



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT –GEIR TOLLÅLI

Intervju av:	Geir Tollåli, fagdirektør Helse-Nord
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	6.12.2021 kl. 13.00 – 14.30
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Ingen
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Rune Jakobsen, kommisjonsmedlem. Marianne Aasland Kortner fra sekretariatet. Anni Haugen fra PwC.
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

Geir Sverre Braut ønsker velkommen og presenterer deltakerne til stede

Marianne Aasland Kortner presenterer de praktiske og rettslige rammer 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.

Har du noen merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som er gjennomgått her?

Nei, jeg kan ikke se at det er så mye som vil være problematisk.

Geir Sverre gjennomgår de overordnede temaene som vil bli tatt opp i dette intervjuet:

1. Bakgrunnen for, arbeidet med og oppfølgingen av den regionale intensivutredningen som ble ferdigstilt i 2019.
2. Helse Nords rolle og situasjonen for sykehusene i regionen da sykehusene gjennomførte, andre, tredje og fjerde smittebølge.
3. Generelt om samarbeidsforhold innad i regionen og opp mot Hdir.
4. Noen overordnede refleksjoner rundt kapasitet, konsekvenser og læring

FORKLARING

Innledning

Kan du si litt om deg selv, hvilken stilling du har i Helse Nord, hva den omfatter, hvor lenge har du hatt den stillingen og hvor lenge du har jobbet i Helse Nord totalt sett?

Jeg har vært ansatt i regionale helseforetak siden 2014. Jeg er lege, først spesialist i allmennmedisin og deretter indremedisin og fordøyelsessykdommer. Jeg har vært klinikkssjef ved Nordland Sykehus siden 2014 og har vært fagdirektør fram til nå. Jeg er avdelingsdirektør i Helsefagavdelingen.

Hovedoppgavene til en regionaldirektør har vært å være leder for helsefagavdelingen, Helsefagavdelingen er delt i to avdelinger, en som driver med somatikk og laboratoriefag og en som driver med psykisk helse. Jeg deltar i det interregionale fagdirektørmøte som på mange måter har et oppspill opp mot interregionale AD-møte. Jeg er da deltaker i beslutningsforum og bestillerforum i systemet for nye metoder.

Tema 1: Bakgrunnen for, arbeidet med og oppfølgingen av den regionale intensivutredningen som ble ferdigstilt i 2019

Fagdirektørene i RHFene nedsatte en arbeidsgruppe til å utarbeide den regionale intensivutredningen som ble ferdigstilt i desember 2019. Kan du fortelle litt om dette arbeidet?

Det var på initiativ fra faggruppe rundt OUS som fikk medlemmer fra anestesisologiske miljøet i hele landet. Rapporten ble ferdigstilt 13. desember 2019 og vi har hatt en høringsrunde på den som vakte en del reaksjoner. Den gjorde en kartlegging av antall intensivplasser og den stemte kanskje ikke helt matematisk. Rapporten fikk ganske mye kritikk fordi den var skjev i sin beskrivelse av situasjonen fordi den tok utgangspunkt i anestesispesialiteten, mens intensivavdelingene i hele Norge er et samarbeid mellom intensiv og andre avdelinger slik som indre medisin. Det har vært betydelige spenninger i etterkant og vi ser det i oppfølgingen av oppdragsdokumentene vi har fått. De har gjort et stykke arbeid for å kartlegge situasjonen og kapasiteten. Sånn sett er det noe som kan brukes i det videre arbeidet. Derfor har det vært nødvendig for de fagregionale direktørene å få satt ned interregionalt arbeid hvor man kan forsøke å bli enige om definisjoner og vokabular som kan brukes i det videre arbeidet. Da får man innspill fra spesialister utenfor anestesimiljøet, men også andre yrkesgrupper innenfor intensivavdelingen.

Kan du si noe mer om uenighet, altså spenningen mellom anestesi og indremedisin for øvrig.

