



INTERVJUREFERAT – ØYSTEIN MÆLAND

Intervju av:	Øystein Mæland, administrerende direktør Ahus.
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	18.11.2021 kl. 14.00 – 15.30
Digitalt eller fysisk:	Fysisk
Leder av intervjuet:	Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Kommisjonsmedlem Ayan Bashir Sheikh-Mohamed, sekretariatsleder Ida Skirstad Pollen og sekretariatsmedlem Marianne Aasland Kortner
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Egil Matsen, kommisjonsleder
Ev. bisittere	Ingen

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

Egil Matsen ønsket velkommen og presenterte deltagere til stede.

Ida Skirstad Pollen informerte 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.

Øystein Mæland hadde ingen merknader eller spørsmål til de praktiske og rettslige rammene for intervjuet.

Geir Sverre Braut informerte overordnet om temaene som vil bli tatt opp i intervjuet:

1. Hvordan sykehuset innrettet seg for å ta imot covid-19-pasienter og oppskalerte intensivkapasitet da pandemien brøt ut
2. Sykehusets tilbakeføring til normal drift mellom smittebølgene
3. Sykehuset gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen
4. Samarbeid sykehus imellom og samarbeid mellom sykehus og kommuner
5. Tilbakeføringen til normal drift etter smittebølgene
6. Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner om kapasitet, konsekvenser og læring

FORKLARING

Du er administrerende direktør på Ahus. Kan du kort redegjøre for hvor lenge du har vært det og hvordan ledelsen på Ahus er organisert?

Jeg har vært på Ahus i 7,5 år som administrerende direktør. Som bakgrunn er jeg lege og spesialist i psykiatri. Jeg har jobbet i ulike roller. Jeg har vært divisjonsdirektør psykiatrisk på Ullevål sykehus. Før det var jeg i politikken som statssekretær i Justisdepartementet. Mellom 2011 og 2012 var politidirektør. Etter det var jeg spesialrådgiver i Helsedepartementet og assisterende helsedirektør i om lag ett år før jeg startet hos Ahus i 2014.

Ledelsessystemet på Ahus er organisert ganske tradisjonelt for et stort sykehus. Vi har divisjoner som følger fagområdene, herunder kirurgisk divisjon, medisinsk divisjon og psykisk helsevern og rus divisjon. I tillegg har vi mindre klinikker, herunder kvinneklinikk, ortopedisk klinikk og barne- og ungdomsklinikk. Klinikkene står på samme nivå som divisjonene. Vi har også stabs- og støttefunksjoner, samt tverrgående servicedivisjoner.

Tema 1: Hvordan sykehuset innrettet seg for å ta imot covid-19-pasienter og oppskalerte intensivkapasitet da pandemien brøt ut

Vi ønsker å starte med å utfordre deg på hva slags planverk dere hadde, og hva dere tenkte om smittsomme sykdommer og epidemier/pandemier før pandemien brøt ut i 2020. Start først med pandemiplanlegging.

Vi hadde et planverk for pandemisk influensa. Det var det vi hadde av formelle planer. Det var planverk som ikke egentlig beskrev så mye i detalj om hvordan man skulle omorganisere eller omgruppere ressursene på sykehuset. Det sto mye om vaksinasjonsstrategi og slike ting, men det var dette vi hadde. Det ga noen retning på arbeidet vårt.

Da meldingen om en mulig pandemi kom begynte også våre forberedelser. Det var delvis forberedelser hos oss, så var det sterk regional samordning mot Helse Sør-Øst. Vår smittevernoverlege leder også den regionale smittevernkomiteen for Helse Sør-Øst. Vedkommende besitter mye kompetanse rundt denne type temaer. Det har vært en god og viktig ressurs å ha.

Etter hvert kom disse scenariene fra FHI som sa noen om hva vi skulle være forberedt på av pågang på pasienter, både intensivpasienter og øvrige pasienter. Da startet vi en omfattende planprosess for å beskrive hvordan vi skulle rigge oss.

Når ca. var dette?

Dette står nærmere beskrevet i dokumentene vi har oversendt til dere. Jeg husker ikke helt hvordan det ligger i tid. 11. februar hadde vi en orientering fra smittevernoverlegen om en mulig pandemi. Da startet vi en planleggingsprosess med utgangspunkt i våre eksisterende planverk for smittevern og pandemisk influensa. Vi hadde en mindre øvelse i akuttmottaket vårt, som er landets største akuttmottak. Det ble laget prosedyrer for mottak og håndtering av pasienter. Det ble også opprettet kommunikasjonslinje ut mot kommuneoverlegene i distriktet vårt.

Det vi fokuserte på først var å dedikere areal til kohortorganisering eller isolering, vurdere omdisponering av personell, alternative mottak og mottaksstasjon, samt testing og vaksinasjon av personell. Det første smittetilfellet i Norge ble påvist 21. februar. Fra 2. mars hadde vi daglige møter i sykehusledelse. Vi forsterket møtene våre med beredskapsleder og smittevernoverlege.

Hvor mye var du med i planarbeidet som skjedde fra 11. februar?

