



## Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

### INTERVJUREFERAT – KAI ØIVIND BRENDEN OG PAULA MARIE ELISABETH LYKKE

<b>Intervju av:</b>	Kai Øivind Brenden, nestleder Norsk Sykepleierforbund Paula Lykke, leder for intensivsykepleierne i Norsk Sykepleierforbund.
<b>Sted:</b>	Tollbugata 12, Oslo
<b>Tid:</b>	18.11.2021 kl. 12.00 – 13.30
<b>Digitalt eller fysisk:</b>	Fysisk
<b>Leder av intervjuet:</b>	Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
<b>Øvrige deltagere som deltok fysisk:</b>	Rune Jacobsen og Ayan Bashir Sheikh-Mohamed fra kommisjonen, Sekretariatsleder Ida Skirstad Pollen og sekretariatsmedlem Marianne Aasland Kortner. Erik Sundet fra PwC.
<b>Øvrige deltagere som deltok digitalt:</b>	
<b>Ev. bisittere</b>	Hanne Karen Landbø, advokat i Forhandlingsavdelingen i Norsk Sykepleierforbund og Trude Hagen, Seniorrådgiver Norsk Sykepleierforbund

#### PRESISERING OM REFERATET

Dette referatet er utarbeidet i dialogs form og er en gjengivelse av det som ble sagt under intervjuet, med enkelte språklige justeringer. Spørsmål og bemerkninger fra kommisjonen fremkommer i fet skrift.

#### INNLEDNING AV INTERVJUET

**Geir Sverre Braut ønsket velkommen. Deltakerne til stede presenterte seg.**

**Ida Skirstad Pollen informerer om de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:**

- Det er satt av 1,5 time til intervjuet.
- Det tas lydopptak av samtalen og skrives referat fra samtale. Referatet vil bli forelagt deg for gjennomlesning så snart det er renskrevet, og du kan da komme med eventuelle korrigeringer/suppleringer. Det er ikke tanken da at det skal være en ny forklaring.
- Lydopptaket og referatet er kommisjonens interne dokumenter, og det vil i utgangspunktet ikke bli gitt innsyn i dette materialet så lenge kommisjonen arbeider.

Offentleglova gjelder og det er derfor en plikt til å vurdere meroffentlighet. Etter overlevering vil det vurderes meroffentlighet i sentrale referater. Etter avlevering av kommisjonens arkiv er det Arkivverket som forvalter innsyn i kommisjonens arkiv.

- Du har ikke plikt til å forklare deg for kommisjonen. Vi er takknemlig for at du stiller til en samtale. Vi forstår det slik at du er villig til å svare på en del spørsmål.
- Når du først velger å forklare deg for kommisjonen, kan du forklare deg også om taushetsbelagte forhold. (Se lov om informasjonstilgang for Koronakommisjonen (koronakommisjonsloven) § 2.) Og det du forklarer deg om – som er taushetsbelagt – har vi som er til stede her taushetsplikt om. (Forvaltningsloven §§ 13 til 13 f, jf. lovens § 3.)
- Presisere at opplysninger fra samtalen vil kunne bli vist til i den endelige rapporten. Kommisjonen vil følge praksis fra tidligere granskningskommisjoner: I utgangspunktet er det kun leder som vil bli navngitt. Dette innebærer likevel ikke en garanti for at ikke også andre personer kan bli identifisert ut fra konteksten i rapporten.
- Vi vil sterkt oppfordre deg til ikke å spre videre det som blir snakket om under dette intervjuet. Det vil svekke verdien av senere eventuelle forklaringer, og kunne være forstyrrende for den arbeidsroen kommisjonen trenger.
- Kommisjonen har adgang til å behandle personopplysninger og er bundet av personopplysningsloven.

**Kai Øyvind Brenden og Paula Lykke hadde ingen merknader eller spørsmål til de praktiske og rettslige rammene for intervjuet.**

## **FORKLARING**

### **Kan dere fortelle hvor lenge dere har hatt verv i sykepleierforbundet og litt om deres yrkesmessige bakgrunn som sykepleiere?**

Kai Øivind Brenden (heretter «KØB»): Jeg startet som sykepleier på Akershus universitetssykehus på infeksjonsmedisinsk avdeling og hematologisk avdeling i 2000. Fra 2005 har jeg vært foretakstillitsvalgt ved samme sykehus. Fra 2011 har jeg kombinert det med å være medlem i forbundsstyret i Norsk Sykepleierforbund, og fra 2019 har jeg vært nestleder på fulltid i Norsk Sykepleierforbund.

Paula Lykke (heretter «PL»): Jeg var ferdig sykepleier i 1997. Jeg jobbet på Aker sykehus på kar/thorax og akuttmottak, og begynte på intensiven i 2000. I 2002 tok jeg videreutdanning og arbeidet ved Aker sykehus frem til 2011. Da fikk vi beskjed om at Aker sykehus skulle slukke lyset. Da mistet jeg troen på sykehusvesenet fordi det var den beste intensivavdelingen vi hadde i Norge. Det var et veldig godt arbeidsmiljø der. Etter det har jeg jobbet med litt forskjellig. Jeg ble valgt som faggruppelider i 2017 og var tilbake på Aker i 2017 samtidig som jeg var faggruppelider. I 2019 bestemte vi at det var et 100 % frikjøp å være faggruppelider for intensivsykepleiere og det viste det seg at det var i perioden 2019-2021. Jeg er nettopp blitt gjenvalgt som faggruppelider. Jeg har også jobbet litt på Ullevål sykehus.

### **Tema 1: Sykepleiernes og intensivsykepleiernes situasjon på sykehusene før pandemien brøt ut**

**Vi ønsker at dere starter med å fortelle om hvordan personellsituasjonen var før pandemien brøt ut. Hvilken dekning hadde man, hvordan har dette blitt kommunisert, hvordan har behov for innleie fra utlandet vært, og hvordan har sentral helsestyresmakter håndtert dette både internt i HF/RHF-strukturen og eksternt mot det politiske systemet?**

KØB: Jeg kan tilkjennegi to ting. Dette er ikke kunnskap som jeg sitter veldig godt inne i på detaljnivå. Mine refleksjoner og svar vil knytte seg til et overordnet nasjonalt nivå. Jeg har ikke hatt kontakt med min tidligere arbeidsplass i denne perioden, så jeg har ingen mulighet til å svare for det nivået. Skulle jeg komme inn på lokale eksempler skal jeg si ifra.

