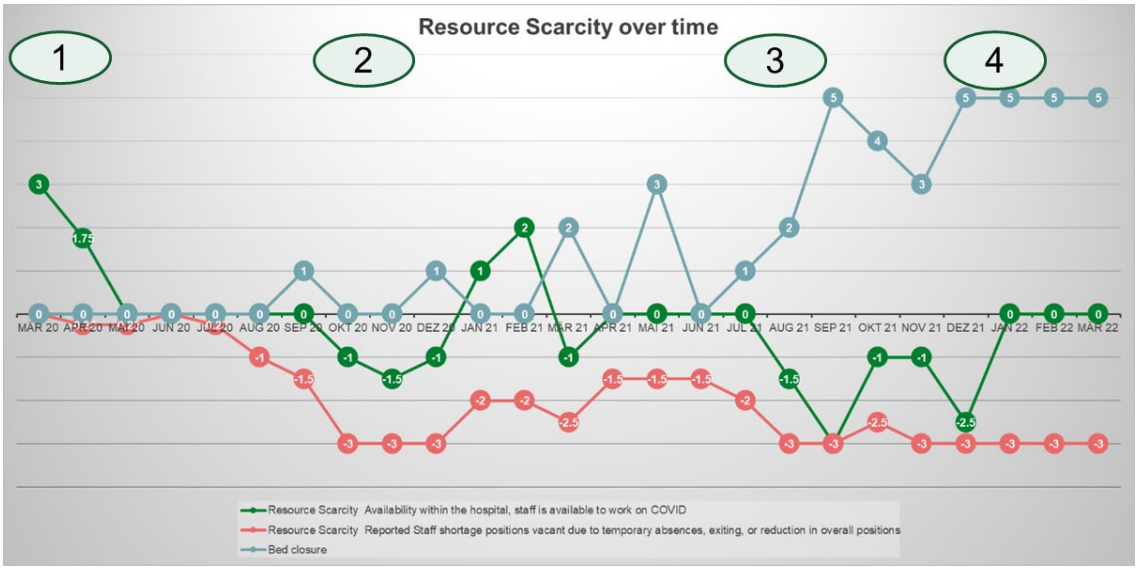


Figure 3: Staff scarcity over time

The blue line displays data mentioning the closure of beds due to staff shortage – the most critical resource after securing various materials that had been scarce at the outset of the pandemic. Short of staff, the nursing department could not maintain the staffing required for wards and ICU due to legal and professional regulations. In response, the nursing department closed beds on selected wards. Such bed closures began occurring in July 2020 due to a COVID-outbreak on one ward. From wave 2 onward, bed closure became more frequent and a weekly decision. It affected wards designated for normal and COVID-patients as well as the ICU. As the bed closure continued – a respondent informally confirmed a 15% reduction of beds in August 2022 – the hospital's overall treatment capacity remained reduced.

Besides this most visible effect of closed beds, the green line displays the qualitative data on staff availability to engage in pandemic activities. As pointed in appendix 8.2 freeing up staff was both a departmental and an individual matter. Regarding the former, clinics had to reduce their normal activities in time with two effects: they freed staff resources and used fewer beds on wards and the ICU. Some clinics complied quickly. For example, the orthopedic clinic reduced normal activities within two hours after hospital leadership recommended a reduction expecting another COVID-wave on April 26, 2021. Other clinics complied late or hardly at all during waves 2-4, thereby affecting both bed occupancy and staff availability. Ulla, head nurse of the ICU: "*We had to scrape staff together from the various clinics, bit by bit. That caused numerous discussions. Some clinics just continued with their normal treatment*". In addition, the hospital relied on voluntary support so that nurses, for example, could decline to work on a COVID ward or the ICU. As Rachel explained: "*We always mobilized staff on a voluntary basis. We never coerced anyone. I am totally against that. Coercing someone to*

work where they feel uncomfortable does not make any sense." While voluntary support (green line) was strong during wave 1, it declined during wave 2 and continued to do so with a brief interruption at the end of wave 2 (appendix 8.2), Rachel: "*We have to beg and beg, who could still help or who knows somebody, on and on.*". Similarly, the red line displays data regarding absences that reduced staff availability. Some absences were temporary due to sick leave, or legally required quarantines after COVID-outbreaks. Permanent absences occurred as staff began quitting, first noted in April 2020, but more frequent after wave 2 from Spring 2021 onward. Such positions became increasingly hard to fill because of a dry labor market and rising competition among hospitals for staff. Overall staff shortage increased and led to bed closures (blue line) that culminated during wave 4 in the partial shut-down: "*The order, that all clinics must reduce their patient intake by 25%, is mandatory! Anyone who asks again how many 25% is, I will tell: zero admissions!*" (Email, Dan, CEO, Dec. 21, 21 to all clinic heads). Later, the CEO stated: "*This lesson of the pandemic was brutal. That was the effect on our staff.*"

These data show that the both/and approach for treating both COVID- and Non-Covid patients was accompanied by rising staff scarcity. Exhaustion led to increased sick leave and quitting. The both/and approach cancelled out seasonal reductions during the summer to catch up with previously postponed normal activities. Staff shortages in turn, increased the workload for those remaining and meant additional recruitment efforts of nursing leadership in a dry labor market. Existing staff experienced higher workloads, inviting a downward spiral because of further quitting while positions remained unfilled. As a result, the hospital had to close beds from wave 2 onwards.

The increasing resource scarcity triggered the need for decisions among and between organizational members over their allocation. Such decisions involve interactions which impact decision-quality and therefore the both/and approach. The following section summarizes the analysis of the unfolding interactions.

4.3.2 Foregrounding of affective over rational conflicts

The analysis of developing affective conflicts builds on the distinction with rational conflicts as two modes of interaction that impact the quality of decisions (Amason, 1996). Therefore, these modes of interaction also affect the both/and approach of the hospital.

During wave 1, the data of task force meetings, ongoing interviews, and the interview series suggest a prevalence of rational conflicts. Conversations in task force meetings and elsewhere

were driven by task orientation, situational sensemaking, and expressed a shared purpose (appendix 8.3). Marvin, the head of internal medicine, summarizes this mode of interaction: "*I think we could talk with one another well and reached robust consensus in general*."

During wave 2, affective conflicts moved into the foreground as displayed in Figure 4. It summarizes the data analysis of reported affective conflicts during the field phase. Affective conflicts occurred within the professions of nursing or among medical doctors within and between clinics (green line), between the professions of nursing and the medicine (red line), and occasionally surfaced during task force meetings (yellow line).

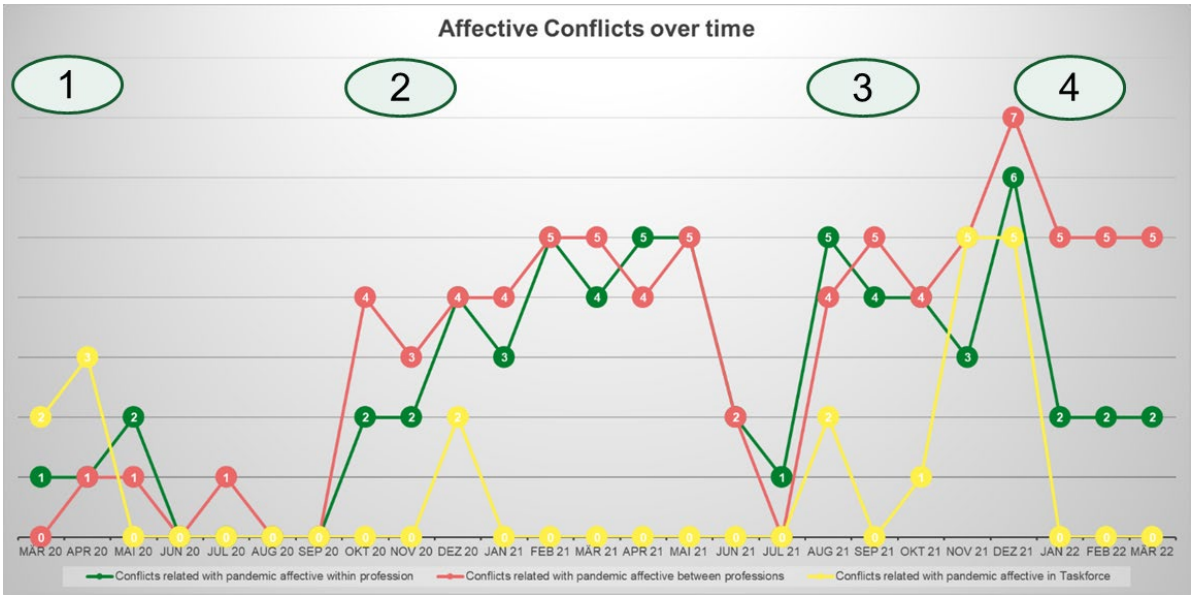


Figure 4: Affective conflicts over time

Topic-wise, affective conflicts often concerned the bed capacity and the allocation of nursing staff (see above staff scarcity). For example, during wave 1, two clinics of internal medicine struggled over beds, a topic that returned with these and other clinics during waves 2 and 4 (green line). Affective conflicts also surfaced when clinics observed others who did not reduce their normal activities or less than expected. There was a sense of "imposition and unfairness" and "opacity" that further fueled affective conflicts (appendix 8.4).

The increasing bed closure induced conflicts between the professions, namely the clinics and the nursing department (red line). Besides a general asymmetry in status and power (see Glouberman & Mintzberg, 2001; Huq et al., 2017), there was also a structural reason. In this hospital, the nursing department was independent from the clinics. While medical doctors decided the admittance of patients, nurses defined the bed capacity due to their staff resources

and professional requirements. Once these two decisions became misaligned, affective conflicts emerged. They are characterized by a lack of trust, confronting, blaming, diminishing, avoiding, and closing in on pursuing one's own interest (appendix 8.4).

Lack of trust: A central element for affective conflicts was that some organizational members did not trust the expertise of others. Although typical in pluralistic settings (Denis et al., 2001), lacking trust exacerbated with the high uncertainty around the pandemic and involved the emergence of seeming experts whose competence is questionable. Gregor, head of the ICU: "*What was difficult was that there popped up these experts on intensive care everywhere who frankly have no idea of what we do. But suddenly, they were everywhere*."

Confronting: Affective conflicts involved direct confrontations. For example, Rob, head of the emergency care unit recalls: "*There was a lot of senseless fighting 'this is not my patient' between clinics and wards to avoid work overload. Or they struggled over jurisdictions like 'this is my area, and this not and if the patient lies in yours, you have to attend him or transfer him elsewhere'*" Conflicts occurred in bilateral meetings but also during meetings of clinic heads, so that Ruth, a nursing director, remembers to call them to order: "*I then started to tell the clinic heads that they should quit fighting and quit thinking only about their own, but should start thinking of the hospital at large.*" More generally, Rachel observed in Summer, 2021 an increasingly aggressive atmosphere across levels and areas with people becoming more and more etchy.

Blaming: Affective conflicts often included scapegoating and mutual blaming. For example, nurses like Rachel repeatedly reported that she was accused in meetings of being responsible for closed beds due to staff shortage. Her colleague, Miriam, experienced the same in the surgical department. In a meeting in October 2020, the deputy head of the internal medicine departmental stated –according to Rachel– that she and the other nursing directors were unwilling to recruit further staff much to his personal disappointment. Likewise, in a task force meeting, Mike, head of the ICU generalized a single –and later clarified as false– incident of problems with transferring a patient to blame the wards of jeopardizing the work at the ICU. Similarly, on August 26, 2021, Rachel reported a conflict resolution meeting with clinic heads, nursing directors and the CEO, during which clinic heads continued accusing nursing of being both incapable and unwilling to re-open closed beds, thereby risking the health of patients. Likewise, the head of finances explained the drop of revenues with the beds closed by the nursing department in November 2021.

Diminishing: Besides blaming, affective conflicts also meant to diminish others directly and personally or indirectly by questioning their professional work standards. For example, the above accusations also imply that the nursing directors were seen as unsuited for their position. Likewise, nurses in the emergency unit felt diminished as others saw them as "wimps" (Mimose, Heidi, head nurse of the emergency care unit) while others observed irrational "fears" in others that their impaired judgement (Mike, head of hospital hygiene). Similarly, calls by medical doctors that nurses reduce their professional standards (Gregor, ICU head) implied a diminished importance of these standards and the respective profession.

Avoiding confrontation: One effect of affective conflicts was that organizational members avoided direct confrontation. This might be one reason affective conflicts rarely surfaced in the task force. Instead, I observed during the meetings that head nurses often reported sufficient staffing, despite facing absences and recruitment problems. Avoidance of confrontation was also encouraged within departments. For example, in the meeting of April 5, 2021, Ulla, the head nurse of the ICU raised the issue that staffing was not secured for the coming weeks with the CEO requesting a plan for the next week. After the meeting, Ulla's superior criticized her heavily because such a topic was not meant for the public and would undermine the standing of the nursing department. The conflict escalated and required several meetings including the CEO. Ulla reflects on the issue in Summer 2021: "*In the task force, people do not want to lose face or appear as weak. They seem to fear that others will take advantage of their weakness. But we have a pandemic, and it should not be an issue to discredit others and abuse their weakness.*"

Closing in / own interests: Another effect is that clinics and departments look after themselves, following their own interests instead of supporting each other in coping with the pandemic. The head of internal medicine, Marvin, recalls frequent struggles to fill beds with own patients that escalated: "*We had these spikes frequently with sudden entrances of COVID patients and we ran out of beds, also because some clinics planned at the limit to fill beds with their normal patients. And then, it escalated, and we had fights*." This closing in on own interests disappointed Dan, the CEO: "*Before, I thought that we did not have much of this issue of own interests and that the collaboration was good. That this was not quite the case disappointed me negatively a bit. In a crisis some quickly turn to only look after themselves*."

In sum, the finding section demonstrates that the pursued both/and approach resulted in the outcome irony of treating fewer patients while aiming for treating all patients. Over time, (staff) resources became scarce, bed closures rose and triggered affective conflicts. At the

end, the hospital had to announce a partial shut-down and operated beneath its treatment capacity until after the field phase.

5 A process model of enabling virtuous and vicious cycles with both/and approaches to paradox

The objective of this study was to develop theory to explain how a both/and approach can lead to a vicious cycle. In this section, I integrate the empirical findings with relevant literature and introduce a process model of navigating paradoxical demands with a both/and approach. The model expands the empirical focus on explaining a vicious cycle towards virtuous ones as outcomes of a both/and approach. The explanation emphasizes the two feedback loops of resource scarcity and interaction among organizational members. I argue that vicious cycles emerge from a both/and approach if resource scarcity and affective conflicts increase over time. A virtuous cycle can result from reducing resource scarcity and promoting rational conflicts. This explanation advances paradox theory that associates virtuous and vicious cycles with both/and and either/or approaches, respectively.

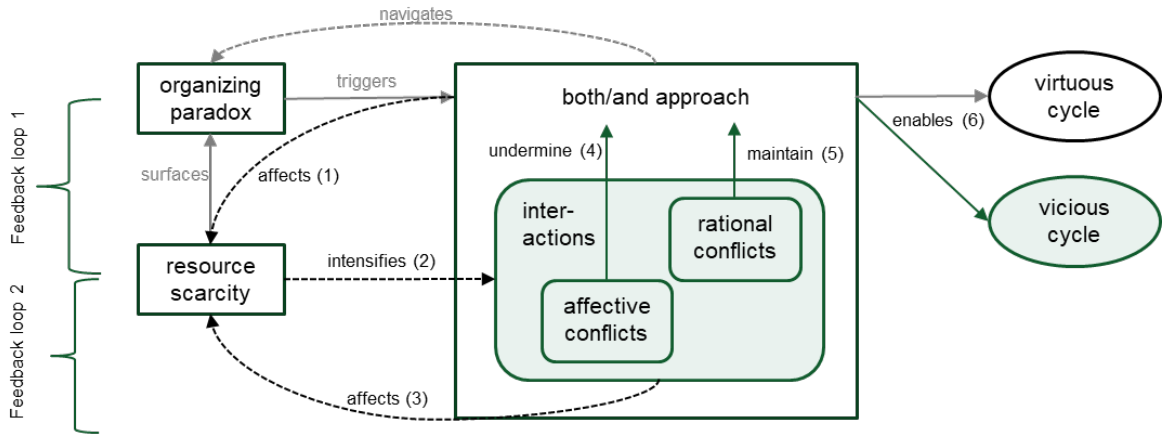


Figure 5: Model of enabling vicious and virtuous cycles with a both/and approach

In Figure 5, literature insights are displayed as black elements and grey arrows. The empirical analysis enters with green elements and black arrows which are defined and referred to the data in Table 4.