Planarbeidet var forankret hos viseadministrerende direktør i det daglige. Han rapporterte til meg og han var veldig tett på. Han hadde hånden på rattet der hele tiden. Jeg var naturligvis også tett på. Det var et godt koordinert arbeid gjennom daglige møter i sykehusledelsen.

Du disponerer en moderne bygningsmasse. Hvordan opplevde du at den fungerte og hva gjorde sykehuset og sykehusets ledelse for å tilpasse lokalene til håndtering av pandemien?

Det er noen bygningsmessige faktorer hos oss som har hjulpet oss. Vi hadde en stor ambulansegarasje som vi ryddet og bygde om til et mottak. Mottaket ligger normalt innenfor garasjen. Vi satt opp lettvegger i løpet av kort tid. De ulike ressursene på sykehuset jobbet helt fantastisk sammen. Mottaket kom på plass veldig fort og er fortsatt i drift. Andre sykehus har måttet sette opp telt. Det har vi sluppet. Det bidro til at vi kunne holde en rimelig god flyt i mottaket. Vi fikk etablert et røntgenapparat og ulike typer prøvestasjoner. Det hører med til bildet at pågangen av andre pasienter falt markant i første bølgen. Det totale presset økte ikke så voldsomt, bortsett fra dette med smitteeksponering.

Det andre jeg vil si om bygningsmessige faktorer er at vi hadde en god vurdering av hvordan vi skulle lokalisere akuttsøylen, da sykehuset var klart i 2008. Vi har akuttmottaket, og oppover i etasjene har vi intensivavdeling, operasjonsavdelingene og postoperativ og medisinsk overvåkning. Alt ligger i nærhet til hverandre. Det som har reddet vår intensivkapasitet er at vi har et areal det er mulig å ekspandere i. Vi har hele tiden klart å holde intensivkapasiteten innenfor et definert og avgrenset område. Vi hadde også planer for å ekspandere ytterligere med kohort-etablering på dagkirurgisk senter, men vi kom ikke dit at vi behøvde å gjøre det.

Har dere gjort dere noen erfaringer med en moderne bygningsmasse med vekt på enkeltrom?

Det er to ulike elementer her. Det ene er de pasientene som trenger intensivbehandling. Der har vi noen rom hvor det ligger flere pasienter. Jeg tror ikke vi har hatt rom med flere enn to på intensiv. Ellers er det i utgangspunktet enkeltrom. Så har du de sengeområdene hvor vi har utvidet. I utgangspunktet brukte vi infeksjonsmedisinsk sengeområde og lungemedisinsk sengeområdet. På infeksjonsmedisin er det godt tilrettelagt fordi det er sluser på alle rom. På andre sengeområder har vi etablert sluser ved å sette opp nye vegger og dører. Der er også hovedregelen enerom, men enerommene er så store at det går an å legge to der. Det er ett læringspunkt fra pandemien. Det å tenke seg at de kun skulle ha enerom som det ikke er mulig å ha to senger i er ikke hensiktsmessig. Det blir mye mindre fleksibelt.

Hvordan var personellsituasjonen på sykehuset? Ble personell omdisponert og hvordan ble dette gjort?

Den har bydd på ulike utfordringer, til ulike tider. I starten har vi klart å holde god bemanning på sengeområdene hele veien gjennom omdisponeringer internt i medisinsk divisjon. Intensiven hos oss hører til kirurgisk divisjon. Det vi har å gå på for å bemanne opp, er å ta ned planlagt kirurgisk aktivitet. Når den store alarmen gikk den 12. mars så stengte vi i prinsippet all planlagt virksomhet. Vi stengte også mye poliklinisk virksomhet av smittevern hensyn. Vi opprettholdt kreftbehandling og øyeblikkelig hjelp. Utover det ble nesten all annen kirurgisk aktivitet tatt ned for å mobilisere personell inn på intensivområdet. Det ble laget omfattende lister over personell som hadde ulik intensivkompetanse, og ansatte i ulike funksjoner som ble mobilisert. Også personell fra dagkirurgen, som ble stengt, ble omdisponert til intensiven. Det har hjulpet oss, men det er klart at antallet personell vi har med respiratorkompetanse er begrenset. Prinsippet var å få inn annet personell som kunne bistå og avlaste det mest kritiske personell.

Hva slags signal ga dere fra toppledelsen om prinsipper som skulle følges?

Det jeg snakker om nå var forankret i sykehusledelsen. Sykehusledelsen er min ledergruppe og består av alle divisjonsdirektørene. I tillegg hadde vi allerede etablert et driftsutvalg som vi ga utvidede fullmakter, som er et koordineringsutvalg som består av representanter fra de kliniske divisjonene og som ledes av en stabtilknyttet person. Vedkommende rapporterer til viseadministrerende direktør og fikk bestillinger fra sykehusledelsen. Driftsutvalgets rolle var å operasjonalisere tiltak vi kom med, og å se på bemanningsløsningene som er nødvendig for å oppnå dette.

Var det aktuelt med større omdisponeringer på tvers av klinikk – eller divisjonsgrenser? Dere hadde også personellressurser fra andre sykehus?