Helt overordnet har vi to hovedarbeider som jeg vil henvise kommisjonen til. Det ene er en intern undersøkelse utført av Norsk Sykepleierforbund i 2015 hvor det ble gjort en kartlegging av spesialsykepleiere. Da så vi veldig klart at vi hadde en utfordring med alderssammensetningen blant spesialsykepleiere. Det gjelder intensiv, men også anestesi og operasjon spesielt. Medianalderen var over 50 år for disse gruppene. Det vil si at med en pensjonsalder på 65 år vil vi i løpet en 10-15 års periode få en halvering av ansatte. Den andre rapporten er riksrevisjonsrapport fra 2017 som viste at sykehus i alt for liten grad hadde oversikt over denne alderssammensetningen. Det har man i noe større grad begynt å ta tak i nå, men man hadde ikke oversikt over behovet fremover eller et reflektert syn på dette med turnover. Vi så også at det ikke ble avsatt tilstrekkelige midler på et strategisk og systematisk vis, slik at man var sikker på at man fikk utdannet nok intensivsykepleiere på sikt.

En utfordring som manifesterte seg allerede den gangen da det ble litt oppmerksomhet rundt dette var at man begynte å fokusere på å få flere intensivsykepleiere utdannet, men det ble ikke avsatt mer penger. Det innebar at man da prioriterte intensivsykepleie foran andre grupper det også var behov for. Så allerede før pandemien så man problemstillingen med at man har mangler innenfor flere grupper. Man har også en alderssammensetning som gjør at man får stor avgang innen kort tid.

Jeg vil også gjøre oppmerksom på at når vi snakker om mangler og behov, er utfordringen at vi ha liten oversikt over hva som eksisterer av intensivsykepleiere. Det argumentet har vi brukt sterkt for en spesialistgodkjenning. Vi har sett to store hendelser de siste årene. Ved hendelsene den 22. juli ble Norsk Sykepleierforbund spurt om vi hadde oversikt over spesialsykepleiere som kunne tilkalles og brukes i etterkant med oppfølging. Vi fikk den samme henvendelsen i 2020, men det foreligger fortsatt ingen nasjonal oversikt. Det er antageligvis ikke mulig å få en slik oversikt uten spesialistgodkjenning.

Vi etterlyste flere utdanningsstillinger på sykehusene, at det ble prioritert og at kandidattallene på intensivutdanningene ble styrket. Problemstillingene før pandemien er langt på vei den samme som under pandemien. Kapasiteten var ganske marginal. Det hjelper ikke å snakke om senger og utstyr fordi det er personellet som er den store utfordringen.

For å gi et eksempel fra min egen erfaring: Da jeg jobbet på Akershus sykehus hadde de 10 intensivsenger som i all hovedsak var fylt med pasienter. Etter min vurdering var det ingen reservekapasitet. Det fantes senger innimellom, men jeg nevner det fordi jeg ser det samme bildet rundt om i landet. Det var liten reservekapasitet allerede før pandemien.

PL: Jeg synes det var godt oppsummert, og det er det jeg hører fra mine medlemmer også. Vi har ikke fått noe mer kapasitet verken før eller under pandemien, snarere tvert imot. Vi har stoppet elektive operasjoner i lang tid på grunn av intensivkapasitet. Den første dokumentasjonen jeg har på dette er fra 1998. Statens helsetilsyn har dokumentert i en rapport fra 1998 at det var for dårlig sykepleierkapasitet som førte til at intensivkapasiteten er begrenset. Og beredskap er fraværende, det var den før og under pandemien. Vi har ikke ekstra senger og vi har ikke plass til neste pasient. En pasient må ut før vi kan ta inn neste pasient. Det er regel og ikke unntaket. Det gjør at beredskapen blir ivaretatt på individnivå, ved at det er sykepleierne og lederne som må gjøre en vurdering for at det er plass til neste pasient. Det gjør noe med arbeidsmiljøet. Det har ikke blitt noe bedre etter at pandemien kom og vikarene våre forsvant. Gjennom et helt år har enkelte avdelinger hatt opptil 20 % vikarer for å dekke stillinger. Mange avdelinger har ubesatte stillinger. Man ønsker ikke å utlyse stillinger hele tiden fordi man er redd det kan vitne om dårlig arbeidsmiljø, selv om det ikke er det. Man har derfor heller løst utfordringen med mangel på personell gjennom å ta inn vikarer. Da de ikke kom, så var vi våre egne vikarer.

**Har du noen eksempler på sykehus som ikke har noe særlig behov for innleie fra andre land?**

PL: Jeg har hørt at Levanger sykehus ikke har behov for innleie av vikarer fra andre land. De har utdannet nesten for mange intensivsykepleiere og er veldig fornøyde med hvordan de har håndtert intensivkapasiteten.

**Er det direktørene på de forskjellige nivåene som ikke er tydelige nok overfor direktorat og departement, eller er det «toppen» som ikke er villig til å gi pengene?**

PL: Det har vært tydelighet om dette fra departementsnivå, fra myndighetsnivå, fra direktører og i rapporter. Senest i sykehus -og helseplan frem mot 2035 melder de om at det er stor mangel på intensivkapasitet. Dette er kjent og alle vet det, men ansvaret er pulverisert.

**Når det gjelder utvalget som ble ledet av Hans Flaatten som la frem dokument før jul i 2019 som sa noe om kapasiteten på norske intensivavdelinger, hva slags refleksjoner har dere om det?**

PL: Jeg synes det er en god dokumentasjon som viser at det er 248 bemannede intensivsenger og 4,8 intensivplasser per 100 000. Vi mener det er for lavt.

**Opplever dere at dette taler samme språk eller budskap som Riksrevisjonen eller deres egne kartlegginger?**

PL: Ja

KØB: Jeg mener å huske at det er slik vi vurderer det. Det er lett å kjenne seg igjen i dette fra et virksomhetsperspektiv. Man snakker om et høyere tall intensivsenger enn det som er realiteten når man skal se på bemanningen.