(arrow)	Definition and data examples
affects (1)	**Definition**: When establishing a both/and approach due to a new demand, resources are transferred from the existing element, so that overall resource needs increase (initially). A salient paradoxical situation can reduce resource availability over time, particularly if resources are over-used leading due to exhaustion, sick leave and exiting in the case of staff resources. **Reference to the data**: • Rational conflicts (table X) with mutual support and solidarity help mobilizing resources for the both/and approach • Bed closure of nurses (see figure X) expresses increased resources scarcity that from diminished resource availability
intensifies (2)	**Definition**: Resource scarcity require decisions over their allocation between the paradoxical elements. Decisions become more frequent under the condition of shifting resource demands (as in the pandemic), and when resources become increasingly scarce. Both factors intensify interactions among organizational members. Given the persistence of the paradoxical demands, affective conflicts become more likely under these conditions. **Reference to data**: • With increasing hospitalizations (waves) interactions intensified with more frequent meetings on different levels. • The section on affective conflicts, and figure X express an intensification of interactions in tems of affective conflicts
affects (3)	**Definition**: The quality of Interactions – i.e. rational or affective conflicts–, in turn, affect resources scarcity over time. Experiencing affective conflicts in enduring situations of resource scarcity foster organizational members to reconsider their work, which can contribute to leaving the organization permanently or temporarily. **Reference to data**: • The section on rational conflicts express the appreciation of others' work, the solidarity and mutual support that in itself promoted additional resources across the hospital and from outside that reduced resource scarcity. • The section on affective conflicts implies the opposite effect in that blaming and diminishing as well as confrontation enhanced anxiety and frustration among organizational members, which promoted absences and exiting the hospital.
undermine (4)	**Definition**: Affective conflicts undermine both/and approaches because they reduce decision quality. Among other reasons, this effect occurs by reducing the number of included perspectives into decisions, when organizational members address relational issues instead of the task at hand, and when power differences promote pursuing partial interests into one of the paradoxical elements. Relevant issues do not enter decision making. **Reference to data**: • Decision-quality was undermined by affective conflicts, for example because the staff shortage took time to become a hospital-wide issue to be adressed in the task-force. In addition affective conflicts deviate people's attention from the task at hand and towards the affective conflict as such. • Pursuing own interests, deviating from decisions, and feeling imposition further deviated attention from the task at hand.
maintain (5)	**Definition**: Rational conflicts help to maintain both/and approaches because they enhance decision quality by including diverse perspectives, orienting decisions towards the goal of addressing both elements, and minimizing effects of power differences between organizational members **Reference to data**: • Rational conflicts with a shared sense of purpose and a task orientation to cope with the pandemic enhanced the decision quality. • Sense of sharedness (solidarity): "we can do this", we are ready (Rachel); discussion and agreement of "urgent" medical required services
enables (6)	**Definition**: Both/and approaches can enable vicious and virtuous cycles which become observable if the outcome is opposite to what was intended, for example when aiming to pursue both elements results in pursuing less of either element. **Reference to data**: • Bed closures at the end of the pandemic mean that the hospital could not maintain the extent as to which it treats patients. Both normal and pandemic activities had to be reduced. Informal correspondence in August 2022 confirms a persisting reduction in treatment capacity of ca. 15% below the pre-pandemic level. Media reports confirm this result for the majority of hospitals in Switzerland.

Table 2: definition of relation between constructs (arrows) with data references

Paradoxes surface with plurality, change and resource restrictions (Smith & Lewis, 2011). Organizational members experience tensions (Lewis, 2000) between contradictory demands, like treating COVID- and other patients. Navigating this paradox triggers a both/and-approach to address both elements, e.g., by situatively adapting treatment capacities to accommodate for both needs over time. The both/and approach taps the creative potential of paradox (Ford & Backoff, 1988) and enables a virtuous cycle (Schad et al., 2016).

The two feedback loops of the empirical analysis affect this outcome such that both/and approaches can also induce a vicious cycle:

Feedback-loop 1 occurs because a both/and approach affects (arrow 1) resource scarcity for two reasons: First, establishing and enacting a both/and approach requires resources to address both (and not one) of the paradoxical elements. The need for resources increases (at least initially), for example, to avoid situations of treating some (e.g., COVID) patients while not others. If resource availability remains the same, resource scarcity rises. Second, resource scarcity can increase over time (arrow 1) because of diminishing resource availability. In the above case, staff exhaustion led to sick leaves and quitting, resulting in higher workloads for existing staff. Both lowered resource availability. At the same time, resource needs could only be reduced temporarily – by closing beds or the self-induced partial shut-down. In my case, as well as others in Switzerland and beyond (see above) the impact of reduced resource availability due to staff shortages had lasting impact leaving health providers with less treatment capacity as before. Such a longer-term effect of a both/and approach on resource scarcity indicate a vicious cycle.

Feedback loop 2 relates resource scarcity and social interactions. Social interactions are critical for establishing and sustaining a both/and approach (Huq, Reay, & Chreim, 2017; Jarzabkowski & Lê, 2017; Pamphile, 2022). Resource scarcity can affect social interactions because resources serve as buffers (Kraatz & Zajac, 2001) between the contradictory elements. Such buffering deteriorates with rising resource scarcity which is why organizational members experience increased tension. In other words, social interactions over resources intensify (arrow 2), when organizational members continuously find themselves in a situation of resource scarcity and with the aim to fulfill the paradoxical and rationally undecidable demands of attending all patients, i.e. both elements of the paradox (Berti & Cunha, 2023).

Affective conflicts –also motivated by the specific context of the pandemic– entail confronting, blaming, and diminishing. These can result in avoiding confrontations and pursuing own interests that reduce mutual support in providing resources. In this way, affective conflicts reduce decision-quality. This impact undermines a both/and approach (arrow 4) because navigating paradox requires ongoing decisions to balance the shifting paradoxical elements (Smith, 2014; Smith & Becharov, 2019). This impact of affective conflicts has been accounted for in either/or approaches (Es-Sajjade et al., 2021; O'Connor, 1995; Sundaramurthy & Lewis, 2003; Ungunreanu et al., 2019) that can induce “turf wars” (Lewis & Smith, 2022) and enable vicious cycles. My case shows and my analysis explains why this relationship can occur when organizations pursue a both/and approach (Abdallah et al., 2011).

In difference, rational conflicts enhance decision-quality because of including different perspectives, promoting reflection and an orientation towards the task at hand (Amason, 1996). Therefore, rational conflicts strengthen both/and approaches (arrow 5). This linkage has been observed with related modes of interaction like dialogue (Jarzabkowski et al., 2013), sensemaking (Jay, 2013), paradoxical inquiry (Luescher & Lewis, 2008) and supportive peer interactions (Pamphile, 2022). In addition, these modes of social interaction promote and are promoted when organizational members adopt a paradoxical mindset (Miron-Spektor et al., 2017) that implies embracing opposites (Lewis & Smith, 2022).

Finally, social interactions also affect resource scarcity directly (arrow 3). My data suggests that affective conflicts can provide further reasons for staff to lack motivation of continuing to fulfill paradoxical demands, call in sick or exit the organization. In difference, rational conflicts and related modes of interaction might reduce resource scarcity because they allow maintaining mutual support, solidarity and a shared sense of purpose (see appendix 8.3, 8.2).

Summarizing, the above model explains that both/and approaches can enable virtuous and vicious cycles. These outcomes depend not only on pursuing a both/and instead of an either/or approach as argued by prevalent paradox theory. My case study and the proposed model reveal a more nuanced explanation. Vicious or virtuous cycles result from two feedback loops. Reducing resource scarcity (feedback loop 1) and managing associated tensions through rational conflicts (feedback loop 2) maintain a both/and approach. As organizational members observe these effects, the both/and approach can gain acceptance and enable a virtuous cycle. In contrast, a vicious cycle can result from a both/and approach, when organizational members observe that resource scarcity increases over time (feedback loop 1) and find themselves in affective conflicts as tensions abound (feedback loop 2).

6 Discussion: cycles and both/and approaches

This process study emphasizes the development over time when organizations navigate paradoxes. The above model leverages a systemic view (Schad & Bansal, 2018) with a circular logic that focuses on feedback loops (Tsoukas & Cunha, 2017) in order to explain a vicious and a virtuous cycle as outcomes of pursuing a both/and approach. Paradox scholars have begun to apply such a process perspective. Conceptual work expands on understandings of paradox and suggest exploring outcome ironies (Langley, 2021). Others have explored limitations of both/and approaches due to power differences (Berti & Simpson, 2021) or impossible

synergies (Gaim, Clegg, & Cunha, 2021). A few scholars explicitly leverage a circular logic to explain the reproduction of vicious cycles due to either/or approaches (Es-Sajjade et al., 2021; Lalounis & Nayak, 2021; Ungunreanu et al., 2019), or the dissolution of both/and approaches over time (Abdallah et al., 2011). These works exemplify the dynamic nature of paradox (Cunha & Putnam, 2017) that is situated in specific contexts (Fairhurst, 2018) and highlight a relational dimension to navigating paradox (Pamphile, 2022).

Building on these works, my research challenges paradox scholars to reconsider the widely accepted association of virtuous and vicious cycles with both/and and either/or approaches. Feedback loops like the ones above, complexify current understandings by considering that "actions lead to consequences that are evaluated by observers" (Abdallah et al., 2011: 338). This reconsideration contains three implications that contribute to the theory and practice of navigating paradox.

6.1 Effects of navigating paradox on its conditions for salience

The first implication refers to the "consequences of actions." With feedback loop 1, my model shows a new insight by illumining the effects of navigating paradox on resource scarcity, one of the conditions for paradox salience. These conditions and a paradox mindset explain how paradox surface that triggers responses. However, prevalent paradox theory tends to overlook how the responses impact on these conditions. It appears to be assumed that both/and approaches reduce the tensions associated with these conditions, whereas either/or approaches appear to offer short-term relief and increase the tensions over time.

My findings question this causal link. Navigating paradox with a both/and approach did not reduce but increased resource scarcity. This effect reduced the organizational capacity for its both/and approach over time which is an essential part of the organizational context in which paradoxes are embedded (Fairhurst, 2018), besides an organization's capacities of decision-making (Berti & Cunha, 2023) and technology (Gaim et al., 2021) that can hinder pursuing a both/and approach. In addition, my findings suggest taking seriously the temporal effects of navigating paradox on such context specific capacities as well as on the conditions that surface paradox. It advances studies that have shown how plurality surfaces paradox but over time leads to strategic ambiguity that can undermine the pursued both/and approach (Abdallah et al., 2011). Likewise, change surfaces paradoxical tensions that can lead to confusion and undermine a both/and approach (Farjoun, 2010).

For these reasons, the impact of navigating paradox on the initial conditions plays an important role in leading to vicious or virtuous cycles. This insight complements existing concepts to explain the maintainance of both/and approaches that argued the importance of embedding both/and approaches in the organization (Jarzabkowski et al., 2013) and guiding structures such as guard-rails (Smith & Besharov, 2019).

In sum, I argue that navigating paradox with a both/and approach cannot assume but needs to consider the impact on the salience conditions for explaining vicious or virtuous cycles. This process view on the first feedback loop reveals a dynamic that goes beyond treating plurality, change, resource restrictions, and social relations as static.

6.2 Effects of navigating paradox on the interaction and back

The second implication associates with how observers evaluate these consequences (Abdallah et al., 2011: 338). My study offers a new insight on the impact of a both/and approach on the interaction among organizational members over time, which has received insufficient attention in paradox literature (Jarzabkowski & Lê, 2017: 456).

We know from paradox literature that experienced tensions trigger disagreements that can lead to conflicts (Lewis, 2000). Conflicts are a special type of interaction and the model's second feedback loop distinguishes between affective and rational ones. The former can contribute to vicious, and the latter to virtuous cycles because these modes affect decision quality (Amason, 1996). More broadly speaking, the types of conflict resonate with modes of interaction that are important when organizational members enunciate and navigate paradox. Several studies have shown that interactions of a dialogic, reflective, and relationally respectful quality are essential for organizational members to enunciate their thinking on paradoxes and possible responses (Pamphile, 2021; Jarzabkowski & Lê, 2017; Huq et al., 2017; Pamphile, 2021; Jay, 2013; Luescher & Lewis, 2008). Like rational conflicts, these modes of interaction promote both/and approaches to navigating paradox and thereby enable virtuous cycles (Sundaramurthy & Lewis, 2003). In contrast, modes of interaction that resonate with affective conflicts have a quality of pursuing partial interests and express separation between paradoxical elements (Es-Sajjade et al., 2021; O'Connor, 1995; Ungunreanu et al., 2019). These authors have shown that such modes of interaction sustain or promote either/or approaches that induce vicious cycles, in which organizational members might become stuck in turf wars (Smith & Lewis, 2022) and unstable truces (Zbaracki & Bergen, 2010).

My model contributes to these insights a process perspective to trace the change of social interactions over time as organizational members observe their pursuit of a both/and approach. In my case organizational members characterized the initial pandemic phase as one of mutual support and solidarity indicating interactions like rational conflicts. In difference, they reported increasing affective conflicts in later stages. These changes in interaction fed back on the pursued both/and approach. Similarly, Abdallah et al (2011) observed that discourses of transcendence became jeopardized with a changing mode of interaction. Gaim et al. (2021) have demonstrated that power differences (Berti & Simpson, 2021) with fear of affective conflicts leads actors to avoid raising issues like the technological impossibility to develop powerful diesel engines within the defined emission standards.

To summarize, hthe second feedback loop suggests paradox scholars to consider the impact of both/and approaches on the interaction among organizational members. Whereas paradox theory tends to treat rational (or affective) conflicts and related interaction modes as stable components, I argue that these interaction modes form a feedback loop and are subject to change over time. Change of the interaction mode affects the both/and approach and helps to explain why or why not a both/and approach enables a vicious or virtuous cycle.

6.3 Combining effects on conditions and interaction

Third, the two feedback loops provide the dimensions to form a typology that summarizes my explanation why both/and approaches can enable vicious and virtuous cycles. The typology expands the current distinction of reinforcing cycles and points out to additional situations (Figure 6).

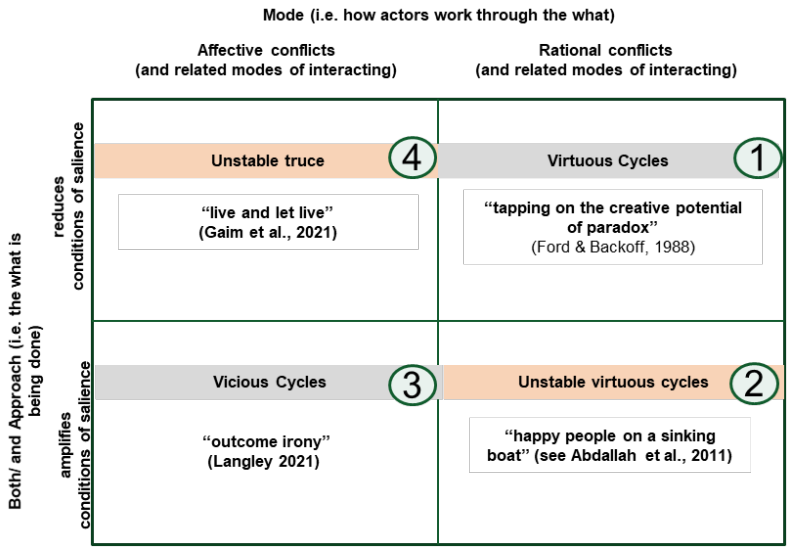


Figure 6: Four fields of cycles in navigating paradoxes

The first dimension resonates with the first feedback loop and distinguishes the substantial impact of a both/and approach either amplifying or dampening the conditions for paradox salience. Following the above discussion this dimension includes not only resource scarcity, but also plurality or change and tensions that associate with these conditions.