Det var aktuelt i vår, i forbindelse med tredje bølge. Vi hadde ikke behov for det i første bølge. Det som skjedde, var at våre svenske og danske vikarer falt bort. Vi har vært avhengig av å bruke dem. Det, sammen med økt pågang, skapte en stor utfordring. Da omdisponerte vi først og fremst ressurser internt i kirurgisk divisjon, i tillegg til noen ressurser fra andre deler av sykehuset som hadde en intensivfaglig bakgrunn.

Det hører med til historien at for Ahus er vår største utfordring kapasitet. Vi er presset på kapasitet fordi befolkningen øker, og vi har begrensninger ved arealene våre. Vi har jobbet med kapasitetsutfordringer over lengre tid. Vi har etablert tiltakskort for høst/vintersituasjonen fordi det da erfaringsmessig er flere pasienter som kommer. Dette er tiltakskort vi hadde før pandemien. Tiltakskortene beskriver hvordan og hvor vi kan etablere flere senger ved større pågang, samt hvor mange ressurser det vil kreve. Det er også satt effektueringsstid, f.eks at det skal være oppe på 48 timer. Organisasjonen har vært godt drillet på å tenke på den måten. Her måtte vi gjøre det i et mye større omfang, også på områder vi ikke hadde tenkt på tidligere. Det var en styrke at vi hadde opprettet en evne til å snu oss ganske raskt.

Om du ser på den totale sammensetningen av innsatsfaktorer i situasjonen vi har stått i, slik som personellressurser, medisinsk teknisk utstyr, smittevernsutstyr og legemidler. Hva har vært utfordringene knyttet til de hovedgruppene av innsatsfaktorer?

Det har også variert over tid. I begynnelsen var personlig beskyttelsesutstyr det som stresset oss mest. For min egen del tenker jeg frykten var en undervurdert faktor i starten. Folk ble veldig redde. Mange ansatte på Ahus så presentasjonen fra den italienske legen i regi av Hdir.

Han ga et ganske skremmende bilde om hva som kunne skje. Dette stresset folk opp. Det var guffent at vi kunne gå tom for munnbind og annet smittevernutstyr. Vi etablerte tidlig en styring av smittevernutstyret. Det var økonomidirektør som ledet det, men med bistand fra representanter fra alle klinikkene. Lageret var låst, og det skulle rasjoneres. Det kom etter hvert utstyr. En del av det utstyret var ikke helt slik det skulle være. Disse elementene var en betydelig stressfaktor i starten. Jeg hadde hyppige møter med tillitsvalgte og vernetjenesten om teamet.

Vi hadde ganske god kontroll på personellressurser i første bølge. Andre bølge var ikke så stor, mens tredje bølge var mye tøffere. Det var mer krevende å mobilisere personell. Det som skjedde i mellomtiden var at noen av de som var på dagkirurgisk senter syntes arbeidet var spennende, mens andre syntes det var veldig krevende at ikke kompetansen deres strakk til. Noen sluttet på grunn av pensjon og andre sluttet fordi man ønsket å komme seg unna. Da ble personellfaktoren mer kritisk. Da fikk vi hjelp fra andre helseforetak. Fra Helse Vest, fra Nord Norge osv. Vi hadde ca. 50 spesialsykepleiere inne i kortere eller lengre perioder våren 2021.

Hva slags utfordringer og fordeler var det med å låne personell fra andre?

Fra mitt ståsted var det utelukkende positivt. Det tror jeg er en ganske bred oppfatning. Alle lokalavisene skrev om dem. Det ble også skrevet historier når de kom tilbake om at de opplevde at de ble mottatt godt, at de kom til en velorganisert virksomhet med høy faglig standard. Det var mange som hadde faglig utbytte av det, og det ble for mange en god erfaring.

Er det noe man kunne tenke seg å systematisere?

Det var vi som begynte å leke med ideen. Det ble fornuftig nok overtatt av RHF-ene. I denne pandemien har bølgene truffet ulikt på ulike steder i landet. Jeg tenker det er fornuftig at man ser for seg at den dyrebare ressursen som intensivkapasitet er, kan forsterkes på den måten. Jeg synes det er en god erfaring. Situasjonen vi er i nå gjør det tyngre å mobilisere tilsvarende. De sliter nå i Nord-Norge, Haukeland mv. Akkurat der vi var i vår, passet det veldig godt. Det går inn i diskusjonen om hva som skal være vårt grunnnivå på beredskap og kapasitet

Hvordan var arbeidsforholdene for personellet som behandlet covid-19-pasientene? Opplever du at du har kunnet garantere trygge forhold iht. arbeidsmiljølovens bestemmelser og helselovgivningens bestemmelser om forsvarlighet?

Det har vært en bekymring til ulike tider. Nå er personellet en av de store bekymringene. Vi forsøker å få fylt på de vaktene som er nødvendig. Vi vet at mange allerede har jobbet mye og er slitne. Helt initialt kom det i stand en sentral avtale mellom Spekter og arbeidstakerorganisasjonene som la andre rammer for arbeidstid o.l. For to uker siden inngikk vi en avtale med sykepleierforbundet som innebærer at man avtaler seg til mer arbeidstid, enn det som normalt er gjeldende. Vi kan ikke suspendere arbeidsmiljøloven, men noen rammer kan vi utnytte. Det er klart at vi ser et økende sykefravær og en høyere turnover i 2020/2021, enn det vi har hatt i 2018/2019. Det er rimelig å anta at det henger sammen med arbeidsbelastningen. Det er et tema som diskuteres regelmessig, blant annet i vårt arbeidsmiljøutvalg.