## **Tema 2: Sykepleiernes og intensivsykepleiernes situasjon på sykehusene under pandemien**

**Når begynte dere å tenke at det kunne bli press på intensivplassene på norske sykehus, og når ble det en realitetsoppfatning i intensivmiljøene?**

KØB: Norsk Sykepleierforbund var nok bekymret for det ganske tidlig. Vi hadde alle sett bildene fra utlandet, spesielt fra Italia. Det påvirket henvendelsene vi fikk fra våre medlemmer. Jeg kan ikke få sagt det sterkt nok at mange av våre medlemmer i tidlig fase var veldig bekymret. Vi så for oss tilstander som vi hadde sett på TV, hvor vi ikke bare fikk høyt press på intensiven, men også at vi ville miste helsepersonell.

Helt overordnet forstod vi at vi potensielt sto overfor en type katastrofeliggende hendelse som ville bli veldig alvorlig.

**Hvilken dato var det?**

PL: Vi begynte å snakke i styret rundt 6. og 7. mars 2020. Da begynte det å summe veldig og det ble uro i rekkene. Vi har kontakt med andre intensivsykepleiere og begynte da å få WhatsApp-grupper hvor det kom beskjer om hvor dårlig disse pasientene var.

KØB: Jeg tror vi lå der vi også. Vi var ikke forberedt på omfanget av nedstengingen da den kom. Vi hadde sett for oss at det kunne bli en situasjon som satte spesialisthelsetjenesten under et kolossalt press og vi antok at kommunehelsetjenesten ville få store utfordringer. Det var rundt månedsskiftet februar / mars vi begynte å få de mer alvorlige bildene fra Europa, og særlig Italia.

**Kan dere beskrive det som skjedde på sykehusene i den første fasen fra deres ståsted som sykepleierforbund?**

PL: Den største utfordringen var dette med smittevern. Det var vanskelig å forholde seg til ettersom retningslinjene ble endret og det ble for eksempel lov til å vaske smittevernutstyr eller legge det i poser med navn på. Det var ikke til å tro. Da visste vi ikke så mye om viruset heller så mange som jobbet med dette begynte å isolere seg. Vi så at de gikk med hele beskyttelsesdrakter i Italia, mens vi måtte gjenbruke munnbind. Det var ikke til å tro.

Jeg vil også berømme ledere på forskjellige avdelinger for den enorme arbeidskapasiteten og innsatsen. De fikk et stort ansvar på kort tid. De skulle bygge om avdelinger, de skulle ha nok kompetanse på jobb og de skulle lære opp sykepleiere. Jeg tror det var på jobb 24/7 i 14-15 dager i starten.

**Har dere noen erfaringer med hva som har fungert og ikke av de ulike strategiske tilnærmingene på sykehusene?**

PL: Jeg vil si at de som jobber på store sykehus har vært veldig heldige fordi der kan man gjøre større grep. På mindre sykehus er det for eksempel bare et rom hvor én intensivsykepleier blir stående alene. Dette er for eksempel tilfelle på sykehuset i Lillehammer hvor de må kommunisere med Walkietalkie. Pasientene er utrolig dårlige og man får 10 minutters pause på åtte timer i smittevernutstyr og de har ikke lege lett tilgjengelig, det gjør noe med hele systemet. De ser også bildene fra Oslo hvor de ansatte er inne på egne avdelinger/kohort. Vi har store forskjeller mellom sykehusene i Norge. I tillegg er det et stort personlig ansvar for at ting skal fungere.

**De store sykehusene hadde en fordel ved at de kunne ta en velfungerende post og omgjøre innholdet i den med det personalet som var der?**

PL: De hadde større tilgjengelige ressurser. De kunne flyttet en del personell inn på en egen avdeling/kohort og noen fikk også assistanse for anestesisykepleiere. I tillegg fikk de operasjonssykepleiere som stod ute (sluse) og kledde av og på. Vi ser ofte at det er når du tar av smittevernutstyr at man blir smittet. Det har skjedd mange gode ting. Ting som vi kanskje burde tenkt på før og som vi må ta med oss videre.

**Du sier at det er opp til den enkelte å ta ansvar for at ting fungerer og for å sikre at det blir plass til neste pasient. Kan du si noe om hvilke vurderinger som må gjøres og om det gå utover behandlingen av pasientene?**

PL: Det er dessverre ikke noe nytt. Når du ikke har plass til neste pasient, må du se på hvem du kan ta ut. Det blir et puslespill hvor man leker med liv. Det blir en prioritering i teamet som blir tatt litt raskere enn det man strengt kanskje tatt burde.

**Har du fått tilbakemeldinger fra dem som har stått for pasientoppfølgingen om personlig belastning?**

PL: Ja. Jeg har fått tilbakemeldinger fra medlemmer på at de opplever en personlig belastning. Intensivsettingen ble veldig endret fordi pasientene var like alvorlig syke og trengte massiv støtte. I tillegg fikk vi kohortene å forholde oss til. Pårørende kommer ikke inn og man har ikke like lett tilgjengelig lege som vanlig. Det er mye som begrenses ned. Kanskje må man

kommunisere med pårørende via privat telefon eller FaceTime. Det hører ikke hjemme noe sted, men det er viktig for pasienten (pasient inkludert pårørende) at de har personlig kontakt og i starten så var ikke det mulig. Da tar man det personlige ansvaret for å ivareta pasienten, selv om dette burde ha vært på systemnivå.

**Kjenner du til om det noen steder var planlagte opplæringstiltak på forhånd som man kunne iverksette, eller var det opplæringstiltak som måtte utformes ad hoc der og da?**

PL: Mitt inntrykk var at det var helt ad hoc.

**Du kjenner ikke til noen sykehus som hadde planer for å iverksette det?**

PL: Nei. Jeg kjenner ikke til noen sykehus som hadde planer for hvordan opplæringstiltak kunne iverksettes.

KØB: Det tror jeg er helt riktig. Det tror jeg handler om at man ikke hadde vurdert det som et veldig relevant alternativ. Man hadde ikke planlagt for et scenario som dette.