The second dimension distinguishes modes of interaction, i.e., the second feedback loop. These denote how organizational members work through paradox with a both/and approach. The left side uses "affective" conflicts as label for modes of interaction that promote separation, assimilation, or relational conflicts (see Hargrave & van de Ven, 2017; Berti & Simpson, 2021). The right side of "rational" conflicts points to reflective, dialogical modes of interaction that promote both/and approaches (see Pamphile, 2021; Huq et al., 2017; Luescher & Lewis, 2008, Jarzabkowski & Lê, 2017).

The four fields offer a nuanced differentiation of vicious and virtuous cycles: Both/and approaches enable virtuous cycles (field 1), if balancing the paradoxical elements reduces plurality, change, or resource scarcity; and if organizational members interact through rational conflicts. For example, Jarzabkowski et al. (2013) report that the dialogic encounters helped organizational members to develop and maintain a both/and approach. In contrast, both/and approaches promote vicious cycles when amplifying the conditions for paradox salience and engaging in affective conflicts. My case exemplifies this field 3 which others have found to result from either/or approaches (Es-Sajjade et al., 2021; Ungunreanu et al., 2019).

In addition, the typology points out two more possibilities: Truces -defined as a potentially unstable resolution to conflict (Zbaracki & Bergen, 2010: 955)- (field 2) occur when organizational members find themselves in affective conflict interactions, and when the both/and approach dampens the conditions of salience. This effect reduces tensions and the likelihood of open (affective) conflicts (Lewis, 2000). For example, Abdallah et al. (2011: 344) found that group think contributed to the demise of promoting a both/and approach because it reduced plurality. Also, one could situate Volkswagen (Gaim et al., 2021) in this field prior to the escalating scandal. Power differences (Berti & Simpson, 2021) led to the assimilation of one element under the other (Hargrave & Van de Ven, 2016) that dampened affective conflicts despite tensions between ecological and performance-related demands.

Field 4 expresses "unstable virtuous cycles", in which organizational members engage in rational conflicts but the both/and approach does not dampen the conditions for paradox salience. Abdallah et al. (2011: 340) show in one of their cases that rising resource scarcity

undermined the promoting a both/and approach. In another case (ibid., 2011: 342), these authors show that "strategic ambiguity can have a downside when the diversity underlying it remerges". In addition, the case reported by Rond & Bouchikhi (2004: 67) suggests an unstable virtuous cycle, in which chance events undermined a rational interaction mode in promoting cooperation instead of coopetition between organizations.

Finally, the above findings also have important practical implications: They caution organizational members to adjust their balancing of contradictory elements due to its impact on conditions like resources. Walking a tight rope should not damage the rope (Lewis & Smith, 2022). This also means that leaders should attend to how organizational members work through differences and should dampen affective conflicts and promote rational ones (Amason, 1996) and dialogue (Isaacs, 1999). After all, it is not only a matter of how we think about the problems, but how we interact (Tuckermann, 2019) and how we relate with one another when we embrace paradox (Pamphile, 2022).

7 Limitations, future research and concluding remarks

My study shows why a both/and approach can enable a vicious cycle, expands on vicious and virtuous cycles, and argues the importance of interactions as well as the effects of both/and approaches on the conditions for paradox salience. These findings demonstrate the merits of a systemic and process perspective for studying organizational paradoxes.

Future studies could further broaden my empirically narrow focus. First, scholars could further leverage a resource-based view for studying organizational paradoxes. Kraatz et al. (2001) distinguish different roles of resources like those of capabilities, commitments, facilitators, and buffers. While I focused on the latter, future studies could elaborate on the former roles for a more nuanced explanation of how resources contribute (or not) to balancing paradoxes over time. Second, future studies could broaden the focus on resources scarcity by investigating the other conditions that surface paradox. Such work could further advance the relationship between the two feedback loops – impact on the condition and mode of interaction – to expand our understanding of the dynamics of navigating paradox and how they enable vicious or virtuous cycles. Third, future research could further leverage the modes of interaction for the paradox lens. Interaction practices like irony (Jarzabkowski & Lê, 2017) have been found to assist in embracing contradictory tensions. Underscoring these insights I argue for a broader distinction like that of affective and rational conflicts (Sundaramurthy &

Lewis, 2003). This avenue contributes to a relational perspective (Pamphile, 2022) on navigating paradox that complements a cognitive focus (Miron-Spektor et al., 2017). Despite traces in the literature (Andriopoulos & Lewis, 2009; Jay, 2013), the mode of interacting has remained marginal in theoretical models like that of dynamic equilibrium (Smith & Lewis, 2011) or of interacting paradoxes (Jarzabkowski et al., 2013). We need to know more about the role of such interactions for navigating paradoxes, and about the relationship between a cognitive and a communicative perspective. Fourth, and to further leverage a systemic approach to organizational paradox (Schad et al., 2016; Tsoukas & Cunha, 2017), future studies could explore in more detail why reinforcing cycles are amplifying or self-correcting .

To summarizes, the systemic view of considering feedback loops leveraged in this study expands paradox theorizing and managerial practice by considering the effect of navigating paradox. This is particularly relevant for the known conditions of paradox salience – resource scarcity, change, plurality, and relations. This are not mere conditions but are also affected by the approaches of how organizations navigate paradoxes. These conditions can promote rational and affective conflicts that underscore or undermine a both/and approach. Theoretical concepts and practical implications should therefore expand to include such effects, of which this study provides but a starting point. Thereby and with systemic view of circular causality we can further illumine the processual nature of paradox to advance our navigating of pandemics and other societal challenges that characterize our times.

8 Appendix

8.1 Taskforce decisions on escalation steps (wave 2)

Date	Level	Implikation	Source
26.10.2020	A	But ICUs adjust capacity needs daily All clinics prepare for reductions.	D-TF2-18
29.10.2020 02.11.2020	B	In effect by November 2, 2020, increasing ICU capacity, and re-assigning a non-COVID ward to one for COVID-patients	D-TF2-19
09.11.2020	B	All clinics and ICUs prepare for level C by Nov 16., 2020 (further re-labeling of wards for pandemic activities, increasing ICU beds	D-TF2-21
12.11.2020 16.11.2020	B (wards) B (ICUs)	On wards, decision of further differentiation of C into C1 and C2 decided (C2 implies larger reductions of normal activities than C1).	D-TF2-22
30.11.2020	B (wards) C1 (ICUs)	Reduction of 2 ICU beds due to lack of staff	D-TF2-24
07.12.2020 14.12.2020	B (wards) C1 (ICUs)	L-TF calls all clinics to comply with the escalation steps, also announcing bilateral conversations (“nachdoppeln”)	D-TF2-25
21.12.2020	B (wards) C1 (ICUs)	Further reduction of 2 ICU beds due to staff shortage over Christmas	D-TF2-27
11.01.2021	B (wards) C1 (ICUs)	ICU beds increased by 2	D-TF2-28
18.01.2021	B (wards) C1 (ICUs)	Announcement: reductions of normal activities are in effect until beginning of February	D-TF2-29
25.01.2021	B (wards) C1 (ICUs)	Reduction of 2 ICU beds due to staff shortage	D-TF2-30
01.02.2021	B (wards) C1 (ICUs)	Announcement: reductions of normal activities are in effect until the middle of February	D-TF2-31
15.02.2021	B (wards) C1 (ICUs)	Preparation for increasing normal activities and reduction of pandemic activities (COVID wards returned to their prior area)	D-TF2-32
22.02.2021 01.03.2020	A	Normal activities on old level, pandemic activities reduced	D-TF2-33
29.03.2021	A	Warning: prepare for level B with several clinics reducing normal treatment capacity within two days, and increase beds on COVID-wards	D-TF2-36
03.05.2021	A	Normal activities on previous level	D-TF2-38

8.2 Coding Scheme for staff shortage (resource scarcity)

Data examples	Conceptual categories	Aggregate dimension
- Rachel: we are ready - Werner: we are ready - TF-Protokolle März 2020 - Interview MB: Also die Stationen waren relativ schnell heruntergefahren und Material, also wirklich man wäre startklar gewesen und dann ist wie nichts passiert und dann haben sie halt wie, ja kompensiert und ausgeholfen, da wo man noch aushelfen musste. Aber die Leute waren eigentlich aufgestellt - Interview RT: Also ich bin ja nicht immer dabei, aber das, was ich so mitbekommen habe, die Organisationsfähigkeit auf Veränderungen ist hoch. Und das ist eigentlich ein Kompliment. - Interview MB: Also die Stationen waren relativ schnell heruntergefahren und Material, also wirklich man wäre startklar gewesen und dann ist wie nichts passiert und dann haben sie halt wie, ja kompensiert und ausgeholfen, da wo man noch aushelfen musste. Aber die Leute waren eigentlich aufgestellt	Readiness: hospital members	Available (staff) resources
- Nurses (and medical doctors) voluntarily signs up for helping out on COVID-wards and the ICU at the during wave 1 - Support staff works extra hours to ensure acquisition of required material (see Logistik) - Interview UB: Das war schon noch „heavy". Wenn beim Personal immer wieder Leute ausfallen, die du eigentlich brauchst für den Betrieb und da waren wir froh, dass es doch einige Assistenten gab, die sich vorzeitig wieder meldeten, weil sie kein Fieber, keinen Husten mehr hatten und sind wieder zur Arbeit gekommen. - Interview MB: Das war schon noch „heavy". Wenn beim Personal immer wieder Leute ausfallen, die du eigentlich brauchst für den Betrieb und da waren wir froh, dass es doch einige Assistenten gab, die sich vorzeitig wieder meldeten, weil sie kein Fieber, keinen Husten mehr hatten und sind wieder zur Arbeit gekommen - Interview MB: Ich glaube, unsere Leute sind ganz viel eingesprungen und haben viel zusätzlich gearbeitet. Leute mit Teilzeit waren goldwert, weil die kamen natürlich weniger aus dem Frei, sie haben dann einfach etwas mehr gearbeitet. - Interview UB: Und zum Teil sind Leute gekommen, von Bau und Raum die mal bei uns gearbeitet haben oder von irgendwo und haben gesagt, ok, ich komme fünf Tage. Eine hat gesagt, ich komme fünf Tage über die Weihnacht zu euch arbeiten. Ich kann doch nicht zuhause sitzen, wenn ich sehe wir ihr schuftet. Das war schon ein bisschen ein Unterschied denke ich. - Interview ML: Also alle waren quasi gefordert, mitzuhelfen und nur so hat das funktioniert, nämlich indem jeder das gegeben hat, was er geben konnte und das quasi auch freiwillig gegeben und auch aktiv angeboten hat.	Volunteering	
- Shifting to pandemic activities and reducing normal activities by half allows creating a pool of staff with qualification and experience to coordinate demand by the COVID-wards and ICUs - Interview UB: Wir haben nur noch etwas gesehen. Sachen, die du eigentlich lernen solltest während der Weiterbildung hast du gar nicht mehr gesehen. Leute die fertig waren mit der Weiterbildung, haben gesagt, du aber ihr dürft mich nicht zu fest behaften, wenn das anders herauskommt, ich habe keine Erfahrung. Ihr denkt dann, ich habe seit einem halben Jahr abgeschlossen, aber ich habe keine Erfahrung, weil ich sehe ja nur das.	Pooling of staff resources	
- In between wave 1 and wave 2, clinics use the summer break to catch up postponed treatments, thereby cancelling the seasonal fluctuation of low capacities over summer and work load remains high - From wave 2 anwards, previously paused projects of the hospital are carried on as before, despite the pandemic - RT reports in November 2020 that the financial data indicate an almost similar level of sales as in 2019; a year later however, sales have dropped	Catching up	Increased resource needs
- For nursing directors of wards (ursi) and departments (Rachel, Maggie) mobilizing staff becomes a daunting everyday task in order to ensure the duty roaster to provide for beds	Mobilizing staff within the organization	
- The hospital at large and the nursing directors (with HR) spend considerable time on recruiting staff externally. Enhanced competition among hospitals worsen the situation	Recruiting efforts outside the organization	
- With sick leaves and open positions, nursing cannot comply with the ratio of nurse per patient and ensure the availability of the required level of qualification - As a result, teams are merged and beds closed in different clinics, including ICU - Auszug Task Force Protokoll vom 14.12.20: Personalverstärkung des Pflegepersonals (insbesondere durch Pflegepersonal aus den DIM-Ambulatorien) mit ggf. konsekutiven Einschränkungen in den DIM-Ambulatorien. Dies- bezüglich zeitnahe Erstellung eines Personalbedarfsplans durch Rita Arndt. Details zu dem benötigten Pflegepersonal werden den betroffenen DIM-Kliniken baldmöglichst mitgeteilt (D-TF2-26) - Interview ML: Die grösste Arbeit war echt die Patienten zu informieren, Termine zu verschieben zu vertrösten und manchmal auch zu klären welche Eingriffe machen wir und welche machen wir nicht. Und das hat immer mal wieder zu Reibungen geführt, weil die Ansichten, welche Operationen dringlich sind und welche nicht, durchaus auseinander gehen können. Je nach Sichtweise.	Workload increases and calls for closure of beds	
- Rachel: can only mobilize people «I do it for you» - Complaints about Ursi (Rachel) in treating staff on ICU - Ursi: Bei uns war das hier so, dass wir Pflegepersonal aus verschieden Bereichen, auch dem DIM herauskratzen muss-ten. Das hat ziemlich viel Diskussionsaufwand gegeben» (I-2-11). - «Wir haben Stunden und Tage damit verbracht, die Leute zu organisieren, die uns aushelfen kommen.[…] Wir haben einfach „Bitti-Bätti" gemacht. Wer könnte noch, wer kommt uns hel-fen, wer kennt jemand» (I-2-10). - Maggie: mainly looking for staff and to uphold - INtervew TS: und nach eine Woche hat sie dann gesagt, dass sie nicht mehr arbeiten kommen will, weil sie sich gefährdet fühlt. Das hatte schon einen gewissen Einfluss.	Unwillingness of working on COVID-wards and ICU	Reduced staff resources
- Interview UB: Am Anfang haben wir gedacht, als wir temporär Leute eingestellt haben, bis Ende Dezember, aber es ging ja dann länger. Und sicher halt, dann hast du halt elf Stunden gearbeitet, mal zwölf Stunden gearbeitet, das Wochenende gearbeitet und du wusstest, irgendwann geht es vorbei. Aber es hat sich dann in die Länge gezogen und irgendwann hast du gedacht, also jetzt ist dann gut. - Interview GK: Covid Patienten sind, an einem einzigen Wochenende, sind mal sechs Patienten verstorben und das ist dann schon ziemlich belastend, vor allem für die Pflegenden. - Interview MF: Einerseits haben sich die MIPSler sehr, ja, wie soll ich das sagen, überfordert gefühlt oder sehr stark gefordert von dieser Situation, vor allem von diesen schweren Verläufen. Weil doch ein relevanter Teil dieser Patienten sind gestorben. Und das war zum Teil, vor allem kulturell durchaus schwierig mit den Angehörigen. - Interview MB: Man gewöhnt sich ja ein bisschen dran, wie viele auf den Intensivstationen, wie viele hier, wie viele da, oder. Das stumpft auch ein bisschen ab. - Interview RS: Emotional braucht man wahrscheinlich ein halbes Jahr, dass man auf die nächste Welle vom Winter vorbereitet ist. Ob sie dann kommt oder nicht, das ist völlig egal. Man muss einfach bereitstehen, ja, ist gut, wir wissen es, es kann kommen aber das machen wir. - Interview PL: Aber ich bin jetzt an einem Punkt, wo ich dann sagen muss, dass ich wirklich genug habe	Fatigue	
- Interview MB: wir haben viele Austritte, so viele wie schon lange nicht mehr. Gesagt, dass sie wegen der Belastung von Covid gehen, hat uns eine. Eine ist aus psychischen Gründen ausgestiegen, ich weiss nicht, ob es dort Komponenten dabeihatte. - Interview RA: Und das macht auch die Person- macht das vielleicht in der Notfallsituation einen Tag mit, also eine Schicht, aber dann geht das nicht weiter. - Interview MB: wir haben viele Austritte, so viele wie schon lange nicht mehr. Gesagt, dass sie wegen der Belastung von Covid gehen, hat uns eine. Eine ist aus psychischen Gründen ausgestiegen, ich weiss nicht, ob es dort Komponenten dabeihatte. - Interview MB: Das war schon noch „heavy". Wenn beim Personal immer wieder Leute ausfallen, die du eigentlich brauchst für den Betrieb und da waren wir froh, dass es doch einige Assistenten gab, die sich vorzeitig wieder meldeten, weil sie kein Fieber, keinen Husten mehr hatten und sind wieder zur Arbeit gekommen. - Intervew TS: und nach eine Woche hat sie dann gesagt, dass sie nicht mehr arbeiten kommen will, weil sie sich gefährdet fühlt. Das hatte schon einen gewissen Einfluss.	**Staff drop out**: staff calling in for not coming to work, often on short notice	
- Lacking vaccination among nurses limits the possibility to work on COVID-wards and ICUs		
- Exiting: nurses exit because of exhaustion, frustration or better offers elsewhere (Rachels experiences regional competiton to increase) - Pregnancy: Maggie notes that there appears an increase in pregnancy - Sick leave: Rachel and Maggie complain about increased sick leave; due to professional standards, nursing teams need to be merged - Intervew RT: Wir hatten jetzt aktuell auch erst gerade so ein Fall bei uns da, Ueli Neukomm, hatte neue Mitarbeiter, neuer Mitarbeiter, der Partner ist COVID-positiv, kam hier arbeiten und dann ist natürlich gerade Panik oder und dann direkt müssen wir jetzt alle in Quarantäne was wie wo und überhaupt. Also es passiert unmittelbar etwas in den Köpfen oder.	Open positions, temporary absence	
- Some clinics do not comply with reductions, thereby not providing staff resources needed for COVID wards and ICUs - INterview BJ: Die Internisten, ist immer alles ganz schwierig und sie haben immer keine Betten. Wir sind natürlich, die Chirurgen, sind getaktet mit Ein- und Austritten. Der kommt, bleibt einen Tag und geht wieder nachhause. Zack, Zack, Zack. Bei den Internisten müssen immer schauen und ein bisschen reden. Es ist einfach eine andere Kultur innerhalb von der Medizin. Dann lieber, wir wissen, wir müssen unsere Betten sparen, dann tun wir sie lieber dorthin und dann sind alle zusammen und so. Und wenn man sie nicht bremst, dann machen sie einfach weiter oder.	**Non-compliance** with reduction decision	
- Bed closure by nurses - Self-induced partial shut down - Interview RA: Das ist jetzt wichtiger, das ist ein harter Entscheid. Aber es ist auch keiner der getragen wird, weil jeder will seine Station weiterführen. Wenn du eine grosse Station hast und sagst: von den 30 Betten werden jetzt ab jetzt nur noch 15 betrieben. Aber da muss man auch sagen, man bleibt bei den 15, dann kannst du nicht hinterher einmal wieder 20 sein oder 25. „Ja die Station, da wird jetzt in jedem Zimmer nur noch 1 Patient behandelt" und das bleibt auch, weil das Personal damit rechnet, dass sie die einzelnen Patienten betreuen kann. Aber diese Verlässlichkeit „ah nein da sind dann jetzt 5 drin" das hat dann immer die Überforderung, für die die dann arbeiten müssen. - INtervew MS: Alle haben Angst, dass sie Betten verlieren gegenüber den anderen.	Enforced reduction	
- Intervew Sh: Im Haus hatte ich das Gefühl, mit den Gremien, die unterschiedliche Aufgaben hatten, versuchte jeder etwas dem anderen zuzuschieben: Die Taskforce hatte wieder gesagt… Das Impfteam macht das, die Ambulatorien machen wieder. Es kam mir vor, es ging hauptsächlich darum, es von sich wegzuschieben. Es war halt viel Angst und Unsicherheit da.	**Shifting tasks**: units shifts tasks to others	