Vi som har jobbet på intensiv vet at dette er et samarbeidsprosjekt. De med intensivbakgrunn kan ikke ta hånd om hele mennesket. Vi er nødt til å ha med andre med spesialkompetanse. Intensivmedisin er ikke en egen spesialitet i Norge. Det er en europeisk eksamen som flere

spesialiteter kan inneha. Det er flere indremedisinere som har bestått den europeiske eksamen. Det er spenninger mellom norsk anesthesiologisk forening som mener at intensivfaget skal være et anesthesiologisk fag. Virkeligheten på de mindre avdelingene som ofte mangler anestesileger er at det ofte er indremedisinere som driver den virksomheten og som løser pasientene gjennom et intensivforhold. Dette er et ganske følsomt tema.

Da dere iverksatte arbeidet så står det i mandatet at utfordringene på intensivområdet var blitt «så omfattende at det om kort tid ikke vil være håndterbart med nåværende tilnærminger og rammer». Kjenner du deg igjen i den formuleringen og kan du utdype noe nærmere?

Jeg vil ikke kommentere på det fordi dette er en diskusjon som har gått i media.

Hva tenker du er det mest sentrale i rapporten?

Det er beskrivelsen som de gjør av antall senger og hvor stor kapasitet vi har sett opp mot de internasjonale forholdene. Den kartleggingen er kanskje det viktigste og noe vi bør ta med oss i arbeidet i regionene.

Da dere fikk rapporten overlevert, var det noe tidsrom dere fikk fulgt opp den før ballen startet å rulle?

Nei, det var ikke noe som ble satt i verk annet enn at vi fikk sendt den ut på høring i regioner og vi fikk høringsinnspill fra i alle fall Universitet i Nord-Norge som påpekte ubalansen mellom de spesialitetene som var representert i rapporten.

Var det helseforetakene som fikk rapporten på høring?

Ja. Det var helseforetakene som fikk rapporten på høring.

Hvem var det som samlet inn høringene?

Helse Sør-Øst hadde regi for høringen.

I januar 2021 ga HOD et oppdrag til RHF-ene om å jobbe videre med dette. Kan du si noe om det?

Vi fikk to oppdrag fra HOD, det ene var å om å utrede fremtidig behov intensivkapasitet og det andre var å gjøre en behovsanalyse og lage en plan for å sikre tilgang til intensivsykepleiere. Dette var et oppdrag som hver region har fått. Vi måtte bli enig om noen definisjoner og vokabular for å kunne sammenligne størrelsene mellom regionene. Det har vært et interkommunalt prosjekt som ble startet før sommeren, men da kom motsetningene fullt til syne og vi måtte derfor trekke oss tilbake og restarte dette. Sør-Øst har regi på en arbeids -og

styringsgruppe som har oppgave om å finne definisjoner av hva en intensivpasient og hva en intensivmedisiner er.

Hvordan er det videre arbeidet med det organisert? Vet du hvem som deltar i det?

Vi har våre egne folk i styringsgruppen. Fra oss er det Randi Spørck som er med i styringsgruppen. Vi har bedt sykehusene om ha folk inn i arbeidsgruppene.

du skulle gi en kort beskrivelse av hvorfor man ikke klare å komme frem til en definisjon av intensivplass? Er det den faglige spliden som er dominerende eller handler det om strukturen?

Det er ikke tvil om at den faglige spliden bidrar sterkt til at dette blir komplisert. En intensivavdeling i Mo i Rana og på Universitetssykehuset er to forskjellige ting og da må vi få et vokabular som gjør av vi kan sammenligne.

En del av det vokabularet kan være preget av ord som “intermediærplasser”. Hva tenker dere om det i Helse Nord?

Helsenord har intensivplan fra 2008 som beskriver tre nivåer og hvor man beskriver kapasitet ut fra veistudien. Nivå 1 er hjerterovervåking eller intermediæravdeling. Nivå 2 og 3 er intensivavdelinger i mer tradisjonell forstand. Nivå 2 er på litt større sykehus og nivå 3 er på de store sykehusene, i vår landsdel er det Bodø og Tromsø som har det. Det er litt forskjellig hva folk regner som intensiv, avhengig av geografi.