**Hvordan kompenserte man når de danske og svenske vikarene som man tidligere hadde leid inn ikke lenger kunne reise inn til Norge?**

PL: Man brukte det som var tilgjengelig av kompetanse. Man hadde doble vakter og ikke ferier.

**Klarte man å holde overtidsbruken innenfor arbeidsmiljølovens rammer?**

PL: Det har ikke jeg så mye med å gjøre. Det er avdelinger og sykehus som har skrevet bekymringsmeldinger vedrørende overtid og merarbeide.

KØB: Det kan vi ev. ettersende. Det vi vet er at under normal drift i sykehus er det store brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Så kan man si at det handler om at arbeidsmiljøloven ikke er mulig å holde, det er jeg helt trygg på at den er, men det handler om hvordan man planlegger og organiserer arbeidet. Vi vet det ble brukt mye overtid da pandemien startet og det ble stedvis omplassert personell fra andre deler av virksomheten. Det i seg selv gjør at elektiv virksomhet og akuttberedskap utover pandemien blir satt i risiko, men det kompenserte jo delvis. Det ble også trukket ressurser fra andre områder. Det kan være traumatisk for en uerfaren sykepleier.

Hanne Karen Landbø (heretter «HKL»): Angående overtid så kan vi undersøke om vi har noen mer konkrete tall. Dette med «nødturnus», som man endte opp med å kalle det, ble tatt i bruk steder hvor det faktisk ikke var et reelt smittetrykk. Det viser hvilke utfordringer de hadde med manglende personell. Det er et symptom og det fikk vi veldig mange henvendelser om.

**Vi konkluderte i forrige rapport at trepartssamarbeidet var noe av grunnen til suksessen. Burde vi ha kriseregelverk eller var det godt nok det vi hadde?**

KØB: Vi har meldt inn at vi lager to rapporter nå, dvs. at Agenda Kaupang og SINTEF lager hver sin rapport for oss. Rapportene berører spørsmål dere har vært inne på nå. SINTEF Helse ser på arbeidsmiljøet etter den første fasen. Et av spørsmålene vi ønsket å se på var dette med medvirkning og hvordan det har fungert. Den rapporten foreligger ikke enda, men vi har sett

litt på funnene. SINTEF sier at det nok er funn som peker i retning av at ansatte i alt for liten grad har vært involvert både i pandemiberedskapsarbeid i forkant og de tiltak som ble iverksatt underveis. Det har utfordret partssamarbeidet litt fordi der man kunne satt seg ned og blitt enige om hvordan man skal løse dette, har man heller fått diskusjoner om hvorfor ulike løsninger er satt i verk. Det har vært usikkerhet blant våre tillitsvalgte om hva som foregår og hva som er omfanget av dette. Samtidig får man tilbakemelding fra medlemmer om at situasjonen har vært vanskelig. Jeg har hørt flere ledere si at det er i kriser man virkelig må snakke sammen. Det må man begynne med i fredstid. Når vi går dypere inn i undersøkelsen så må vi se nærmere på det.

Agenda Kaupang gjør en undersøkelse hvor de ser på hvordan ledere har håndtert situasjonen. Det er utrolig mange gode eksempler for hvordan ledere har håndtert dette. Det finnes også dårlige eksempler på ledere som har misbrukt avtalene som er inngått. Vi har hatt mange ledere som har jobbet uhyggelig mye. De har stått veldig alene, strukket seg langt og har nok følt en maktesløshet underveis for hvordan de skal håndtere situasjonen. Tilbakemeldingene fra oss er at disse pasientene skiller seg fra ordinære intensivpasienter, i den grad at de fleste som er blitt lagt inn på intensiv er betydelige dårligere enn det som er vanlig. Man har gjerne en variasjon, men disse pasientene har vært mye dårligere og krevd alt man har av behandlingsmetoder, både utstyr og kunnskap. Det har også utfordret ledere.

HKL: Det finnes også en FAFO-rapport blant tillitsvalgte i UNIO, så det er et bredere utvalg. Det er også identifisert ned på helseforetak som område. Den sier en del om risikovurderinger, HMS, arbeidstid og personlig belastning for den enkelte.

### **Når dere snakker om ledere, på hvilket nivå er det dere roser innsatsen?**

KØB: Det er førstelinjeledere vi roser, altså avdelingsledere på post. Det er ledere som står helt ute med de ansatte og helt ute med pasienter. Også ledere over dem har nok vært betydelig engasjerte. Det er ikke meningen å snakke ned ledere lenger opp i systemet, men de har nok stått lenger unna denne virkeligheten.

### **Kjenner dere til om det er noen av helseforetakene som har iverksatt noen lederstøtteprogrammer?**

PL: Jeg har ikke noe kunnskap om det.

Trude Hagen (heretter «TH»): Jeg tror Nordlands sssykehuset hadde det, men jeg er usikker på om det kun gikk på ansatte eller også ledere.

KØB: Dette kan vi sjekke opp å svare på i etterkant.

### **Om dere kunne spurt litt om dette i deres omgangskrets hadde det vært fint.**

KØB: Vi skal se hva vi kan fremskaffe.

PL: Du spurte om hva som har fungert. Det å flytte intensivsykepleiere fra et sted til et annet sted, skaper vakuum der man tar det ifra, men det har vært veldig viktig for Ahus som har fått tilflyt og lånt intensivsykepleiere. Jeg er veldig lei meg for at det ikke var klarlagt et mulighetsrom i forkant av pandemien. Under svineinfluensaen ble det kjøpt inn mer utstyr, men da sa vi at vi ikke trenger mer utstyr, vi trenger mer folk. Hvis vi kan flytte folk, så kan vi flytte utstyr. Militære har for eksempel militærssykehus som kan sendes rundt og flyttet hvis



det var en plan for det. Vi har det til utenlandstjeneste og på forskjellige nivåer, men ikke nasjonalt. Det håper jeg vi får.

### **Deres perspektiv er at det fungerte når det kom i gang?**

PL: Ja.