8.3 Coding Scheme of rational conflicts

Data examples	Conceptual categories	Aggregate dimension
- Wave 1: discussion on «urgent» treatment - Introducing staff pool - TF infectiology: «Taktgeber» (vs. everybody is an expert) - Rachel / Martin sorting out staff issues, capacity planing for pneurology - Infectiology /wards on implementing measures - Interview MB (wave 2): Und das ist ganz klar, in der zweiten Welle ist das so gewesen, das es klar verstanden wurde, dass wenn man das beschlossen hat, dann gilt das. - Interview BJ: Ihr sagt einfach, was wir noch machen dürfen und das machen wir. Und ja, es ist jetzt einfach so gewesen oder. Es ist jetzt akzeptierbar. - Interview DF: Intern wussten wir, dass wir Arzneien und Desinfektionsmittel bereitstellen müssen und dort darf es keinen Unterbruch geben. Das war dann eigentlich ziemlich schnell klar. Da haben wir uns dann auch bemüht, dass es da zu keinem Unterbruch kommt - Interview HZ: Und dann haben wir einfach angefangen zu organisieren und uns mit dem Thema auseinanderzusetzen. … Im positiven Sinn, zu merken, dass wenn man bei der Krise ist oder einfach wenn der Druck genug gross ist, dass dann plötzlich Dinge möglich werden, an die man sonst gar nicht gedacht hatte. Also man ist plötzlich bereit über Prozesse zu diskutieren, also etwa den Ein-/Austrittsprozess zu vereinfachen oder zu verschlanken, wo wir teilweise schon jahrelang versucht hatten in Kliniken dies zu machen. Und da war nicht einmal die Bereitschaft vorhanden darüber zu diskutieren. Und plötzlich war es möglich, dies miteinander zu versuchen. - Interview SS: kamen alle meine Mitarbeiter hoch zu mir ins Büro und haben mir ein riesiges Geschenk gemacht und haben sich einfach bedankt für die Führung während dieser Zeit. Sie sagten, es habe einfach eine Klarheit geherrscht, was ist und was nicht. Keiner sagte: «Du hast das jetzt so entschieden, das war ein totaler Mist.» Sie sagten nur, dass entschieden wurde und dass Klarheit herrschte wie wir es machen. - Interview MB: Von daher wusste ich eigentlich, dass das Team hinter mir ist und wir hatten wahrscheinlich den Vorteil, dass wir wussten, weil wir sind ja eine Lungenklinik, dass wir gebraucht werden. Es ist möglicherweise fast schlimmer, wenn du weisst, dass du nicht mehr arbeiten kannst und dich fragst was man jetzt machen soll. Wenn du weisst es kommt Arbeit und dass wir etwas beitragen können. Wir sind gebraucht, das war eigentlich ein guter Motivator. - Interview TS: ie Führungsstrukturen bleiben die gleichen, die Herausgabefigurationse sind die gleichen und danach sagen, wer hat jetzt welchen Auftrag, also ich will konkret hören, dass ich 100 Intensivplätze bereitstellen muss mit meinem Personal. Und ich habe es mir aus einer Tabelle herausgelesen und dann haben wir es gemacht. - Interview MB: Da sind wir auf einen grösseren Raum ausgewichen. Und das Team hat sehr gut mitgemacht. Da hat gar niemand Respekt oder in Anführungszeichen Angst bekommen hier drin. Die haben auf den Notfallstationen usw. sehr gut gearbeitet, also völlig unaufgeregt und haben ihre Arbeit hervorragend gemacht. - Interview SW: Wenn man dann Patienten hat am Anfang wie wir, was müssen wir jetzt machen, müssen wir die ganze Maschine wieder desinfizieren, müssen wir das machen, müssen wir dieses machen und da hatten wir schon ein wenig ein Stress. Und da muss ich sagen, das haben meine Leute unglaublich gut gemacht. Ich hatte nie jemanden der ausgeflippt ist oder irgendwie ausgefallen ist und das nicht machen wollte und gesagt hat, das sei mir zu gefährlich ich untersuche diese Patienten doch nicht. - Interview ML: Wenn der Chefarzt persönlich sagt, ja, ich unterstütze das, ich kümmere mich darum und die Telefonate führt… Und dann eben, wenn dann einer das Commitment hat, ziehen die anderen nach. - Interview TS: Es war einfach so, wie es war. Wenn noch mehr kommen, müssen wir schauen, was wir mit denen machen. Aber es ist, wie es ist. Manchmal ist das. was noch passieren könnte… Das hat das System komplett lahmgelegt. Wir haben uns mit dem beschäftigt, was war und nicht mit dem, was noch passieren könnte. Es kam ja relativ langsam, dann muss ich nicht auf irgendetwas Panik machen, das noch kommen könnte.	**Task orientation:** Interactions focus on handling the issue at hand and feel needed	
- Sandro: «Er meinte dann: 'mach du, was du richtig findest, ich weiss einfach von nichts.' Wir hatten dann so ein Agreement. Er hatte es schon eingesehen, konnte es allerdings offiziell nicht unterstützen.» (i-1-06). - Interview SS: Ich sagte, wir tragen Masken, da wir exponiert sind. Und wir hatten unsere Patienten auch vor den Operationen auf Covid getestet und nur operiert, wenn sie negativ waren. Das stiess ein wenig auf Unverständnis intern, aber ich habe es dennoch gemacht. Als dann die Evidenz ein wenig grösser wurde, haben dann alle umgestellt auf Maskentragen. Als dann die Welle nicht so kam und die Evidenz da war, dass das Operieren gar nicht so gefährlich ist, haben wir dann mit Testen aufgehört. - The restrictions of visitors was a governmental regulation and served the hospital to protect staff from infection and to reduce parts of the workload. At the same time, the task force formally decided a so-called pragmatic handling. It meant that hospital staff should decide in each case to allow visitors, for example family to visit the newborn or when members were in terminal stages as in palliative care (Meeting minute 23.08.21) - The tent issue illustrates that the hospital did not see a necessity to place a tent in front of the emergency care unit in order to separate COVID- from other patients. Such was a widely spread measure of other hospitals in the region. Due to this increasingly pressing expectation, the hospital placed a tent but without using it in April 2020. - Interview ML: Es kam natürlich dazu, dass die Kliniken bisschen grosszügig geplant haben, sodass am Nachmittag oft das Programm noch nicht fertig war oder, dass manche Patienten als Notfälle angemeldet wurden und deswegen waren die Arbeitstage länger. Hat aber auch niemand gemerkert, weil jeder hat eingesehen, dass es vorübergehend ist und jeder hat eingesehen warum. - Interview SW: Der Kanton hat dann gesagt, dass man nicht mehr in den Kantinen essen darf. Aber jemand der bspw. auf der Intensivstation arbeitet, der muss ja noch irgendwo essen da oder. Aber nein, da hiess es einfach geschlossen. Und dann haben wir das dann halt trotzdem gemacht. Da hat der Dani gesagt, ja egal machen wir einfach weiter. Dann haben die ein super Konzept gemacht, mit den Tischen auseinander und nicht mehr gegenseitig. Da weiss ich noch, in einem Abend hatten sie alles ausgeräumt und die Leute waren innovativ und haben gemacht. Das war dann schon sehr erfreulich wie schnell, dass alles gegangen ist. - Interview SS: Ich machte gewisse Prozeduren nicht mehr, die Hoch Risiko waren, die haben wir einfach ersetzt mit anderen Prozeduren und sobald dann die Inzidenz wieder runter ist, haben wir gesagt, gut, jetzt können wir sie wieder machen. Und das ist auch akzeptiert worden. Es ist niemand auf die Beine gestanden, es ist zu früh. Jetzt ist wirklich. Ich glaube das ist ein bisschen ein Ding.	**Pragmatic handling:** conflictual issues are adressed pragmatically	
- TF: getting a sense of possible future pandemic development at each meeting - TF infectiology: discussion of Aerosols - Thousand COVID-experts, everybody does something (Matthias) - Interactions of «semi-formal» groups on daily possibilities, restrictions - Interview ML: Und da haben wir versucht sehr flexibel zu sein und dass es dann auch in der zweiten Woche haben das auch alle Beteiligten verstanden. Das nicht jeder aus Eigeninteresse noch irgendeinen Patienten reindrücken können und dann die Patienten, die es wirklich brauchen leiden drunter. Das waren also kurze Diskussionen. - Interview HZ: Und die haben sich vorgängig schon Gedanken darüber gemacht, bevor wir einen Befehl herausgegeben haben und kamen dann schon mit einem ganz konkreten Vorschlag, wie sie es organisieren könnten, wenn es so schlimm werden würde. - Interview NM: Aber ansonsten gab es keine Sekunde, wo man sagen musste, dass man etwas nicht diskutieren oder thematisieren darf. Wir hatten Mitarbeitende eingeschult auf die IPS und die IPS waren wirklich maximal vorbereitet durch das. - Interview NM: Also, entschuldigung in Krisensituationen gibt es für mich nichts anderes als total dazustehen und alles zu machen. Prioritäten zu setzen, was ist wichtig – das haben alle gemacht. - Interview MS: Also wir haben eigentlich immer auch versucht, auch ein wenig weiter zu denken, also was könnte jetzt passieren, wenn jetzt das und das passiert, müssen wir dann schon wieder Anpassungen machen. Und wir haben dann relativ schnell oder früh, habe ich das Gefühl, die erweiterten Standardmassnahmen eingeführt, die eigentlich wirklich eine Basis machen. - Interview TS: Also jeder hat wirklich überlegt, was ich in meinem Bereich machen muss, dass es funktioniert oder. Und dieses Mitdenken, das denke ich war etwas Schönes. - Interview DF: Dann wird es wirklich schwierig. Dann ist man einfach noch verschieden Szenarien am durchdenken, was wäre wenn? Wir haben ja eine eigene Herstellung. Dann haben wir uns auch überlegt, ob wir gewisse Medikamente selbst herstellen können, woher kommt der Wirkstoff, woher kommen die Gebinde?	**Situational Sensemaking**: organizational members asses the current situation and possible future developments as a basis for acting	
- Sandro (surgery) informal support in filling in surgery spots (also in wave 2) - Volunteering for COVID-wards (KSGR) - Rachel beginning: we are anxious but we are ready - Support function: pharmacy producing desinfectant, logistics acquiring material - "Ziehen an einem Strang" - Mio, Schnider, Anästhesistn… - Wir sind überzeugt davon, auch sonst im täglichen Leben im OP, dass das ein Miteinander ist. Wir sind natürlich in die Richtung aus, man kann sagen, geprimed, weil der OP ist immer sehr interdisziplinär. Da sind die Opera-teure, da sind die OP-Schwestern, da sind die Anästhesie-Schwestern, da ist der anästhesieärztliche Dienst, da ist die Logistik und die Lagerungspflege und wenn das nicht wie so Zahnrädchen eins in eins greift, dann läuft der Laden ja auch nicht. Da muss jeder seinen Teil dazu tun. Eigentlich sind so Bereiche ja nur so stark wie das schwächste Glied in der Kette» (I-2-17). - Interview GK: Der einfach gesagt hat, ihr müsst jetzt, sondern man musste das abstimmen und dann musste man quasi, wie das „Commitment" abholen, dass man das so machen kann. Ich glaube, die Idee, das aufzusplittern, in zwei verschieden grosse Gruppe, die eine bereitet vor und dann wird in der ganzen Gruppe entschieden, das fand ich den guten Weg, das zu machen. - Interview MS: Das ist wirklich ein super Team. Da gab es nie irgendwie Erschöpfungszustände und Leute, die irgendwie nicht wollten. Ich meine, wir hatten viel mehr Aufwand. Wir konnten auch gut sagen, jetzt fokussieren wir uns nur auf das und alle anderen Projekte stehen hinten an. Es haben alle mitgezogen und ihre Arbeit gemacht. Es gab nicht das Problem, dass irgendjemand sich beschwert hat oder gefunden hat, er mag nicht mehr, es geht nicht. Man hat einander geholfen und das haben wirklich alle durch das Band gemacht. - Interview SH: Wir hatten einen grossen Rücklauf, einerseits von Leuten, die bei der Pandemie unbedingt mithelfen wollten, andere, weil sie sagten, die würden eh schon wenig Prozent arbeiten, ein zusätzliches Einkommen wäre ganz gut. - Interview RA: Aber wir haben das immer freiwillig gemacht, es wurde keiner gezwungen und da bin ich auch absolut dagegen Leute zu zwingen irgendwo Einsatz zu machen, wo sie sich unwohl fühlen - Interview ML: So waren sie dann einverstanden, weil sie gemerkt haben, jawohl, alles in allem, wenn wir das quasi geben und opfern, werden wir auch davon profitieren, weil wir, zwar am falschen Ort, aber trotzdem mehr Operationen machen können. So hat es dann funktioniert. - Interview SS (zu Normal activities in wave 2): Und sobald wir gesehen haben, hier ist ein freier Slot haben die sofort kommuniziert. Auch umgekehrt. Du, ich sehe da hast du einen freien Slot, wird der noch gefüllt oder könne wir. Und das ging ganz kurze Dienstwege, eins zu eins. Das hat sehr gut funktioniert. Also von dem her, war es eigentlich noch positiv, diese Kooperationen. - Interview ML: Und auch da war es natürlich wieder personenabhängig. Wir hatten einen Chefarzt, der gesagt hat, jawohl, ich unterstütze das. Der braucht ein spezielles Mikroskop für die Augeneingriffe und der hat in null Komma nichts ein mobiles Mikroskop organisiert. Der hat das in Zürich ausgeliehnt, damit wir umziehen können. Weil das, was er sonst nutzt, ist fest an der Decke installiert und das kann man nicht innerhalb von einer Tagesfrist einfach irgendwo anders hintun. Er hat dann wirklich aktiv das mit unterstützt. Das hilft dann natürlich enorm. - Interview ML (zu normal activities in wave 2): So etwas bespricht man natürlich bilateral, also gerade die Orthopäden mit den grossen Wirbelsäulen, die muss man operieren. Aber eine Woche früher oder später… Anders als bei Tumoren ist das nicht relevant. Da war natürlich auch die Akzeptanz sehr hoch. - Interview RS: Emotional braucht man wahrscheinlich ein halbes Jahr, dass man auf die nächste Welle vom Winter vorbereitet ist. Ob sie dann kommt oder nicht, das ist völlig egal. Man muss einfach bereitstehen, ja, ist gut, wir wissen es, es kann kommen aber das machen wir. - Interview HZ: Der Druck und die Solidarität, die du dann auch hast, Dadurch, dass man einen gemeinsamen Feind, es ist auch nicht viel natürlich. Aber einfach, es ist dann nicht so wichtig, man kann sich dann selbst mehr profilieren. Weil ein Spital ist schon in vielen Teilen nicht gerade wie Politik, aber man hat schon viele Silos. Wir versuchen ja ganz fest darin zu arbeiten, wenn man das Unternehmen sieht aber trotzdem haben wir in vielen Bereichen unsere Silos, in welchen man sich sicher sehr profilieren kann. Und in der «Krise», oder in der angedrohten Krise, hatten wir plötzlich ein gemeinsames Ziel. - Interview NM: Hohe Verantwortungsbereitschaft von den Führungspersonen. Das ist für das Unternehmen und auch der Respekt vor so einer Krise und die gut zu bewältigen. Deshalb hatten wir uns alles so stark engagiert dafür, weil wir waren uns alle bewusst, dass wir das nicht in den Griff bekommen, wenn wir nichts unternehmen. - Interview DG: Da bin ich stolz drauf, bei uns hat das wirklich geklappt. Die Leute waren hier, die Entscheidungsträger waren hier, die gingen nicht weg. Und kein Chefarzt, der irgendwie sagte, das sei ihm zu gefährlich. Die waren wirklich hier und haben das getragen. - Interview MB: Auf den Bettenstationen mussten wir, das war dann die grosse Organisation. Bettenkapazitäten freischaufeln. Dort war es aber sehr kooperativ. Vor allem die chirurgischen Disziplinen waren dort sehr kooperativ.	**Expressing shared purpose:** organizational members express a shared sense of purpose (and urgency	Rational conflict as mode of interaction