Hvordan sikret sykehusledelsen informasjonsflyt og kommunikasjon inne på sykehuset?

Informasjon og kommunikasjon er ett av de områdene som er mest krevende i en slik type situasjon. Informasjonsbehovet øker mangedobbelte. Informasjon gjennom lederlinjen, som normalt er hovedkilden til informasjon til de ansatte, blir satt på prøve. Vi ser tydelig der den fungerer godt, og der den ikke fungerer så godt.

Der det fungerer og der den ikke fungerer – hva skyldes det? Er det noe med strukturen eller personlige egenskaper?

Jeg tror nok det siste. Noen må ha mer oppfølging på å håndtere det.

Har dere iverksatt tiltak for å understøtte ledere under pandemien?

Vi har sendt ut regelmessig lederinformasjon som har vært distribuert til lederne i linjen. Det er HR-avdelingen i staben som har fulgt opp det. Det er mange HR-relaterte spørsmål som dukker opp, om overtidbetaling, arbeidsmiljø, fridager og lignende. Smitteverninformasjon går også i samme utsendelse. Det har vært et viktig tiltak, slik at ledere skal ha god tilgang på informasjon. Det har også vært lagt ut på intranettet. Det er kirurgisk divisjon og medisinsk divisjon som har vært mest utsatt, og der har det nok vært en tett oppfølging fra divisjonsdirektør og ut i deres respektive linjer.

Tema 2: Sykehusets tilbakeføring til normal drift mellom smittebølgene

I midten av april 2020 fikk helseforetakene sentrale føringer om mer normal drift. Hva gjorde sykehuset og sykehusets ledelse for å gå tilbake til normal drift igjen mellom smittebølgene?

Det gikk ganske bra hos oss sammenlignet med andre helseforetak. Vi hadde den største belastningen, men vi klarte relativt raskt å få opp igjen normal aktivitet så raskt det lot seg gjøre. Belastningen sank ganske raskt utover våren, slik at vi gikk ut av beredskap tidlig i juni. Da var vi tilbake til ganske normal drift.

Klarte dere å ta igjen det som var tapt?

Det kan jeg ikke si. Det sliter vi fortsatt med. Vi har tatt mye av etterslepet fra første bølge, men noen fagområder har vi store etterslep på. Det gjelder for særlig ortopedi og øre, nese og hals. De operative fagene hvor det ikke er kreftsykdommer som preger bildet ble tatt ned. Vi jobber nå med å få tatt ned det etterslepet.

Tema 3: Sykehuset gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen

Hvordan brukte dere erfaringen fra første bølgen til å møte tredje og fjerde bølge?

Et viktig element er læringen knyttet til covid-19-sykdommen og håndteringen av den. Man fikk mye erfaring med hvordan pasientenes sykdom arter seg, og hva som er riktig behandling, både på sengeområder og på intensivområdene. Det ble ikke så skummelt, så fremmed og så nytt.

Vi har en medisinsk overvåkning som hører til medisinsk divisjon og så har vi intensivområdet som hører til kirurgen. Dette ligger tett i tett. Noe av det vi fikk til i første runde var en mye bedre samhandling mellom de to avdelingene. Dette fungerer bedre nå, men

det er ikke automatikk i at et videreføres uten at man holdt det vedlike. Det var viktig at folk ble mer kjent med hverandre, hverandres utfordringer og hvor man har ulik ekspertise, det var en positiv side ved det.

Hva med laboratoriet?

Det var en formidabel omstilling og ekspansjon. Vi var en av laboratoriene som fikk storvolumtesting. Jeg tror vi på det meste ansatte rundt 80 og kanskje flere nye medarbeidere. Vi støvsugde markedet for bioingeniører, og bygde opp et stort senter for analyse. Vi hadde bygningsmessig kapasitet til det. I den forbindelse var det i en periode mangel på plastikkør, og de merkeligste ting. Vi har fortsatt om lag 50 årsverk knyttet til dette arbeidet. Det er ikke i medienes fokus, for det er pasientene og intensiven som står i søkelyset. Det er levert et fantastisk arbeid på det området.

Tema 4: Samarbeid sykehus imellom og mellom sykehus og kommuner

Våren 2020 fikk OUS ansvaret for å være regional intensivkoordinator fra Helse Sør-Øst. Fortell litt om hvordan dere opplevde det.

Koordinering i en slik situasjon er nødvendig og bra. Nå er det reaktivert. I utgangspunktet har vårt sykehus en tett kontakt med OUS om intensivpasienter, fordi vi tidvis har pasienter som må overføres. Ansatte på sykehusene kjenner hverandre. I perioder, og særlig våren 2021, var det snakk om en dag eller to hvor vi følte oss overmannet og hvor vi måtte få opp kapasitet igjen. Da var bistanden vi kunne få fra OUS veldig sentral.

I all hovedsak var det gode erfaringer med koordinering. Vi har hatt ukentlige møter. Der møter en dedikert intensivlege fra oss. I møtene går man gjennom utfordringsbildet og ser på mulighet for å fordele pasienter.