KØB: Det fungerte så godt at vi har argumentert for et innsatsteam som organiseres overordnet for å kunne bistå i nasjonale beredskapssammenhenger. Vi ser ikke for oss en situasjon hvor det vil være like stort press overalt. Vi oppfattet også at det var mange som ønsket å bistå, men det skjedde nok litt på eget initiativ fra det enkelte sykehuset. Dette kunne vært organisert både mer effektivt og sterkere.

### **Noen sykepleiere har selv blitt syke eller havnet i karantene, hvor alvorlig har det vært?**

KØB: Vi har noe tall på det. Det viktigste for oss var at det ble anerkjent som yrkessykdom. Nå vet vi enda mer, men vi fryktet den gangen for langtidseffekter. Så langt tyder det på at det er risiko her for at dette har betydelig lengre virkning for helsen. Vi får se på sikt om det er noe som fører til varig nedsatte funksjon for noen.

HKL: Det har vært ulikt i de ulike fasene hvilken effekt det hadde når så mange havnet i karantene. Videre har det vært problematisk at virksomhetene så ulikt har drevet en del ad hoc-karantene, altså en uhjemlet, frivillig karantene. Det er en stor belastning for dem som blir utsatt for det. Jeg tror ikke vi har tall på akkurat det, men problemstillingene har vi tall på.

TH: Det kan være det ligger i den første SINTEF-rapporten. Vi har vært spesielt bekymret for situasjonen i kommunene med personell i karantene fordi de var i en langt mer sårbar situasjon i utgangspunktet. Spesialisthelsetjenesten kan rigges ned på en annen måte enn den i kommunen.

### **Vi har observasjoner som tyder på at det er blitt høyere turnover det siste året. Hvordan ser dere på det? Er det mange som slutter og er det diskusjoner om dette?**

PL: Vi har i utgangspunktet 50-60% vaktbelastning. Når det i tillegg er et så voldsomt press som det er nå, så er det mange som kanskje kunne jobbe i 5-6 år til som vurderer å slutte. Andre velger å gå til andre deler av sykehuset med mindre belastning. Jeg frykter vi kommer til å se et frafall fra intensivavdelingene.

### **Hva er deres inntrykk av sykefraværet som ikke er koronarelatert?**

KØB: Sykefraværet i vår sektor er høyere enn det man burde forvente. Da snakker jeg først og fremst om sykepleietjenesten. Vi har både høyere sykefravær og lavere pensjonsalder enn det som er vanlig. Reell pensjonsalder for sykepleiere er 58 år nå, hvis man tar med alle som går av før pensjon. Dette er knyttet veldig til belastningen vi står i. Det er også uvanlige tall og vi skiller oss ut fra tilsvarende utdanningsgrupper. Det sier noe om belastningen. Her kan det også vises til en rapport fra SINTEF for en del år tilbake som sier noe om at HMS-arbeid i sykehus er misforstått. Det er ikke tatt tak i. Ifølge SINTEF snakker man egentlig om kvalitet og kvalitetsarbeid når man snakker om HMS på sykehus. Man forstår ikke forskjellen. SINTEF kommer med ny rapport som viser at vi fortsatt er der. Det bekymrer oss for hele helsetjenesten. Vi ser at under pandemien har arbeidstiden vært lenger enn normalt,

uforutsigbarheten har til tider vært voldsomt, noen har hyppig byttet arbeidssteder og man har hatt høyt arbeidspress over lang tid. Det er også smittefrykt og dårligere pasienter enn vanlig.

Den alvorlige bekymringen er at det veldig ofte er de samme personene som blir eksponert for alle disse ulike faktorene. Den akkumulerte belastningen for disse personene er veldig betydelig. Det er en økende andel av våre medlemmer som vurderer om de skal stå i helsetjenesten. De sa det før pandemien og under pandemien er det blitt forsterket.

For noen år siden sa fylkeslegen i Oslo og Akershus etter tilsyn av sykepleietjenesten at grunnen til at det går bra til tross for dårlige rammebetingelser, er at ansatte strekker seg langt utover det arbeidsgiver med rimelighet kan forvente. Det er det vi gjør nå. Vi strekker oss langt fordi hvis vi ikke gjør det så vil det ramme pasientene og ansvarsfølelsen for pasientene er så stor.

**De som kunne stått i arbeid i 5-6 år til, men som kanskje slutter nå, er den skaden allerede skjedd eller er det noen tiltak som kan snu trenden?**

PL: Om våre ledere får mulighet og handlingsrom til å være ledere og få ned turnover, da ville man få stoppet den lekkasjen. Vi kommer aldri til mål om 18 intensivsykepleiere slutter så utdanner du 8 nye. Da jeg var nyutdannet hadde jeg en leder som var til stede som kunne ha samtaler, oppfølging og som gjorde at jeg ble sett som en arbeidstaker. Vi snakker mye om at man jobber ekstra, men i tillegg har de opplæring av nyansatte, studenter og sykepleiere i spesialisering. Det er ikke noe hvileskjær. I starten av pandemien sa jeg til en del rådgivere på sykehus at de måtte huske på at de ansatte måtte ha et sted å hvile, få i seg mat og at det måtte være noen de kunne snakke med på vaktrommet. Det ble rapportert fra Sverige at det var utrolig viktig at det bare satt noen på vaktrommet når man spiste mat.

**Hvordan mener dere utdanningen av intensivsykepleiere er i dag? Er den formålstjenlig?**

PL: Vi har akkurat fått nye retningslinjer og de er jeg veldig fornøyd med fordi det er sluttkompetansen som er viktig. Det er for trangt for dem som er i tjenestene å veilede dem som er i utdanning. De som tar veilederjobben, får ikke noe igjen for det fordi det er ikke satt av verken tid eller ressurser til det. Det kommer bare ved siden av alt det andre man må gjøre. Det er ikke noe ordnede forhold rundt det.

**I din tid hadde sykehus mer hånd om innhold og gjennomføring av spesialistutdanningen. Hva skjer når høgskolene og universitetene har mer hånd om totaliteten?**

PL: Jeg tror det er ivaretatt i de nye retningslinjene, men det er praksisen som er utfordrende. Nå er det ikke en dedikert ressurs på avdelinger til å ivareta veiledning og sykepleiere i spesialisering, det var det tidligere på ganske mange avdelinger.