- Interview DF: Man hat auch gesagt, dass man nicht wegen jeder Flasche zu uns laufen kann, aber ich muss sagen, die meisten sind sehr kooperativ gewesen, Vor allem die Pflege ist ausserst kooperativ gewesen. - Interview GRK: Da konnte ich gar nicht in die Ferien gehen, da habe ich mich als Bürosupport eingetragen das heisst, ich habe mehr oder weniger die ganze Zeit da vorne mitgeholfen. Irgendwelche Transporte gemacht, die Büroaufgabe wie Materialfragen, Personalfragen mit der Ursi zusammen gemacht. Wir hatten deutlich grössere Abdeckung und deutlich mehr Support in dieser Phase. - Interview ML: Andererseits aber auch, weil wir das Personal, dass sich eigentlich mit schwer kranken Patienten auskennt, mit Atmung auskennt, von der Anästhesie einarbeiten mussten, auf den Intensivstallonen, weil wir natürlich organisieren mussten wo kriegen wir mehr Werbungsgeräte hin. - Interview ML: Und eben, unsere Mitarbeiter waren auch flexibel, die waren sicherlich breit sich schulen zu lassen, die waren auch bereit, am Morgen kommt der Anruf «wir haben einen Notfall, wir müssen mehr betreuen, kommst du bitte zurück», war überhaupt keine Frage da waren die Leute mit grossem Einsatz dabei. Es war auch für die Leute, man hat schon gemerkt die werden auch geschätzt. - Interview ML: Ja, das dauert jetzt schon auch noch lang, aber das zeigt was für ein riesen Effort auch da ist. Also du hast nie Mühe gehabt irgendwelche Freiwillige zu finden, weil es ist so, weil auch der Bedarf und der Sinn dahinter war jedem bewusst. Und ich sage einmal durch Medien und so weiter, da konnte man am Abend noch sagen, dass man auch noch etwas gemacht hat für die Pandemie oder. Und darum ist nie so nach dem Motto ein Widerwillen bei den Leuten gewesen, eher fast ein Übereifer hatten wir. - Interview MB: Aber eben, wie gesagt, mit Covid, das kam uns dann zugute, dass natürlich diese anderen Teilleistungen auch Kapazitäten hatten um uns dann auch ambulant zu unterstützen. - Interview MB (wave 2): Die Leute haben alle einander geholfen. Wenn ich auf der Station X ein Problem hatte, haben alle anderen Stationen… Alles was sie über hatten, hast du bekommen. Immer. Wir waren manchmal arschknapp, also wir hatten nicht immer die Idealbesetzung, aber wir hatten… Die Leute haben einander wirklich geholfen, auch über die Klinikgrenzen hinaus. - Interview LB: Und es gab Bereiche, die extrem hilfreich waren. Eine Gastroenterologie, die sofort gesagt haben, ok, wir stellen euch diese Mitarbeiter zur Verfügung, die ihr im Frühling bereits hattet. Wir fahren einen Teil von unserem Betrieb runter. Unglaublich oder. Das hatten sie nicht machen müssen. Andere Bereiche, die erst anfangs Januar. obwohl sie eigentlich schon vorher hatten müssen, gewisse Dinge reduziert haben und dann uns Leute zur Verfügung gestellt haben. - Interview MF: Was vor allem gut gewesen ist, ist das der Personalaustausch oder die Verstärkung der Intensivstation, wir führen eine Zeitlang 30 Betten, dass das sehr gut ablief. Ärztlich haben wir das eigentlich erwartet. Wir konnten die ganze Oberarztcrew mit Fachärzten für Intensivmedizin bestücken, ununterbrochen und bei den Assistenzärzten konnten wir auf die zurückgreifen, die vor relativ kurzer Zeit auf der IPS waren, inklusive auch chirurgischer Kollegen. Das hat auch gut funktioniert, die Chirurgen haben uns ihre Leute zur Verfügung gestellt. Ohne Murren oder irgendwelche Streitereien, das war gut. Das hat problemlos funktioniert und die Leute haben auch die Umstellung von Dienstplänen oder solchen Sachen, was ja schon immer einen Aufwand ist, das haben die sehr gut präsitiert und niemand hat sich in einem grösseren Ausmass darüber beklagt. … In der Pflege, ist es, kann man eigentlich das gleiche sagen. Also dort war es so, dass die Anästhesie Pflegenden, zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auf der IPS half. Was für sie auf eine Art sehr verwandt ist aber auch sehr unterschiedlich. Auch gerade, der Schichtbetrieb ist ganz anders. Auf der Anästhesie ist der Anteil von Normalarbeitszeit viel höher als auf einer Intensivstation. Das heisst, sie haben viel mehr Schichtbetrieb gearbeitet und das haben sie auch ohne Murren und irgendwelche grösseren Beklagungen, haben sie das alles mitgemacht.	**Mutual support:** organizational members help each other out and express a sense of "solidarity" that relates normal and pandemic activities	
- Interview ML: Von den Mitarbeitern habe ich noch viel Feedback bekommen und die Mitarbeiter haben es eigentlich geschätzt, dass gesprt wurde, dass sich viele damit auseinandersetzen und dass man eine klare Linie fahrt. Also, dass eine Entscheidung gefällt und die auch kommuniziert wird. Und auch der Mut zur Entscheidung… - Interview NM: Nichtsdestotrotz finde ich, dass wir hier ein Meisterstück geleistet haben am KSSG. Das muss ich jetzt einfach sagen. - Interview MS: Wollen wir jetzt aufhören… Und ich kann sagen, nein, jetzt ziehen wir es weiter, es wird weitergezogen. Dass wir und das Team eigentlich hohe. Also die Akzeptanz, die es vorher schon hatte, und auch in den meisten Kliniken, dass die eigentlich noch besser geworden ist. - Interview DF: Ich wurde eigentlich immer sehr unterstützt, muss ich sagen. (00:48:48) ist das ok, wenn wir da noch etwas hochgehen und haben dann vielleicht noch eine halbe Million mehr Lagerwert. Da wurde ich aber immer sehr gut unterstützt. Da muss ich das Kompliment sehr weitergeben. - Interview MB: Die Stationen hatten verschiedene Unterstützungen. Wir hatten z.B. auf dem sechsten Stock die Seelsorge und die haben sich durch diese sehr unterstützt gefühlt, auch auf der IPS, also auf der CHIPS. Wir haben auch ein Care-Team intern. Das hat auch unterstützt. - INterview SS: kamen alle meine Mitarbeiter hoch zu mir ins Büro und haben mir ein riesiges Geschenk gemacht und haben sich einfach bedankt für die Führung während dieser Zeit. Sie sagten, es habe einfach eine Klarheit geherrscht, was ist und was nicht. Keiner sagte: «Du hast das jetzt so entschieden, das war ein totaler Mist.» Sie sagten nur, dass entschieden wurde und dass Klarheit herrschte wie wir es machen.	**Appreciation:** appraising the work of others and receiving appraisal from others that also includes the sense of being cared for	
- Interview PL: Das hat eigentlich jeder gewusst, ob es ihm nun gepasst hat oder nicht. - Interview: SD: Das ist übrigens jetzt auch die ganze Kommunikation über das Intranet und so, da habe ich jetzt aus meinen Bereichen professionsunabhängig eigentlich nur gute Rückmeldungen bekommen, dass die sich wirklich explizit bedankt haben und mir gesagt haben, dass ich einmal ein Dankeschön an den Kern der Taskforce weiterleiten soll, dass sie sehr gut informiert und sehr gut geführt wird. Da habe ich eigentlich keine Rückmeldungen von Unsicherheit bekommen. - INterview DG: Wenn die Leute sich aber gewöhnt sind, wir bekommen die Ressourcen fair zugeteilt, aber es reicht nicht für jeden immer für alles das er will. Aber es ist transparent es ist offen. Wir erklären alles und dann musst du halt, wie die OP Kommission und andere Sachen, dann funktioniert es. Dann musst du eine klare fachliche Führung haben, immer. - Interview GK: Also ich muss sagen, wir hatten natürlich schon, auch innerhalb des Spitals haben alle gewusst, was wir da machen und alle haben soweit es geht irgendwie unterstützt, ohne uns noch zusätzliche Eier hinzulegen. Also die Solidarität war eigentlich schon vorhanden.	**Transparency**: decision communication occurs transparent and provides a sense of fairness	
- Interview HZ: Dani kann sich nicht rasch äussern mit seiner persönlichen Meinung und lässt zuerst einmal die anderen sprechen. Aber hier hatte er schon manchmal auch ein Statement gebracht, dass wir das jetzt so und so machen müssen. Und das ist dann für die Leute direktiv genug. Also für die meisten Leute ist es schon Direktive, wenn Dani sagt, dass er es so haben möchte, weil sie es sich nicht gewohnt sind. Das ist aber meine Interpretation und dann reicht das schon. Dann muss er gar nicht mit der harten Hand kommen - Interview GRK: das war auch der gute Punkt, die Leitung der Intensivstationen war von Anfang an Taskforce Sitzungen immer dabei und das hat uns sehr geholfen. Wir haben gemerkt, dass wir zentral wichtige Pfeiler in diesem System sind. Wir konnten mitentscheiden, was geschieht und uns wurde nicht einfach gesagt, was wir zu tun hatten. Wir sind die Experten, was die Behandlung dieser schwerkranken Patienten anbelangt. Und niemand ausser der Intensivmedizin kann das. Das haben die Leute hier im Spital realisiert. - Interview NG: Ja also bei der ersten Sitzung, da habe ich mich selbst eingeladen. Ja ich wusste, dass ich noch einige Dinge klären muss und habe erfahren, dass es eine Sitzung gibt. Da habe ich gesagt, wäre es nicht sinnvoll und dann hiess es selbstverständlich Nicole, das wäre kein Problem - Interview MF: Die Akzeptanz der Taskforce war sehr hoch in dieser Zeit und das ist natürlich auch irgendwie. Also ein Grund dafür war, dass sie auch gut austariert waren. - Interview RT: Das man eine gewisse Gesamtberuhigung im System herstellen konnte und dann auch durch eine gute Kommunikation behalten konnte, durch die Gruppe die breit abgestützt war. Und die haben das, das darf man nicht unterschätzen, die haben das auch wieder zurück in die Kliniken getragen. Weil nur über mimme Kommunikation bringt man das nicht hin. Es ist wirklich so, dass die Chefinnen und Chefs wieder vorne hinstehen konnten in der Klinik und auch Sachen noch erklären konnten und Einschätzungen abgeben. - Interview HZ: Ich glaube, was auch noch einen Erfolgsfaktor war, ist, dass man Leute frei miteinbeziehen. Das war Dani extrem wichtig. Die Leute immer frei miteinbeziehen. Wenn jemand noch mitmachen will, ja dann nehmen wir ihn rein.	**Collective decision-making**: participation of organizational members in decisions with highly perceived acceptance of decisions	
- Interview NM: Die Stationen waren sehr gut aufgerüstet, also die COVID Stationen, die wir definiert hatten. Auch mit den Hygienerichtlinien, diese hatten sie sehr gut umgesetzt. - Interview NM: Das ist schon so etwas mit den selbsternannten Corona-Experten. Aber das wurde von Dani auch immer gerade sofort klargestellt. Das muss ich schon auch sagen, Dani hat hier schon die Realität hereingebracht. Er hatte uns in dieser Zeit wirklich irrsinnig gut geführt, unser Direktor. - Interveiw ML: Das war leicht umzusetzen, weil das war eigentlich nichts anderes als das was wir vorher schon taten, ausser, dass wir wenn wir jetzt im Pausenraum waren nun den Mundschutz auch oben hatten, sonst hatten wir den nicht. Oder bei irgendwelchen Besprechungen sind wir mit Mundschutz hingegangen.	**Aligning actions**: working towards general actions across the organizations and despite different understandings and opinions	
- Interview DG: Der Hanspeter und der Philipp haben natürlich dieses Zeugs perfekt vorbereitet, das kannst du nicht genug betonen, was die gemacht haben. Hanspeter hat immer am Donnerstag oder am Freitag ein Vorprotokoll geschickt, an alle, wo nan Einträge machen konnte bis am Freitagabend. Immer am Sonntag erhielt man das Protokoll und ich konnte immer anschauen, was wir am Montagmorgen machen. Und dann am Montagmorgen, entweder er oder der Philipp Lutz, das war perfekt organisiert. Du brauchst so jemand, der das macht. - Interview NG: Es kam natürlich dazu, dass die Kliniken bisschen grosszügig geplant haben, sodass am Nachmittag oft das Programm noch nicht fertig war oder, dass manche Patienten als Notfälle angemeldet wurden und deswegen waren die Arbeitstage länger. Hat aber auch niemand gemerkert, weil jeder hat eingesehen, dass es vorübergehend ist und jeder hat eingesehen warum. - Interview ML: Und da haben wir versucht sehr flexibel zu sein und dass es dann auch in der zweiten Woche haben das auch alle Beteiligten verstanden. Das nicht jeder aus Eigeninteresse noch irgendeinen Patienten reindrücken können und dann die Patienten, die es wirklich brauchen leiden drunter. Das waren also kurze Diskussionen. - Interview ML: Wir hatten auch die Mitarbeiter für die Intensivstationen geschult, wir hatten das Commitment der Mitarbeiter, bei Bedarf nochmal alles umzustellen und wussten, dass wir innerhalb von fünf Tagen einsatzbereit sind, wenn es soweit kommt. - Interview MB: Aber es war ein besseres Gefühl, weil wir konnten schon abschätzen, was passiert, wenn Massnahmen beschlossen werden. Das war noch eher, sagen wir mal in dem Sinne erträglich, dass man, wenn die Massnahmen dann getroffen wurden, schon erwarten konnte, ok, jetzt geht es vielleicht eine Woche und dann beginnen die Massnahmen zu greifen. In der ersten Welle war es natürlich für alle eine unbekannte Situation. In diesem Sinne, denke ich, war die erste Welle historisch gesehen sicher die schlimmste. Die zweite Welle war… Das hat bei uns so… Ja, wie lange geht es noch bis die da endlich schalten? So in diesem Sinne.. - Interview HZ: Und aus der Übung der ersten Welle, wussten wir, welche Massnahmen wirkungsvoll waren und welche Massnahmen wie viel Vorlauf brauchen. Und das hat es natürlich schon massiv entspannt oder das ganze Vorgehen. Man hatte so einen Plan, den konnte man justieren. - Interview DG: Positiv überrascht hat mich immer die Geschwindigkeit, mit welcher man reagiert hat. Ich meine, du kannst etwas anordnen und dann muss es einfach gemacht werden, oder? Und das hat mich wirklich sehr positiv überrascht. Wie schnell das ging mit den Eingriffen und wie diszipliniert die Kliniken das umgesetzt haben	**Timely and flexible responses**: actions that seem necessary occur in time during the pandemic based on the experience of the available and needed "Vorlaufzeit"	