Det operative arbeidet har skjedd på fagnivå?

Det har skjedd på fagnivå

Hva har vært direktørenes rolle inn i dette?

Vi har kontakt ved spesielle utfordringer. Helse Sør-Øst har hatt hyppige koordineringsmøter, så vi har vært i de samme møterommene opp til to eller tre ganger i uken. Bilateralt har det ikke vært nødvendig med veldig mye kontakt, men akkurat rundt opptrapping til tredje bølge hadde vi det. Ellers har det fungert på det operative nivået.

Om du ser på samarbeidet mellom helseforetakene – har man hatt sprikende risikovurderinger eller har man hatt felles oppfatning?

Sykehusene har vært truffet med forskjellig styrke. Vi har tatt noe av den tyngste støytten. Når det gjelder hvordan man har oppfattet situasjonen og risiko knyttet til situasjonen, så har ikke jeg tenkt at det har vært veldig stor sprik. Men belastningen har vært ulik.

Kjente dere dere igjen i risikovurderingene fra FHI og Hdir?

Jeg synes risikovurderingene har vært gjenkjennelige. Det har vært noen enkeltspørsmål som har blitt veldig krevende for helseforetakene, deriblant muligheten for å få inn utenlandsk personell som ble kuttet litt for raskt og for firkantet. Det har gått seg litt til. Jeg har opplevd

at Helse Sør-Øst har vært nær helseforetakene. De har vært opptatt av å lytte til oss og ta våre tilbakemeldinger inn i fora med FHI og Hdir. FHI og Hdir har gjort det de kan for å få til praktiske løsninger.

Hvordan var forholdet mellom sykehuset og kommunene i opptaksområdet under pandemien? Hva har utfordringene vært og hvordan har dere kommunisert faglig og administrativt?

Vi har hatt hyppige digitale møter. Nå har vi denne helsefelleskapsstrukturen. Vi hadde i utgangspunktet en struktur som lignet veldig på helsefelleskapsstrukturen, hvor jeg blant annet møter rådmennene og bydelsdirektørene. Hos oss er det en samhandlingsavdeling som jobber med utskrivningstematikk og lignende. Vi har de siste årene hatt veldig få problemer knyttet til for eksempel stor opphoping av utskrivningsklare pasienter. Dette ruller og går stort sett veldig godt. Under pandemien har jeg med min viseadministrerende og fagdirektør, stilt oss til disposisjon for å ha møter med kommunene digitalt så ofte de ønsket.

Klarte kommunene å gjøre felles avtaler med dere?

Ja. Det ligger i strukturen vår at vi har tre regioner, herunder Øvre Romerike, Nedre Romerike og Follo, i tillegg til de tre bydelene våre. De samordner seg internt hos seg.

Spilles dette opp gjennom rådmennene eller kommunedirektørene til samhandlingsutvalget?

Ja. Det vi kaller administrativt samhandlingsutvalg. Så hadde vi noen ad-hoc møter med særlig rammede kommuner. Vi var veldig tidlig ute med å sende ut skriv med medisinsk anbefaling om håndtering av covid-19-pasienter på sykehjem. Vi måtte tygge litt på det i starten, men det ble veldig godt mottatt. Tanken var å hindre at sykehjemspasienter med flere diagnoser og demens ble lagt inn på sykehus. Vi forsøkte å rydde i dette, og så at dette er gjennomgående pasienter som ikke skal ha respiratorbehandling. Det ble veldig godt mottatt.

Du sa du tygde på det?

Jeg tenkte «hva det er vi gjør nå?». Dette er fornuftig medisinsk praktisk, men jeg lurte på om dette kunne oppfattes som at vi setter en slags aldersgrense for å komme på sykehus. Det var på en tid hvor det ble spekulert i at det ikke var plass til de over 60 på sykehusene. Slike ting sto i avisene på den tiden. Skrivet ble utarbeidet av gode spesialister hos oss. Faglig sett står det seg veldig godt. Skrivet ble godt mottatt som en veiledning og det gjorde at vi ikke fikk de pasientene inn.

Vet du om det ble det brukt av noen andre enn dere, for eksempel andre sykehus eller direktoratet?

Dette husker jeg ikke helt. Jeg tror det har blitt etterspurt. Fagdirektørene har sitt forum i Helse Sør-Øst, og jeg er ganske sikker på at det ble delt og diskutert der.

Geir Sverre Braut informerer om at dette er et område som har blitt behandlet ulikt i Norge, men at de som har gjort det har fått utelukkende positiv tilbakemelding.

Om vi ser på den interne samhandlingen så har man disse fagrådene under det administrative samhandlingsutvalget. Fagråd 11 er det som har håndtert

infeksjonssykdommer og smittevernproblemstillinger. Var det liv i den fagrådstrukturen på smittevern hos dere?

Jeg må ta et forbehold, men er jeg ganske sikker på det. Jeg vet at vår smittevernoverlege og hennes merarbeidere har vært engasjert i å gi råd ut til kommunelegene.

Kom etterspørselen etter et slikt brev til sykehjemmene gjennom fagråd 11?

Det kan godt hende. Vi gjorde det tidlig, og det ble som sagt godt mottatt. Jeg tenker det var god medisin og en riktig prioritering å gjøre.