**Jeg tolker deg dit hen at sykehusene som er ansvarlig for tilrettelegging for praksisplasser ikke ser at de har et utdanningsansvar?**

PL: Ja, det er det egentlig det jeg sier. Det finns ingen frikjøp av tid.

**Det blir ikke en ekstra stilling fordi man har noen som skal læres opp?**

PL: Nei, det er noe man gjør ved siden av.

KØB: En generell utfordring i spesialisthelsetjenesten er at det står i lovverket at opplæring er en del av hovedoppgavene. Da virker det som at det er noe som automatisk skal inngå i de vanlige oppgavene uten at det tilføres ressurser. Det er mange av våre som sier at det er morsomt å ha studenter, men det oppleves etter hvert som en ekstrabelastning. Det blir en dårlig opplevelse for dem som har studenter, og det blir heller ikke optimalt læring for studenter.

I tillegg mener vi at veiledere må ha bedre mulighet til å tilegne seg veiledningskompetanse. Vi snakker om masterstudenter som skal få ordentlig veiledning. 50% av utdanningen vår foregår i praksis og det betyr at de som skal lære dem opp bør ha pedagogisk/veiledningskompetanse.

Du spurte om andre tiltak. Et tiltak vi har sett og som våre etterlyser handler om ledelse. Man organiserer sykehus slik at den store gruppen personell, sykepleietjenesten, ikke er representert på toppledelsen i sykehus. Jeg tror det ville vært en styrke om også den gruppen var representert. HMS må i større grad reflekteres for å beholde og gjøre det mulig å rekruttere til sykepleieryrke. Inntrykket nå er at det er umulig å være sykepleier. Det er det ikke, men vi legger ikke rammeverket for at det skal være mulig og da klarer vi heller ikke rekruttere eller beholde. Når det gjelder utdanning må vi få på plass et system som følger opp det riksrevisjonen sa i 2017. Vi må få systematikk på hva bemanningen på en intensivenhet skal være, hvordan vil turnover og avgang være fremover og hvordan skal vi planlegge hvordan vi skal få erstattet disse på et mer overordnet nivå. Det kan ikke være økonomisk styrt alene.

**Forestill dere en gitt intensivpost med 8 senger. Der er det et visst antall sykepleiere som har sin avdelingsleder å forholde seg til. I løpet av en dag kommer det inn noen leger og noen fra anestesi som har en annen leder å forholde seg til, og som ikke er den samme som sykepleierne forholder seg til. Er det hensiktsmessig organisering? Er sektororganiseringen hensiktsmessig?**

KØB: Når trekker du resonnementet lenger enn meg. Men jeg har testet den måten å arbeide på og det fungerer.

Det fungerer fordi det i praksis ikke vil ha stor betydning hvem som er din leder. Vi vil fortsatt samhandlet rundt pasienten fordi det er ikke noe som lederne konkret vil være involvert i. Vi kan godt tenke oss at det oppstår et problem med at man ikke ønsker å samarbeide og da kan ledelse bli en utfordring. Jeg har erfaring fra sykehus som har testet dette. På ortopedisk enhet ved Ahus har de organisert seg med legelinjer og sykepleielinjer. Leger og sykepleiere sier det er en god måte å organisere seg på fordi da får klinikkdirektøren innspill fra alle de store yrkesgruppene. Det gjør ham til en bedre leder og han kan bringe med seg strategiske elementer.

**Da møtes de hos klinikkdirektør og ikke hos administrerende direktør?**

KØB: Ja. For meg virker det å være en hensiktsmessig måte å organisere på, men noen må ta ansvar for hvordan man skal utvikle, koordinere og planlegge for den største profesjonsgruppen på sykehus på toppledernivå. Medbestemmelsesbarometeret har pekt på at

spesialisthelsetjenesten over tid har fått en stadig større toppstyring. Beslutninger, selv på et ganske lavt detaljnivå, løftes oppover i systemet. Etter hvert sier ledere at de opplever en fallende tendens til at de blir lyttet til i viktige spørsmål som tas oppover i systemet. Det bekymrer meg at man ikke lytter til de som står nærmest problemstillingene. Om man ikke blir lyttet til i sin egen lederlinje vil vi komme i situasjoner hvor beredskap blir utfordret. Om vi ikke gjør noe er jeg redd beredskapen vil bli utfordret selv om det ikke er en pandemi

**Ville du takket ja om du fikk tilbud om å få tilbake rollene som sjefsykepleier og oversykepleier?**

KØB: Det ville jeg ha utredet før jeg svarte på. Jeg tror det kan ligge noen gevinster i det, men jeg ville også vurdert konsekvensene av det.

**Har dere noen tanker om bruk av støttepersonell for sykepleiere og intensivsykepleiere, og organisering av sykepleierressursene innad på sykehuset? Hvordan man skal få en fleksibel måte å omdisponere på?**

KØB: Jeg mener det er to grep man må se på, men det krever arbeid og planlegging. Det ene er hvordan man benytter kapasitet mer sammenhengene i sykehus. Under pandemien har det vært steder på sykehus som har hatt det rolig fordi man har tatt ned elektiv virksomhet.

Det andre jeg skal si handler om dette med å bruke personell mer fleksibelt. Uansett om man flytter personell eller pasienter vil det kreve en planlegging for hvordan du bygger kompetanse. Et eksempel er Østfold hvor man brukte barnesykepleiere og fant ut at de skulle jobbe på voksne, geriatriske pasienter. Det gir ikke mening fordi det er to helt forskjellige måter å jobbe på. Det innebar både pasientrisiko og et arbeidsmiljøproblem.

**Hadde det vært mulig å lage en ordning hvor man ble utdannet som intensivsykepleier og gikk i rulleringsturnus med noen måneder på intensiv og noen på akutt?**

KØB: Jeg mener at det i dag gjøres så avansert behandling på sengeområder at man kan ha bruk for å ha intensivsykepleiere også på et sengeområde. Da jeg jobbet på infeksjonsmedisin frem til 2005 hadde vi to intensivsykepleierhjemler på den avdelingen, og det fungerte kjempebra fordi vi hadde dårlige pasienter der også som ble septiske og som trengte avansert behandling. Det gjorde at vi kunne beholde disse pasientene lenger. Det kan man kritisere fordi da er de dårligere når de kommer på intensiv. Jeg mener at uavhengig av det, så kan det være bruk for intensivsykepleiere.