8.4 Coding Scheme of affective conflicts

Data examples	Conceptual categories	Aggregate dimension
- Interview HZ: Und dasselbe gilt auch für die Fachgesellschaft Swiss, die auch kein klares Statement machen konnten und auch im Vorstand waren sich diese nicht einig. Dies empfand ich wirklich als mühsam. Weil wir in der Kommunikation müssen versuchen möglichst klar und einfach zu sein, damit es die Leute auch verstehen und nicht, dass man noch 100 Sachen hineininterpretieren kann. Ein Beispiel dafür ist die Maskenpflicht-Diskussion. Es wäre doch so viel einfach gewesen, auch wenn es vielleicht nicht Evidenzbasiert ist oder alles andere, was die Wissenschaftler gerne hätten, dass es das auch noch ist. Aber für die Leute wäre es verständlicher gewesen und man hätte wahrscheinlich auch eine breite Akzeptanz dafür gehabt. Aber man muss jeder wenn und versuchen zu regeln und am Schluss gibt es eine derart komplizierte Regelung, die sowieso nicht durchgesetzt werden kann. - Interview HZ: Wenn du wusstest, wie viele Stunden wir an gewissen Formulierungen geschliffen hatten. Und als es raus ging kannen die ersten Fragen und dann wusstest du, scheisse es war wohl nicht genug klar. Aber man fragt sich, wie man das nur so interpretieren kann. Ja logisch kann man, wenn man es ganz sachlich anschaut aber aus unserer Sicht dachten wir es sei perfekt und unmissverständlich. Das kannst du dir vorstellen. Also Kommunikation ist eine ganz heisse Knacknuss - Interview SS: Oder auch die Kommunikation. Ich meine, unsere KSSO-Taskforce hat teilweise so langsam kommuniziert, dass es teilweise mehr als 24 Stunden dauerte, bis das Protokoll da war und die Entscheide da waren. Jeder wusste, heute Nachmittag von 14 Uhr bis 16 Uhr ist diese Taskforce, Eigentlich erwarteten wir bis 16:30 Uhr Entscheide, welche wir dann umsetzen konnten. Einige wussten dann etwas, das wurde dann teilweise gelöscht. Ein krasses Beispiel war, als die Pflege bereits etwas umsetzten begann, wovon wir noch nicht einmal etwas wussten. Sie hatten einfach etwas gehört. Den Umgang mit der Kommunikation mussten wir schwer lernen. Das verlief so zum Schluss nicht glänzlich - Interview GRK: Der Datensalat war sowas von unendlich, das hängt damit zusammen, dass niemand in den Bundesgremien weiss, was Intensivmedizin ist, dass keine Experten für Intensivmedizin in diesen Entscheidungsgremien sassen. - Interview EH: Das Einzige was da, das ist eigentlich latent durch die ganze Phase hindurchgegangen, das ist das weiche Schutzmassnahmen. Das ist so von Anfang bis zum Schluss und auch so ein wenig in der Nachbesserung ein Punkt, der die Mitarbeitenden ziemlich frustriert hat. Es ist nicht klar gewesen was an Anfang oder fast jeden Tag wurde etwas geändert. Zu den Masken hat es einmal das geheissen und einmal dieses und Isolation mit den Mantel oder mit dem Mantel oder nur in dieser Situation. Also das war ziemlich schwierig. Und da hätten sich die Mitarbeitenden gewünscht, dass mehr von der Abteilung Spitalhygiene gekommen wäre, die ja extra Fachleute für das sind. Es hat zu häufig gehiessen, dass man das selbst können und selbst an der Basis machen muss und man ja die Guidelines hat. Das wurde nicht wirklich geschätzt von Team. - Interview RS: Ich persönlich denke, dass ich zu wenig informiert habe. Gerade in der zweiten Welle hatte ich ein .zwei Mal mehr sagen müssen, es ist richtig, alles läuft normal. Man hat mehr punktuell informiert und weil nicht so viele Änderungen angestanden sind aus der Taskforce heraus, gab es auch nicht so viele Informationen an die Basis. - Interview DG: Was nachher lästig war, in der Schlussphase der zweiten Welle, ist dass, das Variantenzeugs, dieses Mutationszeugs. Das ist wahnsinnig abgebläuscht worden. Wenn du es wirklich verfolgt hast, dann sind all diese Zahlen. Alpha, Beta, Delta wie es heute heisst, diese Mutanten sind zu Faktor X oder Prozent Y infektiöser oder sogar noch schlimmere Verläufe machen. Das waren alles vage Schätzungen. Das ist einfach ein Ersatz einer anderen Variante die jemand anders hatte. Aber ob es insgesamt mehr ist oder schlimmer ist, hat man eigentlich nicht so richtig gewusst. - Interview HZ: Weil die Leute, die dies eigentlich am sich genommen haben, also die Infektiologie, die hatten einfach ein Durcheinander in ihrem IT-System und kriegten das nicht hin, dass sie ein gutes Reporting machen konnten. Also das was über das tabellarische hinaus geht. - Interview UR: Es gab dann auch verschiedene Entscheidungen aus oder auf Mitarbeiterebene, divergierende Aussagen aus den jeweiligen Ob, die ich dann auch mitbekommen habe und das Team. - Interview GRK: Dann gibt's noch ein Thema, was auch bewältigt war, es waren die vielen verschiedenen Prognostiker, welche irgendwelche Modelle ausgerechnet hatten. Wir hatten einen internen Prognostiker, der ein Modell ausgerechnet hatte, welches mellenweit daneben war. Dann kam die Regierung, welche noch eine bessere Prognose mit dem Faktor zehn höher gemacht hatte. Daneben gab es noch viele andere Prognosen. Die Zukunft, vorhersagen wird schwierig.	**Intransparency, inclarity:** decisions remain intransparent in their reaching; communication lacks clarity	
- Interview MS: Innerhalb vom KSSO und wir müssen uns wahrscheinlich ein wenig fokussieren auf das KSSO. Die Herausforderung war, dass plötzlich alle einfach... Oder plötzlich, eigentlich nicht plötzlich, schon von Anfang an alle eigentlich das Gefühl hatten, sie seien alle auch Experten und wissen, was sie machen müssen. - Interview MR: Es gab dann immer wieder so kleine Zacken, wo dann manchmal gleich vier Covid interessanter gekommen sind und dann hattest du keinen Platz mehr. Die haben immer kollidiert, ja, wir hatteten es jetzt voll mit normalen Intensivstationen und dann fällen wir dann halt mit den Ormopädie-Rotten, also Covid. Das ging so weit, bis es dann mal eskaliert ist. - Interview ML: Ich weiss, dass die innere Medizin am Anfang wenig Rücksicht nehmen wollte auf die Situation, weil ja gerade die medizinische Intensivstation sehr belastet war. Die wollten dann häufig trotzdem ihre interventionellkardiologischen Eingriffe zum Beispiel machen. - Interview TS: Darum gab es diese Zerscheinsfix als Variante, dass man das einfach so nimmt. Ich glaube es war schon etwas in der Diskussion der verschiedenen Interessen, Ich habe jetzt da sicher die Interessen vertreten von OP-Betrieb, also dass wir den möglichst aufrechterhalten können. Aber ich bin auch nahe genug an der Intensivmedizin, dass ich auch diese Anliegen verstehe. - INterview DG: Aber dass der Bund klar sagt, so geht es und das ist es und so wird jetzt gearbeitet war extrem hilfreich. Probleme sind vor allem intern aufgetaucht. Dor ist vor allem die Interaktion zwischen den verschiedenen Fachlichkeiten die problematische Sicht. - INterview DG: : Um es dort durchzusetzen gibt es nur eine Lösung in diesem Spital. Und die lautet, dass die primäre Fachlichkeit in diesem Fall bei der Spitalhygiene liegt und nicht bei den Anderen. Und die haben sich dann unterzuordnen. Das waren die schwierigsten Fälle. - Interview DG: Ich hatte ohne Corona unser Spital so eingeschätzt, dass wir dieses Problem weniger haben, denn ich habe die Kooperation bei uns als sehr gut und sehr konstruktiv eingeschätzt und das hat mich schon ein wenig negativ überrascht, dass es in einem Krisenmoment sehr schnell geht und jeder nur noch an sich selbst denkt. - Interview MS: Aber dadurch, dass das so parallel ist, die Ziele der Pflege und von den anderen in der Klinik, die nicht nur Ärzte hat, hat man manchmal das Gefühl, die sind nicht gleich ausgerichtet. Also die schauen dann eher für sich als für die Klinikes. Gut, das hat sich jetzt da nicht so akzentuiert. Aber wie es halt so ist in einer Situation, wo es so ein wenig auf eng geht, die Dinge, die man so ein wenig latent merkt, die werden dann plötzlich viel stärker spürbar, wenn man in einer solchen Krisensituation ist. - Interview RT: mir kann keiner das bei der Bank fröher, als hast eine Investmentabteilung, das wäre für mich die Chefdarte und die würden die informatik ... Und die Informatik hat nicht die Kompetenz zu sagen, wir machen das nicht. Sondern wenn ein Investmentbanker kommt und sagt, ich will das, dann musst du es mehr oder weniger machen. Und das ist bei uns genau gleich. Es ist nicht die Frage von sinnvoll oder nicht sinnvoll. Klar ist vieles sinnvoll. Aber die Frage ist, es fährt immer zu extremen Ressourcen, die dahinter stecken. - Interview DF: Da haben wir uns schon ausgetauscht, aber es ist sich dann auch in dieser Gemeinschaft/jeder der Nächste. Schlussendlich bin ich dann für dieses Spital verantwortlich. [...] In gewissem Sinn könnte man sicherlich etwas ausblauschen. Das ist natürlich extrem heikel. Da müssen Sie sich schon sicher sein, dass sie bei sich selbst genug haben - Interview DF: .ja da hat dann doch jeder für sich geschaut, verständlicherweise, weil man ist dann doch verantwortlich. - INterview MB: Was es ab und zu passiert ist, ist das irgendein Chef, also ein Klinikleiter, das Gefühl hatte, wenn er einen Covid Patienten hatte, dass der auf die Covidstation verlegt werden muss. Obwohl, das primäre Thema ein anderes war.	**Raisin picking:** organizational members chose selectively their participation in the task	
- INterview UB: Es hat eine Phase gegeben. In der die Kliniken anfingen selbst zu entscheiden oder Kadermitarbeiter oder so abzuweichen von den Regelungen und da ist es einen Moment unruhig geworden. - Interview MB: Es wurde eine Maximalvariante an Schutzmassnahmen ergriffen im Unklaren und frei wurde dies bestätten und hat zu sehr viel Unsicherheit im Team geführt. Und es gab einen Glaubwürdigkeitsvorlust vom Team gegenüber der Leitung, wo nicht förderlich gewesen ist im Weiteren. - Interview MF: Und die Unsicherheit wird dann natürlich gross, wenn eine Klinik beginnt andere Dinge zu tun. Dan heisst es warum die ihre Leute besser schützen und sind wir denn für euch nicht wichtig oder so - Interview KL: Ich hab jeden gedacht, und jede Abteilung gedacht wir machen das so wie wir das sehen und die Task Force hat da tatsächlich geschafft das durchzusetzen. Weil auch das gibt natürlich böses Blut, wenn jemand auf der Intensivstation einen Covid-Patienten betreut, sieht, dass jemand annarsicht der keine Covid-Patienten betreut plötzlich mit 5facher Schutzmaskie rumlauft- auch nicht gut. Auch wenn das nicht evident passiert ist, kann sich der andere trotzdem hinterfragen wieso macht er das und wieso darf er das und wieso darf ich das nicht.	**Deviating:** organizational members follow pursue pandemic activities but according to their own, different understanding	
- Interview MS: Also ich weiss nicht, ob man den Entlehnung sagen kann, aber gewisse Regeln, die eigentlich normalerweise auch gelten, werden in einer solchen Situation irgendwie umgangen.	**Bypassing:** using the pandemic situation to follow the rules	
	Tentative decisions: preparatory decisions based on uncertain development	
- Interview MR: Dann haben wir natürlich jeden Tag mit der Medizin gestritten, weil sie das Gefühl hatten, wieso dürfen jetzt die Chirurgen und wir nicht. Wie im Kindergarten. - Interview DG: Da war erst einmal der Abbau von Mehrzeit, das haben wir als erstes gemacht. Dann haben wir gesagt, sie müssen geplante Ferien trotz allem beziehen, das kam dem Personal überhaupt nicht entgegen. das hatten sie natürlich nicht gern. Wir mussten. es können ja nicht alle im zweiten Halbjahr Ferien machen. - Interview UB: Auf der anderen wieso haben die Pflegenden und wir nicht. Das war eine kritische Phase als es eine Eigendynamik angenommen hat auf Kaderebene, insbesondere der ärztlichen, so wie ich es erlebt habe. - Interview UB: Und dann ist eine grosse Langeweile aufgekommen bei den ganzen Bereichen, die nicht unmittelbar gerade mit Intensiv zu tun hatten. Auch der OPs. Da ist natürlich bei den Mitarbeitern Unzufriedenheit, Leere aufgekommen. Die Unterbesatzung war so schnell spürbar. Tagg, da sind ganz andere Themen und Jammereien aufgekommen, weil einfach plötzlich die Arbeit weg war. Eindrücklich war wie schnell das gemacht wurde. Das war wirklich über Nacht, das muss ich sagen. Da war niemand mehr. - Interview ML: Und in der Phase wo man nicht so genau wusste ja sitzen die vielleicht zu Hause, werden trotzdem bezahlt und wir haben hier Überzeit - da gab es schon die eine oder andere Überlegung. - INterview HZ: Bis minus 40 Stunden und so, aber irgendwo im Hinterkopf wussten wir ja irgendwie, dass das logischerweise nicht reichen wird. Eigentlich wussten wir es ja, aber trotzdem gibt man mal so etwas raus. Dort war ich zum Teil wirklich auch im Clinch, macht das jetzt wirklich Sinn, dass wir das so sagen? - Interview MB: Ich fand es nicht immer ganz fair und ich habe auch schon am Anfang gesehen, dass es um Geld geht, aber wenn ich dann so stundenlang meine Leute aus dem frie pulvern musste, habe ich dann gefunden, ja, ich bin nicht sicher, ob das jetzt wirklich nur noch um das Geld gehen kann und um Patientenzahlen und so	**Increasing support of leaders and others:** in home office some leaders were not on site	
- Interview UR: Und da ist eine gewisse Unsicherheit aufgetreten, auch von den Leuten: Was passiert, wenn ich mich anstecke? Wir hatten eine sehr enge und auch sehr gute Regelung durch die Spitalhygiene. Das Problem ist aber, dass zum Teil von ärztlicher, wie auch von pflegerischer Seite, das Vertrauen in die Infektiologie und in die Spitalhygiene nicht vorhanden war. Unteranderem auch deswegen, weil es nicht alle Spitäler gleich gehandhabt haben. - INterview ML: Also was ich anders machen wurde ist noch versuchen die Mitarbeiter die so Angst gehabt haben vielleicht noch psychologisch zu betreuen. Das hat meines Erachtens nicht stattgefunden - Interview MS: Und es ist auch dort so, dass dort zum Teil fachlich völlig nicht kompetente Leute Entscheidungen fällen, die gefällt werden müssen. Und die auch die Fachleute nicht fällen können, weil sie die politischen Dimensionen nicht sehen. - Interview DG: Das war auch bei uns intern. Den Verwaltungsrat gab es nicht mehr. Sie haben zwei Sitzungen abgesagt, sie würden jetzt quasi in Isolation gehen. Du hättest bloss telefonieren müssen! Wenn du Führungsverantwortung hast, musst du gerade in einer Krisensituation zur Verfügung stehen. Heisst nicht, dass du überall reinreden musst, aber du musst hier sein. Wenn die Leute dich brauchen, musst du hier sein. Das hat mich überall furchtbar. - Interview UB: Zum Beispiel haben sie ein Bronchoskop zum Reinigen gebracht – auf der Abteilung haben wir keine eigene Maschine, wir müssen das auf der Gastrologie reinigen lassen. «Das ist kontaminiert. das darf nicht in der normaler Ausgusch» Da habe ich gesagt: «hast du schonjemals ein nicht kontaminiertes Bronchoskop gesehen?» «Ja, aber das ist Covid!» Da sage ich: «Ja, aber das ist der Rein, der ans schreiben stirbt. Was wir auch sonst runterbringen sind nullkreisitierte Keime, das sind teilweise parresistierte Keime... Das interessiert euch auch nicht.» «Nein, das geht nicht, das geht nicht!» Und dann haben sie etwas entwickelt und dann haben Adapterstücke gefehlt und jetzt ist alles... Oder die Anästhesie, welche uns sagte, «Ana, ja klar könnt ihr diese Fiberoptik zum Intubieren. Jaja, bringt sie und einfach wieder zurück. Wir stellen sie bei uns in die Maschine.» Dann plötzlich haben sie kalte Füsse bekommen und gesagt: «Also ihr dürft sie schon ausleihen, müsst sie einfach selbständig wieder reinigen.» Wir haben kein Material, uns die zu reinigen, wir haben keine Adapterstücke, wir haben keine Maschine. . Dann bist du allein wieder hinterhergerannt. Und das ist alles ein wenig vergessen. - Interview RS: Aber das sieht Nierwand, das versteht niemand ganz. Das kennen nur wir beobachten, weil eine Abteilung sagt, das bieten wir auch nicht an, das kommt nicht in Frage. Ich sage das Bedürfnis besteht und der andere sagt, ja das verstehe ich, das muss man machen, aber ich kann es nur durch den Tag anbieten, gut durch die Nacht ist es halt nicht da. - Interview MB: Und dann sind die vom Betiermanagement sind dann nicht, waren dann noch nicht in diesem Modus, dass man ein bisschen flexibler sein muss und dann haben sie immer für das Lungenzentrum zehn bis zwölf Patientenbetten gesperrt für Covid Patienten. Und dann hatten wir eigentlich überall sonst kein Platz und dann hiess es immer, das Lungenzentrum hat noch zwölf Betten frei und das ganz reelliche Departement war eigentlich voll.	**Lacking support of leaders and others:** in home office some leaders were not on site	