Har dere noen erfaringer med kommunene som er verdt å trekke med seg videre i den ytterligere grunnfestingen av helsefelleskapene?

Jeg tror pandemien har vist at sykehusene og kommunene i en slik situasjon er i samme båt. Vi har ikke helt felles pasienter med kommunene, men i en sammenheng som dette snakker vi om en samfunnsutfordring som er så stor at vi er helt avhengig av at vi løser hver våre oppgaver. I det ligger det også å løse de oppgavene som skal binde disse tjenestene sammen.

Jeg har sett en utvikling på Ahus hvor vi gradvis har bygget opp en bedre relasjon til kommunene. Den var tidligere veldig dårlig. Mange av de kapasitetsutfordringene vi hadde med mye korridorbelegg rundt 2011, ble ikke løst på en tillitsbyggende måte med kommunene. Det ble dyttet over på dem. Vi har brukt mye tid på å bygge opp tilliten om at vi er likeverdige partnere. Det tror jeg vi har tjent godt på nå. Vi har ikke opplevd noen gnagsår med kommunene under pandemien, snarere tvert imot.

Er det forskjell på hvordan dere må forholde dere til bydelene i Oslo sammenlignet med de andre kommunene?

Vi har egentlig to strukturer. Vi har en samarbeidsstruktur med kommunene, og en annen samarbeidsstruktur med bydelene, fordi Oslo kommune er litt annerledes. Bydelene er selvstendige, men har samtidig etater osv. I den løpende kontakten gjennom pandemien har jeg ikke opplevd at det har vært veldig store forskjeller. Det hører med til historien at våre tre bydeler, Grorud, Stovner og Alna, var de hardest rammede bydelene i Oslo i lang tid. Det var et tøft utfordringsbilde i de bydelene. Dialogen med bydelsdirektørene dreide seg om å lytte til hvordan bydelene oppfattet sitt utfordringsbilde, og hva vi kunne bistå med. Vi hadde en uforholdsmessig stor andel pasienter fra de bydelene i forhold til folketallet.

Samarbeidet sykehuset med frivillige organisasjoner under pandemien?

Vi hadde en avtale i 2020 med LHL om at de kunne etablere opp til 70 sengeplasser på sitt sykehus på Gardermoen. Nå har vi hatt en virksomhetsoverdragelse, pluss leie av lokaler, som kom i januar 2021. Virksomhetsoverdragelsen hadde ikke noe med dette å gjøre. LHL er per definisjon en frivillig organisasjon. Vi har ikke samarbeidet med andre frivillige organisasjoner.

Tema 5: Tilbakeføring til normal drift etter smittebølgene

Hva har vært utfordrende med tilbakeføring til normal drift etter de ulike smittebølgene?

Dette er sammensatt. Vi har vært gode til å ta opp kirurgisk aktivitet. Vi har akutt kirurgisk aktivitet på to steder, herunder i Kongsvinger og på Nordbyhagen. Vi har elektiv virksomhet på Nordbyhagen, på Ski og på Ahus Gardermoen. På Ahus Gardermoen er det en virksomhetsoverdragelse av hjertevirksomhet. I tillegg har vi leid lokaler som gir oss tilgang på fem operasjonsstuer. Det er kjærkomment for å øke kapasitet. Det har vært bra å kunne drive litt beskyttet utenfor hovedsykehuset og gjøre det med god smittekontroll.

Hovedbudskapet er at vi har vært gode på å få det opp raskt. Det som er krevende er å ta igjen et etterslep. Vi har et etterslep tilsvarende fire ukers arbeid om vi kun hadde jobbet med å ta ned etterslepet. Det å ta fire ukers arbeid på toppen av alt annet du gjør er veldig krevende. Vi har etablert kveldspoliklinikker, og vi prøver å få til noen lørdagsoperasjoner. Det krevende med dette er at du må mobilisere personellet som begynner å bli slitne og lei av masen om å jobbe mer og mer.

Tema 6: Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner

Vi ønsker dine betraktninger på kapasiteten i norsk spesialisthelsetjeneste. Trengs det flere intensivsenger, og i tilfelle hvor mange? Trengs det flere sykepleiere, og i tilfelle hvor mange?

Kapasitet er hovedspørsmålet hos oss. På en vanlig dag uten pandemi har vi en utnyttelse av våre operasjonsstuer som er veldig høy. Vi har ikke mye reservekapasitet å gå på. Reservekapasiteten på intensivområdet ligger i å ta ned noe annet.

Vi har normalt 10 intensivsenger. Det er et tall som klitrer seg veldig i folks hoder, men vi har mer intensivkapasitet enn det. Vi har en postoperativ som har 10 senger, medisinsk overvåkning har 10 senger og hjerteovervåkning med om lag 10-15 senger. I tillegg har nevroovervåkning og barneovervåkning noen senger. Altså har vi en god del intensivkapasitet totalt sett i virksomheten, men antallet rene intensivplasser er 10. Under normale forhold klarer vi ikke å bemanne mer enn 8 senger i helg og 10 i ukedagene. Det har lenge vært et uttalt ønske om å bemanne 10 hele tiden. Det har vært krevende å få til av personellmessige grunner. De 10 sengene er oftest tilstrekkelig om vi ser på vår intensivbelastning utenom pandemi. Det betyr ikke at det ikke er dager hvor vi for eksempel må ta ned noe aktivitet på sentraloperasjon. Det er ikke mye å gå på. De fysiske rammene har vi på plass, så det er personellmangel det går på. Så dreier det seg om hvordan vi finner fornuftige arbeidstidsløsninger som gjør at dette er bærekraftig over tid.