Helsetilsynet gjorde en undersøkelse som handler om å flytte pasienter på tvers av sengeområder, som er en trussel mot pasientsikkerhet dersom det ikke planlegges og gjøres godt. Det som ofte skjer, er at du gjør det tilfeldig. Da er det en risiko. Sånn er det med alt.

PL: Når det gjelder det vi snakket om vedrørende sykehusledelse, vil jeg si at det vi opplever fra førstelinja og oppover er at fem høns blir til fem fjær. Bruden pyntes oppover hele veien. Et stort behov blir bare mindre. Vi opplever det slik at det som på gulvet oppleves som et stort problem ikke lenger er så ille når det kommer opp på direktørnivå.

Jeg har vært på ulike intensivavdelinger rundt om i Norge. Jeg har opplevd at intensivsykepleiere tar smittevask, må svare på telefoner og henvendelser. De har ikke ansatt en sekretær til å ta imot telefoner midt på dagen en gang. Man bruker intensivsykepleieren til

alt og ingenting. Intensivsykepleiere har en masterutdanning og det behøver man ikke til å gjøre alle disse oppgavene. Mange avdelinger har valgt å ha assistenter som kan gjøre enkle oppgaver og det er å bruke ressurser på en riktig måte. Det er utrolig viktig.

I starten av pandemien snakket vi om at det kunne komme 1200 intensivpasienter. Helseminister Bent Høie sa da at det ikke var noe problem. Jeg tenkte at det får vi sikkert til hvis alle pasientene, utstyr og intensivpersonell er på samme sted, men stiller spørsmål ved hva som da ville være kvalitet og overlevelse. Jeg tenker at kjernen til hvorfor vi skal ha intensivplasser er fordi de skal brukes for å sikre overlevelse. Vi bruker ekstremt mye penger på intensivbehandling, men om vi skal gjøre det bare litt og stykkevis, da må vi begynne å prioritere. Vi må tenke på hvordan vi bruker ressursene. Vi har gratis utdanning i Norge og det misbraker vi. Jeg har snakket med mange intensivsykepleiere som har sagt opp, og de har ikke et møte med lederne om hvorfor de har sluttet. Det er fordi lederne vet hvorfor, men de har ikke et handlingsrom til å gjøre noe med det.

**Det synes som man i Norge har greid å håndtere til dels ganske ekstreme utbrudd på sykehjem og på en mer kvalifisert måte enn i Sverige. Har dere noen betraktninger rundt det?**

KØB: Ja, det er nok et inntrykk som også vi har. Det handler om at vi har en kommunehelsetjeneste i Norge som tross alt har høyere kompetanse. Vi har et høyt innslag av ufaglærte, men det er et betydelig høyere tall i Sverige. Sverige har også en betydelig høyere grad av veksling av ansatte mellom ulike tjenester som gjør at man ikke blir kjent med pasientene på samme måten. Det utgjør dessuten en høyere smitterisiko.

En rapport fra Riksrevisjonen fra 2016 sier noe om hva som var forutsetningen for å lykkes med samhandlingsreformen. Det var å styrke kompetansen og få mer tilgjengelig personell i kommunehelsetjenesten. Det har imidlertid ikke skjedd. Man har forholdsvisshet verken fått mer kompetanse eller personell.

Hvis man ser på statistikk ser man at man har fått mer enn 1000 årsverk til i kommunene, men man har samtidig også fått flere tusen eldre. Om man ser på oppgaver som er overført fra sykehus til kommuner så er ikke det kompensert. For eksempel i Nordkapp kommune gir de spesialisttjenestebehandling på fastlegekontoret for at pasienten skal slippe å reise. Det er et veldig bra tilbud for pasient, men tjenestene er ikke nødvendigvis tilpasset tilbud og kompetanse. Mange av våre medlemmer som jobber i kommunen var like engstelige som de som var på sykehus. De opplevde et stort press på oppgaver fordi pasienter skulle nesten ikke legges inn en periode hvis de ikke var koronasmittet. Kommuner brukte arbeidstidsavtalene veldig tidlig, og misforstod og misbrukte avtalene. Vi ser litt av det samme bildet i kommunene, men det har blitt underkommunisert.

**Kunne det vært en idé å forsøke seg med en prehospital intensivmedisin ved at sykehusets intensivkompetanse kunne blitt brukt i kommunehelsetjenesten så man slapp å legge inn pasienter?**

KØB: Vi har en pilot i dag på primærhelseteam hvor man har satt sammen fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Jeg har ment at man burde se på om det er større mulighet til å utnytte potensiale som ligger der for å kunne tilby en betydelig mer avansert behandling enn man gjør i dag, og tilby spesialisthelsetjenester ut i hele landet. Det ville også gitt en

karrieremulighet for sykepleiere som ikke kan jobbe døgntkontinuerlig turnus slik man gjør i dag. Jeg mener det er potensiale i kommunehelestejesten, men om det ligger helt opp på intensivnivå vet jeg ikke.

**Geir Sverre Braut:** Jeg har nettopp vært med å vurdere en kommunal døgnplass på Jæren. Den har vært karakterisert av at en stor andel av de ansatte har intensivbakgrunn. Det har vært veldig gøy å se hvordan de har klart å få svært dårlige kols-pasienter behandlet så godt at de kan reise hjem uten at de har vært innom sykehuset. Vi i fokusgruppen har ment at det skyldes en kombinasjon av et allmennlegeperspektiv og den tekniske kunnskapen til intensivsykepleierne.

PL: Det blir jeg glad for å høre. Jeg tenker det er en kjempefin idé. Problemet er at vi mangler ansatte på intensivavdelingene. Det er verken beredskap eller overkapasitet på intensivavdelingen, og myndighetene er redd for at det skal bli det fordi det er kostbart. Dersom man skulle ha overkapasitet kunne man brukt de ansatte til å ha undervisning eller man kunne brukt dem ute. Som svar på spørsmålet så er jeg redd for å si at det er en god idé, fordi vi da risikerer at vi ikke har igjen noen på intensiv. Vi trenger den kapasiteten på intensiv. Vi har en del sykehus som har intensivteam som blir utkalt til avdelinger på sykehuset og hjelper avdelinger/sykepleiere med kompetanse for å forhindre at pasienter legges inn på intensiven.