Die Leute müssen machen, was hier drin entschieden wird. Das ist offenbar in gewissen Departementen gelungen, in anderen weniger. Es hat keinen Wert, dass alle hier drin hocken und draussen passiert nicht viel» (TR-1-1, D-TF1-01) - Interview RT: Dann sieht's da, dass die Veränderungsbereitschaft sogar in Sachen, die sachlogisch waren, nicht mal da ist und dann sagst du, aber hallo. Das finde ich schon schwierig. Sonst wäre man schon weiter, aber es ist schwierig. - Interview UB: Aber es wäre eigentlich so einfach. Einerhalb Meter und es wäre kein Problem! Die Daten sind offensichtlich sogar schon bei einem Meter. [...] Aber es funktioniert nicht. Es ist ein wenig frustrierend (seufzt). INterview DG: Der Hintergrund war folgender – der Hintergrund war nicht nur der Personalpool – wir hatten bei allen Kliniken gefragt, wie viele Leute sie in diesen Personalpool abstellen können. Und da gab es drei Kliniken, welche sagten, sie können niemanden abstellen. Da wurde Simon natürlich wütend, das kann ja nicht sein. Das gesamte Spital fährt herunter und ihr habt das Gefühlt, ihr müsst niemanden schicken. - Interview UB: Und ich hätte mir echt gewünscht, dass sich die Spitalleitung mehr dafür einsetzt. Es gab Häuser, wo es jemanden gab, der Polizist gespielt hat. Bei uns hat das niemand gemacht. Und ich finde, das gibt gegen aussen ein ganz schlechtes Bild, wenn man diese Regelungen nicht einhält. Und sich dann zu verstecken und zu sagen, man appelliere an die Selbstverantwortung der Leute? Das funktioniert offensichtlich nicht. - Interview RS: .es Durchsetzen von internen Massnahmen war fast nicht möglich. Oder das Orientieren nach den internen Massnahmen, hat nicht so stattgefunden, wie man in einer solchen Situation erwarten müsste oder auch durchsetzen. Es gingt dann sowell, dass man sich darum gestritten hat, wer nun diese COVID-Patienten betreuen muss, so nach dem Motto, das ist nicht mein Job. - Interview TS: Da hat es gewisse Chirurgen, die fanden, der anders bietet zu viele auf, die sind ja nicht nötig. - INterview RT: Die einen haben natürlich das doch medizinisch begründete doch sehr zugunsten ihrer Patienten und ihrer Klinik interpretiert. Das sieht man auch an der Entwicklungszahlen. Also die einen haben da nun nicht eine grosse Delle gehabt. - Interview MB: Und gewisse haben gesagt, dass sie keine Kaderärzte schicken können, obwohl wenn man hingeschaut hat es ganz klar möglich gewesen wäre Kaderärzte zu schicken. Da musst man 3 Mal nachfassen, bis es dann auch noch der leute verstanden hat. Das war so ein wenig ein anderer organisatorischer Punkt.	**Lacking compliance:** organizational members do not follow decided measures	
- Interview NG: Dann kommt die Information immer noch ein wenig überraschend und dann geht es los und dann merkte ich schon, dass bereits wenige Fälle ziemlich Unruhe ins System bringen können. Dass die Mitarbeiter verunsichert sind und Antworten haben möchten und die rufen dann nicht nur einer Stelle an, sondern sie rufen X Stellen an. Die Vorgesetzten sind verunsichert. - Interview BS: Man musste vielleicht mal schauen, wer unmittelbar betroffen ist. Es macht wahrscheinlich mehr Sinn, wenn ein HNO drin ist anstelle eines Radiologen. Oder der Symptomist muss drin sein oder der von der IPS muss auch drin sein. Ich glaube, das könnte man wirklich besser machen - Interview MS: Und es ist auch dort so, dass dort zum Teil fachlich völlig nicht kompetente Leute Entscheidungen fällen, die gefällt werden müssen. Und die auch der Fachleute nicht fällen können, weil sie die politischen Dimensionen nicht sehen. - Interview BJ: Und dann ist so die, die hat bis heute angehalten, die unsägliche, das unsägliche Aufbauschen von Experten ist eigentlich noch bis heute peinlich oder. Plötzlich sind Epidemiologen hervorgekommen, wo man eigentlich gar nicht gewusst hat, dass es das gibt, wo bis heute eine Wichtigkeit angenommen haben, jeder sagt ja etwas anderes oder. Und dann ist so die divergente Informationsflut von man soll so, man soll nicht so. Es entwickelt sich so die verschiedenen Szenarien sind das aufgeschrien, wo ja ans Schluss eigentlich niemand recht hatte. Und jeder hat etwas anderes gesagt. INterview BJ: Also jeder hat es besser gewusst. Man wusste ja bis heute nicht, wie viel die Maske wirklich bringt. Man wusste höchstens, dass der Kranke die anderen schützt, aber man sich selbst nicht wirklich vor Krankheit schützt. - Interview MS: Und das ist eigentlich durch das Band bis jetzt und alle sind ja auch wieder, also vor allem die ärztliche Seite, sind wieder in einer Fachgesellschaft organisiert und die Fachgesellschaften haben natürlich aus dem Blickwinkel ihrer Fachgesellschaft alle auch den Eindruck gehabt, sie müssen Richtlinien schreiben und Empfehlungen und das hat zu einem völligen Wirrwarr geführt, also völligen Wirrwarr... - Interview SS: Die Kommunikation von Bund, wie auch von Swissmed war ja immer so: Anstatt, dass man ehrlich gesagt hätte man wisse es nicht da die Evidenz fehlt, sagten sie, es würde keine Rolle spielen. INterview GRK: Und was schoiang war, dass sich jetzt Leute als Experte für Intensivmedizin geoutet haben, die eigentlich schlichtweg keine Ahnung haben, was wir da machen. Plötzlich gab es unendlich viele Experten.	**Lacking trust** in competence of others	
- Mo. head of ICU, complains in the task force meeting about not being able to transfer a patient during the previous week to a ward. Timely patient transfers are important to free up beds on the ICU. - The head of oncology uses a single incident with a patient to question the entire nursing team to lack collaboration with his medical staff (Rachel, March 11, 2021) - Corona-daily - Interview DO: Mehrzeiten abbauen ging auch noch, aber als es dann um Minuszeiten ging, haben sie angefangen zu rebellieren. Da haben wir auch Gewerkschaftsbriefe erhalten, das dürfen wir nicht und weiss der Teufel nicht was. Aus unserer Sicht ist das kein Problem, man kann ja mal Minuszeiten haben und dann kompensiert man die wieder, wenn es mehr Arbeit gibt.	**Escalating instances:** organizational members use a single incident as a general theme	
- Interview UB: Das hat eben extreme Diskussionen ausgelöst. Weil sie die verschiedenartige Handhabung der Hygienemassnahmen gesehen haben – die einen kommen im Atomanzug und die Anderen haben einfach normale Schutzmasken an - Interview KA: ich weiss nicht ob es euch auch so geht, du hast aber gemerkt die Leute werden dünnhäutiger, Atmosphäre ist aggressiver geworden, also wirklich– da hat sich schon was getan. - Interview RS: Es wurde eine Maximalvariante an Schutzmassnahmen ergriffen im Unklaren und hier wurde dies bestritten und hat zu sehr viel Unsicherheit im Team geführt. Und es gab einen Glaubwürdigkeitsvorlust vom Team gegenüber der Leitung, wo nicht förderlich gewesen ist im Weiteren. - INterview PV: Als ich mich dann gewehrt habe, hat mich die Kantonsärztin gar nicht mehr konsultiert, ich habe mich dann auch einmal gewehrt, weil die Regierungsrätin in einem persönlichen Gespräch einem Arzt gegenüber, der in der Corona Debatte recht aktiv war, hat sie mich als nicht ernstzunehmenden Partner und sozusagen disqualifizierten gesagt, dass es ihr gleich sei, ob 100'000 oder 200'000 Personen sterben würden. Das hat sie dort gesagt und er kam dann zu mir. Sie konnte sich nicht denken, dass er mit mir studiert hat. Das ist eine Dummheit so etwas jemandem zu sagen. Ich habe sie dann kontaktiert und darauf angesprochen. Sie hat dann geantwortet, dass sie das nie gesagt habe und sie mich schätze. Wir hatten dann trotzdem nichts mehr miteinander zu tun. - Interview UB: Das hat eben extreme Diskussionen ausgelöst. Weil sie die verschiedenartige Handhabung der Hygienemassnahmen gesehen haben – die einen kommen im Atomanzug und die Anderen haben einfach normale Schutzmasken an - Interview RS: Das unsinnige Streiten «das ist nicht mein Patients hat nur mit territorialen Überlegungen zu tun, aber nicht, dass sie zu viel zu tun gehabt hätten. Oder man hat einfach gesagt, wir dieser Zone, da bist du zuständig und musst betreuen» und man der Patienten nicht anderswo hinnehmen will. wo ein anderes Team zuständig ist. - Interview MB: Bei mir war es jetzt vor allem eine Klinik und eine noch so indirekt, die bei uns Betten hat, aber diese haben wir nicht gleich fest gesprirt, aber diese haben ganz viel Unruhe ausgelöst mit ihrem eigenmächtigen Handeln und manchmal auch über unsere Kopfe hinweg, also über alle Köpfe hinweg und das hat dann halt in den Teams Unruhe gegeben. - INterview BJ: Da habe ich auch sehr Wert darauf gelegt bei den Departementssitzungen, da habe ich gesagt, dass siejetzt einfach aufhören müssen und sie einfach an das Spital denken müssen und nicht an sich selbst.	**Confronting:** organizational members engage in heated discussions over issues at hand	
- The head of one clinic accuses Rachel that she "drives his whole clinic against the wall" because of closed beds. - Finance department: loss of sales due to closed beds. Reporting on the hospital's dire financial situation at the end of 2021, the head of finances explains: "We did not do well this year because noses closed beds." - A vice head of internal medicine accuses Rachel of being 'unwilling' to recruit staff and open beds again, he states: "This is personally disappointing" (October 7, 2021) - In a meeting to resolve conflicts between the nursing department and the clinics, the head of internal medicine sarcastically suggests that nursing directors should work at the bed-side to open up beds. Other clinic heads accuse the nursing department of being responsible for the bed closure. At the same time, anaesthesiology declines requests by nursing department to provide staff for COVID patients, because the clinics did not reduce their normal activities despite being in wave 3. INterview MF: Und die Unsicherheit wird dann natürlich gross, wenn eine Klinik beginnt andere Dinge zu tun. Dan heisst es warum die ihre Leute besser schützen und sind wir denn für euch nicht wichtig oder so	**Blaming / Intimidating:** Organizational members scape goat others for problems and thereby intimidate of being responsible for further consequences	Affective conflict as mode of interaction
- ClanCarlo: nurses should lower their professional standards (interview, Summer 2021) - MDs: not admitting patients jeopardizes their health - Emergency Case: see diminishing of Head by Dan (exit etc.) - MDs to nurses that they are incapable of getting staff - Interview HZ: Es ist im Moment relativ schwierig, weil wir die ZNA in eine Richtung versuchen zu entwickeln, wie in Basel oder Bern. Das steht aber stark in Clinch oder im Widerspruch zu den Wünschen, die von den Fachkliniken kommen. Und deshalb wir die ZNA im Moment stark diskutiert und wird als Mimose wahrgenommen. Und das färbt halt einfach auf solche Diskussionen in einer solchen Situation natürlich ab. Wenn man hat sagt, ja ihr da wieder, sie tun wieder so empfindlich. INterview MS: .ja, jetzt in der Covid-Zeit habe ich das Gefühl gehabt bei der Pflege sind es eher so ein wenig irrationale Ängste, die man zum Teil besprechen konnte - Die Leute haben ja auch – ob das rationalist oder irrational ist – Ängste und die damit irgendwie versuchen zu unterstützen. Aber das ist relativ schwierig von aussen. Das ist eigentlich etwas, das auch in den Teams passieren müsste. aber wenn da natürlich auch die Ängste da sind bei den Vorgesetzten, dann ist eigentlich Hopfen und Malz verloren. - Interview TS: dass ich mich im Moment mehr Stirbte von unterbeschäftigten Mitarbeitenden, die auf den Wiedereingang warten, als vor dem Virus. - Interview MS: bei den Ärzten ist es eben die verloren gegangene Fachlichkeit zum Teil, dass jeder das Gefühl hat, er wisse genau, was man jetzt machen muss und das muss man so und so. - Interviews MS: Eben bei den Ärzten eher fordernd und eben so, bild gesagt wie wenn ich jetzt plötzlich anfangen würde, Blinddärme zu operieren, wenn irgendwas wäre, wo es plötzlich vermehrt diese Operationen brauchte. Dass ich mich da in ein Gebiet einmischen würde, das ich schlichtweg nicht kann. - InterviewBJ: Also die Frau Kanselmann war inkompetent. Die waren einfach getriggert. was sagt man uns, was muss man machen. Denen hat man irgendwie eingeflüstert über eine IPS in Dings, dass wir innerhalb von 3 Tagen 100 Beatmungsplätze bereitstellen können müssen, was es einfach nicht braucht. Die Gefahr ist ja nicht morgen da. Man merkt es ja wenn die Zahlen steigen, dann können wir uns weiter anpassen. Also die haben nicht dazu beigetragen die Krise wieder in den Griff zu bekommen und die Kantonsärztin auch nicht.. - InterviewBJ: Und die haben jetzt eine Wichtigkeit bekommen oder eine Kompetenz, die ihre fachliche Kompetenz eigentlich bei weitem übersteigt, aber das sind grundsätzlich nicht Charakteren, die Alphatiere sind. - Interview BJ: Wenn der Chefarzt Zeit hat, dann hatte ich zu bisschen Alphatiersparitäten und manchmal habe ich gesacht, ist die Task Force nur hier um einander ans Bein zu pinkeln. Also das ist für mich irgendwie nicht so ganz. also verständlich, dass man versucht die Schwächen des andern auszunutzen. Wir haben ein Problem, wir haben eine Pandemie und da geht es nicht darum, ja, andere zu diskreditieren oder um Schwächenzu suchen.	**Avoiding confrontation:** Organizational members avoid directly addressing presumably hot issues	
- Observations of task force meetings during wave 2: During the status reports of the different clinics and wards, Dan also asks for the situation of staff every week. The common response of the clinics, ICU and wards of both nursing directors and medical doctors is: «we are compensated» meaning that at this point staffing is sufficient to handle the respective situation - In a task force meeting April 5, 2021, the nursing director of the ICU reports that they are not compensated and lack staffifor the coming days to attend the ICU patients, which Dan responds by asking for respective plan by next week. After the meeting, the nursing director is heavily critzised by her superior of making such problems public because they would undermine the standing of the department vis-à-vis the clinics and would cause problems with Dan, the hospita CEO. - Rachel mentions in several conversations, that medical doctors informally talk of their own exhaustion but do not raise the issue with their peers. - Interview UB: Ich glaube, er (Glan-Reto) hat schon so ein bisschen das Gefühl, ja die Medizin ist ein Chaoten Betrieb und die sollen halt eben, nach dem Motto, es sind alles Erwachsene Leute, die sollen sieber schauen. Und das machen sie halt nicht. Und wenn es dann dort gar nicht mehr, können wir es schon trapen aber so ein bisschen ja, es ist jetzt nicht unbedingt der Ort in der Task Force uns so etwas zu sagen, findet er. - Interview UB: Also die Leute haben Angst dort sinn ihr Gesicht zu verlieren oder Angst als schwache Person dazustehen und manchmal habe ich gesacht, ist die Task Force nur hier um einander ans Bein zu pinkeln. Also das ist für mich irgendwie nicht so ganz. also verständlich, dass man versucht die Schwächen des andern auszunutzen. Wir haben ein Problem, wir haben eine Pandemie und da geht es nicht darum, ja, andere zu diskreditieren oder um Schwächenzu suchen.	**Closing in:** organizational members focus on their own realm and pursue their own interests	
- DIM discussion over reductions driven by partial interests - Conflicts of cardiology and nursing - Non-Compliance with reduction decisions - Shifting tasks		