I de senere årene har vi trappet opp vår finansiering av spesialutdanning for intensivsykepleiere. Vi finansierer 12 intensivsykepleiere som er inne i et løp nå. I tillegg kommer de sentrale midlene. Det kommer gradvis flere intensivsykepleiere ut. Samtidig er det nå 35 år siden jeg var ferdig på UiO. Anestesisykepleiere, operasjonssykepleiere og intensivsykepleiere har vært mangelvare hele tiden.

Dette er ingen ny problemstilling. Spørsmålet er hva vi gjør for å ha litt mer å gå på. Det har ikke jeg det hele og fulle svaret på, men det blir litt lettvent når det for eksempel står i VG at helseministeren må ordne opp og øke kapasiteten. Det er ikke fullt så enkelt. Pandemien kan ikke være en dimensjonerende styring av kapasiteten. Er det noe ansatte på sykehus ikke liker,

så er det å sitte med henda i fanget. Men jeg tror skjæringspunktet ligger høyere enn der vi er i dag, men det ligger ikke 50 % høyere.

Hva om jeg sier 20%

Ja, jeg vil heller si 20%.

Du nevner at Ahus selv finansierer utdanning av intensivsykepleiere. Har du opplevd økt turnover blant dette personellet under pandemien?

Vi har noen tall på det som står i en oversendelse til dere 20. oktober. Observasjonstiden er begrenset, men i 2019 hadde vi en turnover på intensivsykepleierne på 0,4 sykepleiere per måned. Fra mars 2020 til september 2021 er den på 0,8 sykepleiere per måned. I 2019 var det fem sykepleiere som sluttet, og i 2021 var det ti. Om vi ser på vanlige sykepleiere er det også omtrent en dobling. Der er det i utgangspunktet 112 som sluttet i 2019, og 231 som sluttet i den siste perioden.

Hvordan opplever du å rekruttere sykepleier inn i spesialistutdanningen?

Det har ikke vært vanskelig. De får 90 % lønn når de går i utdanning, og de forplikter seg til å ta noen helgevakter. De utlysningene er populære når de lyses ut. Folk søker på dem, men vi klarer ikke i tilstrekkelig grad å beholde dem etter at de er ferdig utdannet. Det gjelder også for vanlige sykepleiere. Intensivsykepleierne er en kritisk ressurs, men også når det gjelder vanlige sykepleiere har du en økende rekurreringsutfordring.

Hva er årsaken til at vi mister så mange?

I denne perioden er arbeidsbelastningen en vesentlig del av det. Bak disse tallene er det også noen som slutter fordi de når pensjonsalder, så dette er ikke et godt nok tallgrunnlag for å konkludere. Vi er i en konkurransesituasjon med andre helseforetak. Vi er en stor virksomhet. Det er en enda større virksomhet som ligger på OUS, som vi opplever at vi står i en konkurransesituasjon med. Legene hos oss sier at Ahus er et sykehus med stor pasientpågang, og dermed med større arbeidspress enn det er enkelte andre steder. Så er det alltid et lønsspørsmål. Vi vegrer oss litt for å gå inn i en spiral hvor sykehusene overbyr hverandre. Vi snakker om dette mellom helseforetakene, men det er ikke til å unngå at vi kommer i slike situasjoner i enkelttilfeller.

Ahus har brukt leger med minoritetsbakgrunn til å informere ulike befolkningsgrupper. Har dere gjort dere betraktninger om intensivpasienter med annen språklig bakgrunn og hvorvidt det har påvirket behandlingen?

Jeg har ikke inntrykk av at det i seg selv har vært et stort problem, men språklige barrierer er en problemstilling som dukker opp i mange ulike sammenhenger. Våre ansatte er vant til å forhold seg til en mangfoldig pasientgruppe, så det har ikke vært et stort tema at det har vært spesielle utfordringer knyttet til dette.

Befolkningssammensetningen i opptaksområdet preges av mange med minoritetsbakgrunn. Kan du reflektere rundt hvorvidt det er spesielle typer helseutfordringer eller sykkelighet generelt som også i fredstid utfordrer kapasiteten til Ahus?

Jeg skal uttale meg med forsiktighet, men et område som diabetes er for eksempel en diagnose i vekst som ikke er likt fordelt i befolkningen. Vi ser en sterkere økning i noen befolkningsgrupper enn andre. Jeg tror ikke det utgjør en kapasitetsutfordring, men det er et område hvor sykehusene blir sittende med en folkehelseproblematikk som det må jobbes bredere med enn bare i spesialisthelsetjenesten.

Vi ønsker å følge opp temaet turnover blant sykepleiere. Kan det å bruke støttefunksjoner ha betydning for det å klare å beholde sykepleiere? For eksempel ved å ta bort en del av de arbeidsoppgavene sykepleierne har i dag, slik at de får konsentrert seg mer om rene sykepleieroppgaver?