KØB: Der kommer det en gruppe med allmennsykepleiere som blir veldig relevante. Jeg tror det ligger en god gevinst på å se til helheten.

**Hvis vi legger til grunn at det blir gjort noe med utdanningskapasiteten for intensivsykepleiere slik at det i fremtiden ikke er personellbegrensninger som er problemet - hvor stort bør volumet være på intensivsenger i den forstand vi snakker om intensivsenger i dag. Du nevnte tidligere 248?**

PL: Det er det jeg har spurt helseministeren om. Hvilken kapasitet skal vi ha og hvem skal behandles på intensiv. Det er ikke nasjonale føringer for det i dag, hverken for det ene sykehuset eller andre. Det står at behovet for intensivkapasitet vil øke med 35-40% i nær fremtid pga. økende aldersutvikling.

KØB: vi har en forventning til det oppdraget som er gitt til helseforetakene om å få disse tallene på plass. Det må være nasjonal styring på hvordan man skal planlegge intensivkapasitet rundt om på de ulike sykehusene. Slik det er i dag fremstår tallene litt tilfeldig og det virker som det er i større grad er økonomi enn behov som er styrende.

PL: På Aker hadde vi 10 senger som var bemannet. De skulle egentlig overføres til Ahus, men de er borte og ingen vet hvor de er blitt av. Det synes jeg er rart. Det er ingen som har ansvar og det er ikke oppfølging.

### **Tema 3: Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner**

**Vi har snakket om mangel på kapasitet. Har dere eksempler på situasjoner der det har skjedd spredning av smitte fordi man har manglet kompetanse på intensiv, eller om det har medført at pasienter som kunne ha overlevd har dødd?**

PL: Det må være avviksmeldinger på sykehusene Det har jeg ikke innsyn i.

**Det er ikke noen saker som det er blitt snakket om?**

PL: Ikke meg bekjent.

KØB: Vi har nok hørt historier fra sykehus om både smittespredning og kanskje til pasienter, men jeg tror ikke vi har fått noen konkrete bevis for det. Man har sagt i en del sammenhenger at det er beviselig at det har skjedd, men vi har ikke fått bevis for det. Det kan være at det rapporteres internt i sykehus-systemet, men det har ikke vi tilgang til.

**Hva slags hensyn burde man vektlegge fremover? Hva synes dere vesentlig, alt fra planverk, bygningsmasse og nasjonale standarder? Har dere noen ønskedrøm når det kommer til tiltak?**

PL: Jeg gruet meg veldig til å komme hit i dag fordi jeg antok at dere skulle spørre om hvor mange intensivsykepleiere vi har. Det vet vi jo ikke. Det å knytte kompetanse til HPR-nummeret, se på hva kapasiteten skal være og finne en standard for det. Jeg finner ikke tall for hvor mange intensivsenger vi har. Hvis vi hadde hatt tall så hadde vi hatt ting mer på stell.

**Det du ønsker er at staten får bedre oversikt over hva som er behovet og matche det?**

PL: Vi skal ha beredskap, det er vi enige om i Norge. Det kan ikke være på individnivå, det må være på systemnivå. Vi må bli enige om hva som skal være kapasitet og beredskap.

**Noe dere har på blokka som dere ikke har fått sagt?**

KØB: Det ene handler om politisk prioriteringer. Vi har en Menon-rapport fra 2017 som viser noe om finansieringen av helsetjenesten, herunder forventninger og muligheter. Forventninger til helsetjenesten går oppover, men det ligger tilsynelatende liten politisk vilje til å prioritere penger. Det gjør at vi står i en situasjon hvor beredskap i helsetjenesten ser ut til å lide. Når man ser intensivberedskapen vi har synes det å være en stor risiko. Vi håper at man i større grad legger denne type scenarier til grunn og øver på det. Det må også være systematikk slik at ting ikke bare skjer der og da. Selv om personalet er fleksible, så er det ikke den fleksibiliteten som kan løse kapasitetsmangelen over tid. Vi skal ikke være forberedt for et hvert scenario, men vi var ikke forberedt på dette i det hele tatt.

Det andre som også er en stor bekymring er at man nå stenger ned elektiv virksomhet. Vi frykter for prognosetapet når vi får et stort etterslep. Hvem fanger opp de pasientene som enten skulle hatt en diagnose eller skulle vært sjekket for det, men som blir utsatt, og når de kommer tilbake så er situasjonen forverret seg.

Det andre er at det er de samme folkene som står i høyspenn på intensivavdelinger som skal håndtere de elektive pasientene når det roer seg igjen. Det har skjedd etter hver bølge at man har forsøkt å ta igjen etterslepet. Jeg har hørt mange sykepleiere si «når skal vi ha pause?» Nå snakker de om at det kommer til å gå galt i jula. Det kommer til å bli doble vakter og fullt kjør gjennom hele jula. Jeg er bekymret for hvordan vi skal håndtere etterslepet.

**Geir Sverre Braut: Vi har matematikere hos oss som sier at de forventer at det kommer til å bli verre denne julen enn det var forrige.**

KØB: Det er det de ansatte ser også.

**Noe dere vil tilføye?**

HKL: SSB viser at det var en økning av sykefravær på 14% fra andre kvartal 2020 til andre kvartal i 2021 på 14%. Hva gjelder dette med innleie er det rapporter fra HOD fra 2019 hvor intensiv er spesifisert.

KØB: Du var inne på det helt i starten at man spesielt i nord kjente veldig på det da man stenge for innreise av arbeidskraft. Det ble kritisk for dem. Det viser at vi gjør oss avhengig av utenlandsk arbeidskraft for å drifte.

Digital gjennomgang 07.01.2022. Referat godkjent av Kai Øivind Brenden og Paula Lykke. Trude Hagen og Hanne Karen Landbø har gitt fullmakt til Brenden og Lykke.

Oslo, 07.01.2022, Linda Aamodt