9 Figure and Tables

References

Abdallah, C., Denis, J.-L., & Langley, A. 2011. Having your cake and eating it too. Discourses of transcendence in organizational change dynamics. ***Journal of Organizational Change Management***, 24(3): 333-348.

Amason, A. C. 1996. Distinguishin the effects of functional and dysfunctional conlflict on strategic decision making: resolving a paradox for top management teams. ***Academy of Management Journal***, 39(1): 123-148.

Andriopoulos, C., & Lewis, M. W. 2009. Exploitation-exploration tensions and organizational ambidexterity: managing paradoxes of innovation. ***Organization Science***, 20(July-August): 696-717.

Balogun, J., & Johnson, G. 2005. From Intended Strategies to Unintended Outcomes: The Impact of Change Recipient Sensemaking. ***Organization Studies***, 26(11): 1573-1601.

Berti, M., & Cunha, M. 2023. Paradoxes, Dialectics or Trade-offs? A double loop model of paradox. ***Journal of Management Studies***, forthcoming: 1-47.

Berti, M., & Simpson, A. V. 2021. The dark side of organizational paradoxes: the dynamics of disempowerement. ***Academy of Management Review***, 46(2): 252-274.

Carmine, S., Andiopoulos, C., Gotsi, M., Pradies, C., Raza, H., Raza-Ullah, T., Schrage, S., Sharma, G., Slawinski, N., Stadtler, L., Tunarosa, A., Winther-Hansen, C., & Keller, J. 2021. A Paradox Approach to Organizational Tensions During the Pandemic Crisis. ***Journal of Management Inquiry***, 30(2): 138-153.

Ciuchta, M. P., O'Toole, J., & Miner, A. S. 2021. The organizational improvisation landscape: Taking stock and looking forward. ***Journal of Management***, 47(1): 288-316.

Clegg, S., Vieira da Cunha, J., & Pina e Cunha, M. 2002. Management paradoxes: A relational view. ***Human Relations***, 55(5): 483-505.

Cunha, M., & Putnam, L. L. 2017. Paradox theory and the paradox of success. ***Strategic Organization***: 1-12.

de Rond, M., & Bouchikhi, H. 2004. On the dialectics of strategic alliances. ***Organization Science***, 15(1): 56-69.

Es-Sajjade, A., Pandza, K., & Volberda, H. W. 2021. Growing pains: Paradoxical tensions and vicious cycles in a new venture. ***Strategic Organization***, 19(1): 37-69.

Fairhurst, G. T. 2018. Reflections: Return Paradox to the Wild? Paradox Interventions and Their Implications. ***Journal of Change Management***, DOI: 10.1080/14697017.2018.1552505: 1-17.

Farjoun, M. 2010. Beyond Dualism: Stability and Change as Duality. ***Academy of Management Review***, 35(2): 202-225.

Ford, J., & Backoff, R. W. 1988. Organizational Change in and out of Dualities and Paradox. In J. B. Quinn, & K. S. Cameron (Eds.), ***. Paradoxes and Transformation. Towards a theory of change in organization and management***. Cambridge: Ballinger.

Gaim, M., Clegg, S., & Cunha, M. 2021. Managing impressions rather than emissions: Volkswagen and the false mastery of paradox. ***Organization Studies***, 42(6): 949-970.

Hällgren, M., Rouleau, L., & De Rond, M. 2018. A matter of life or death: how extreme context research matters for management and organization studies. ***Academy of Management Annals***, 12(1): 111-153.

Hargrave, T. J., & Van de Ven, A. H. 2016. Integrating Dialectical and Paradox Perspectives on Managing Contradictions in Organizations. ***Organization Studies***, 38(3-4): 319-339.

Huq, J.-L., Reay, T., & Chreim, S. 2017. Protecting the Paradox of Interprofessional Collaboration. ***Organization Studies***, 38(3-4): 513-538.

Isaacs, W. 1999. ***Dialogue and the Art of Thinking Together*** (1 ed.). New York: Currency.
Jarzabkowski, P., & Lê, J. K. 2017. We have to do this *and* that? You must be joking: Constructing and responding to paradox through humor. ***Organization Studies***, 38(3-4): 433-462.
Jarzabkowski, P., Lê, J. K., & van de Ven, A. H. 2013. Responding to competing strategic demands: how organizing, belonging, and performing paradoxes coevolve. ***Strategic Organization***, 11(3): 245-280.
Jay, J. 2013. Navigating paradox as a mechanism of change and innovation in hybrid organizations. ***Academy of Management Journal***, 56(1): 137-159.
Kraatz, M. S., & Block, E. S. 2008. Organizational implications of institutional pluralism. In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby, & K. Sahlin (Eds.), ***The Sage Handbook of Organizational Institutionalism***: 243-275. London: Sage.
Kraatz, M. S., & Zajac, E. J. 2001. How organizational resources affect strategic change and performance in turbulent environments. ***Organization Science***, 12(5): 632-657.
Lalounis, S. T., & Nayak, A. 2021. Dynamic stability: Unfolding dynamics of vicious cycles in a design torm. ***European Management Journal***, 40: 137-150.
Langley, A. 1999. Strategies for Theorizing from Process Data. ***Academy of Management Review***, 24(4): 691-710.
Langley, A. 2021. Paradox as Irony: Inspirations from Jazz, Linguistics, Mathematics, Poetry and other Stories. In R. Bednarek, M. Cunha, J. Schad, & W. K. Smith (Eds.), ***Research in the Sociology of Organizations on Both/and-ing paradox theory: Interdisciplinary dialogues on organizational paradox***: 1-16.
Langley, A., Smallman, C., Tsoukas, H., & van de Ven, A. H. 2013. Process studies of change in organizations and management: unveiling temporality, activity, and flow. ***Academy of Management Journal***, 56(1): 1-13.
Langley, A., & Tsoukas, H. 2010. Introducing "Perspectives on Process Organization Studies". In T. Hernes, & S. Maitlis (Eds.), ***Process, Sensemaking, and Organizing***: 1-26. Oxford: Oxford University Press.
Lewis, M. 2000. Exploring Paradox: Toward a more Comprehensive Guide. ***Academy of Management Review***, 25(4): 760-776.
Lewis, M. W., & Smith, W. K. 2022. Reflections on the 2021 AMR Decade Award: Navigating paradox is paradoxical. ***Academy of Management Review***, 47(4): 528-548.
Luescher, L., S., & Lewis, M. 2008. Organizational change and managerial sensemaking: Working through paradox. ***Academy of Management Journal***, 51: 221-240.
Miron-Spektor, E., Ingram, A., Keller, J., Smith, W. K., & Lewis, M. W. 2017. Microfoundations of organizational paradox: the problem is how we think about the problem. ***Academy of Management Journal***, forthcoming: 1-50.
O'Connor, E. S. 1995. Paradoxes of Participation: Textual Analysis and Organizational Change. ***Organization Studies (Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.)***, 16(5): 769.
Pamphile, V. 2022. Paradox peers: A relational approach to navigating a business-society paradox. ***Academy of Management Journal***, 65(4): 1274-1302.
Pettigrew, A., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. 2001. Studying Organizational Change and Development: Challenges for Future Research. ***Academy of Management Journal***, 44(4): 697-713.
Poole, M. S., & van de Ven, A. 1989. Using Paradox to Build Management and Organization Theories. ***Academy of Management Review***, 14(4): 562-578.
Pradies, C. 2023. With head and heart: how emotions shape paradox navigation in veterinary work. ***Academy of Management Journal***, 66(2): 521-552.
Pradies, C., Tunarosa, A., Lewis, M. W., & Courtois, J. 2020. From vicious to virtuous paradox dynamics: work of supporting actors. ***Organization Studies***: 1-23.

Putnam, L. L., Fairhurst, G. T., & Banghart, S. 2016. Contradictions, dialectics and paradoxes in organizations: a constitutive approach. ***Academy of Management Annals***, 10(1): 1-107.

Schad, J., & Bansal, P. 2018. Seeing the forest and the trees: How a systems perspective informs paradox research. ***Journal of Management Studies***, 55(8): 1490-1506.

Schad, J., Lewis, M. W., Raisch, S., & Smith, W. K. 2016. Paradox Research in Management Science. ***The Academy of Management Annals***, 10(1): 5-64.

Sharma, G., Bartunek, J. M., Buzzanell, P. M., Carmine, S., Endres, C., Etter, M., Fairhurst, G. T., Hahn, T., Lê, P., Li, X., Pamphile, V., Pradies, C., Putnam, L. L., Rocheville, K., Schad, J., Sheep, M. L., & Keller, J. 2021. A Paradox Approach to Societal Tensions during the Pandemic Crisis. ***Journal of Management Inquiry***, 30(2): 121-137.

Smith, W. K. 2014. Dynamic Decision Making: a model of senior leaders managing strategic paradoxes. ***Academy of Management Journal***, 57(6): 1592-1623.

Smith, W. K., & Becharov, M. L. 2019. Bowing before Dual Gods: How Structured Flexibility Sustains Organizational

Hybridity. ***Administrative Science Quarterly***, 64(1): 1-44.

Smith, W. K., & Besharov, M. L. 2019. Bowing before dual gods: how structured flexibility sustains organizational hybridity. ***Administrative Science Quarterly***, 64(1): 1-44.

Smith, W. K., & Lewis, M. W. 2011. Towards a theory of paradox: a dynamic equilibrium model of organizing. ***Academy of Management Review***, 36(2): 381-401.

Suddaby, R. 2006. From the Editors: What Grounded Theory is Not. ***Academy of Management Review***, 49(4): 633-642.

Sundaramurthy, C., & Lewis, M. W. 2003. Control and Collaboration: paradoxes of convergence. ***Academy of Management Review***, 28(3): 397-415.

Tsoukas, H., & Cunha, M. 2017. On organizational circularity: vicious and virtuous cycles in organizing. In W. K. Smith, M. W. Lewis, P. Jarzabkowski, & A. Langley (Eds.), ***The Oxford Handbook of Organizational Paradox***, 1 ed.: 393-412. Oxford, UK: Oxford University Press.

Tuckermann, H. 2019. Visibilizing and Invisibilizing Paradox: A process study of interactions in a hospital executive board. ***Organization Studies***, 40(12): 1851-1872.

Tuckermann, H., & Schwaninger, M. (Eds.). 2022. ***Steuerung in der Pandemie - Wege aus der COVID-Krise*** (1 ed.). Bern: Haupt.

Ungunreanu, P., Bertolotti, F., Mattarelli, E., & Bellesia, F. 2019. Making matters worse by tring to make them better? Exploring vicious cycles of decision in hybrid partnerships. ***Organization Studies***, 40(9): 1331-1359.

van de Ven, A. 1992. Suggestions for Studying Strategy Process: A Research Note. ***Strategic Management Journal***, 13(Special Issue: Strategy Process (Summer 1992)): 169-191.

van de Ven, A., & Poole, M. S. 1988. Paradoxical Requirements for a Theory of Change. In R. E. Quinn, & K. S. Cameron (Eds.), ***Paradox and Transformation***, 1 ed.: 19-64. Cambridge, MA: Ballinger.

Yin, R. K. 1994. ***Case Study Research. Designs and Methods***. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage.

Zbaracki, M. J., & Bergen, M. 2010. When truces collapse: a longitudinal study of price-adjustment routines. ***Organization Science***, 21(5): 955-972.