Det tror jeg absolutt. De siste årene har vi etablert en ordning med forsyningsportører som kommer fra forsyningstjenesten, som har oversikt over utstyr og holder orden på leveranse av utstyr. Det er en type oppgave sykepleiere tidligere hadde.

Sammensetningen av sykepleiere og helsefagarbeidere er også av betydning. Jeg tror ikke vi har en riktig sammensetning i dag. Vi bør ha en høyere andel av helsefagarbeidere. Vi ser at de helsefagarbeiderne som nå går av med pensjon har viktige oppgaver på et sykehus som vi ikke behøver sykepleierkompetansen til. Det er en tematikk vi var i ferd med å sette ordentlig på dagsorden når pandemien kom. I Stavanger og Østfold har temaet vært jobbet godt med over tid. Vi henger litt etter. Noe av svaret kan ligge der.

Kan du si noe om den balansen mellom det å ta opp igjen elektiv virksomhet og det å være i beredskap fordi man frykter at det kommer en ny bølge?

Vi har kalt det «limbo-drift» i perioder, fordi begge elementene har vært der. Vi har både måtte drive så mye normalaktivitet som mulig og samtidig være forberedt. Det er noe av det som har vært mest utfordrende. Det å komme opp til normalnivå har ikke vært så vanskelig. Kirurgene ønsker å operere, men det er ekstrakapasiteten som skal til for å ta unna etterslepet, og de ca. 20 000 som står på venteliste, som er krevende.

Har du gjort noen betraktninger om utfordringer ved insentivstrukturen? Er det for eksempel mulig at prioriteringen av kapasitet kunne være begunstiget av å premiere bruk av spesialiserte senger?

Dette er ting vi snakker om, men vi har ikke hatt det som en stor diskusjon på foretaksnivå.

Det var et tema jeg glemte å kommentere på da du spurte om utfordringer ved arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet. Jeg opplever at vi har klart å ivareta det veldig godt. Vi har klart å ivareta tidskravene på kreftpakkeforløpene og jeg mener at vi har klart det veldig godt for covid-19-pasientene.

Har du noen refleksjoner rundt hvorfor sengekapasiteten, intensivkapasiteten og intensivberedskapen var som den var da pandemien brøt ut våren 2020? Vi tenker da særlig på betydning av finansieringsmodellen for helseforetakene. I tillegg lurar vi på om du har noen tanker rundt hvilke hensyn som må vektlegges når en skal planlegge for en intensivkapasitet og intensivberedskap?

Intensivkapasiteten på Ahus ble fastlagt i forbindelse med etablering av nytt sykehus. Det ble da foretatt en vurdering av den kapasiteten også opp mot egendekningen som er i vårt område. Den har tatt seg opp de senere årene, men den var nok på den tiden nede på 60%. Mange

pasienter ble behandlet i Oslo. OUS har også noen spesialiserte funksjoner som vi ikke har, slik som nevrokirurgi, hjertekirurgi og multitraume, som gjør at en del av vår intensivkapasitet ligger hos OUS. Sykehusplanmessig er det en realitet. Det å ta antall intensivsenger på antall innbyggere i vårt område gir ikke et helt riktig bilde. Jeg oppfatter ikke at finansieringen i det henseende er det mest avgjørende, men det er ønskelig å ha en intensivkapasitet som ikke så raskt utfordrer våre operasjonsaktiviteter. Når det gjelder operasjoner som er strøket, ligger vi dårligere an enn det vi bør gjøre. Vi må mye raskere ta dette skrittet fordi vi blir utfordret på kapasitet. Det er ikke ønskelig for noen. Også i lys av dette er vi nok nærmere 20% mer kapasitet, enn 50%. Det betyr for oss at vi hadde hatt 12-13 plasser. Men det er store diskusjoner på hele intensivområdet. I Sverige har de en helt annen ressursbruk. De har, så vidt jeg vet, ikke dårlige resultater på overlevelse enn det vi har. Det er krevende å drive dette feltet i Norge.

Håndteringen av pandemien har gått bra per dags dato. Hva må vi passe på at vi ikke forandrer så vi ikke klarer å håndtere det like godt neste gang? Hva har fungert godt?

Helseforetaksstrukturen har vært veldig viktig. Det at vi har helseforetak med felles eier. At vi har organiseringen i regionale helseforetak med den koordineringen det åpner for. At vi har korte beslutningsveier, og står på lik fot. OUS er den dominerende aktøren i vårt område, men de store må sitte rundt det samme bordet som de mindre for å dele dilemmaer og utfordringsbilde. Jeg tror dette har vært en del av forklaringen på hvorfor vi har håndtert pandemien godt.

Jeg vil også legge til samspillet med kommunene, samt at Helse Sør-Øst kunne være så operative som de var for å gjøre store innkjøp og bruke utradisjonelle midler for å få til ting. Det har vært vanskeligere om man satt i en direktoratstruktur og om man var mer oppstykket.

Digital gjennomgang 05.01.2022. Referat godkjent av Øystein Mæland

Oslo, 05.01.2022, Linda Aamodt