Regnes Post-operativ-overvåkning inn i nivå 1 eller 2?

Post-operativ-overvåkning regnes ikke inn i nivå 1 eller 2 i det daglige, men det er mulighet for å utvide areal og utstyrspark. Men i det daglige regnes ikke det som en intensivplass.

Det vil si at hvis man skulle sagt noe om en reservekapasitet i Helse Nord så måtte man hatt med disse nivåene og i tillegg det man kunne utvide med på post-operativ.

Det er det vi har gjort i pandemiplanen. Vi brukte arealet og utstyrsparken som vi hadde tilgjengelig for å se hva vi kunne få til av respiratorplasser. Den begrensende faktoren er perosnell og vi har drevet med omfattende kursing av personell fra andre avdelinger for å kunne gjøre den jobben under veiledning av spesialsykepleiere.

Hvor godt kjenner du til den kursingen som er blitt gjort og kan du beskrive den?

Jeg kan ikke beskrive den i detalj. Den siste rapporten vi har viser at 209 ansatte har vært gjennom internopplæring i intensivopplæring i regionen.

Bygger den internopplæringen på det fellesarbeidet som er koordinert av Helse Vest eller har dere gjort det på en egen måte?

Fellesarbeidet som er koordinert av Helse Vest ligger til grunn, men det er gjort lokale tilpasninger.

I hvor stor grad har kommunene i Helse Nord sitt området maktet å drive avlasting, f.eks. ved bruk av oksygen, eller det slik at folk som har trengt oksygen har kommet på sykehus?

Bodø har vært frempå og gjort stor innsats for å hindre at folk blir lagt inn på sykehus før det er nødvendig. De har brukt hjemmemonitorering med surfstoffmåling for å unngå innleggelser der det ikke er nødvendig. Man har klart å monitorere de som ikke trenger surstoffbehandling på en forsvarlig måte.

Er det andre kommuner som har gjort tilsvarende?

Ikke som jeg vet om. Tromsø kommune har prøvd ganske hardt. De har hatt egne sykehjem som har vært isolasjon og egne covid-plasser. Det tror jeg det har vært i andre kommuner også. Jeg tror Nordkapp Kommune også har vært frempå der.

Nå er det slik at RHF-ene ikke har så mye kontakt med kommunene, men hvordan er ditt inntrykk av om de underliggende HF-ene har klart å kommunisere med kommunene i denne situasjonen?

Både i de forrige bølger og den vi er inne i nå så er det jevnlig kontakt med de fire foretakene mot de omliggende kommunene. Vi har i de foregående bølger hatt møteaktivitet fra RHF-et mot Statsforvalter og alle kommuner som ville være med i et teams -eller skypemøte som vi har arrangert. Det viktigste er den praktiske kontakten mellom sykehusforetak og de omliggende kommunene.

Hva slags modeller har dere brukt? Har dere brukt helsefelleskapstekning aktivt inn i struktureringen av det samarbeidet?

Nei. Det er bare to av foretakene som har klart å få etablert et fellesskap. De har brukt de vanlige gamle samarbeidsarenaene mellom kommuner og sykehus.

Tema 2: Helse Nords rolle og situasjonen på sykehusene i regionen da sykehusene måtte oppskalerte intensivkapasitet våren 2020

Hvordan følte dere i Helse Nord at samarbeidet med HOD var i den perioden? Hva var det å hente?

Generelt mener vi at vi har hatt et godt og praktisk samarbeid med HOD, FHI og HDIR. Vi fikk marsorderen i mars 2020 og gikk i gang med å planlegge for et scenario som aldri kom, men vi tok signalene som kom når det gjaldt å utvide laboratoriekapasitet til å ha tilstrekkelig PCR-kapasitet i de to laboratoriene i Bodø og Tromsø. Bodø spesielt har gjort en fantastisk innsats for å heve seg etter den etterspurte kapasiteten.

Ellers iverksatte vi det planverket vi hadde og justerte det til den aktuelle situasjonen slik at vi kunne melde inn at vi på relativt kort tidshorisont kunne øke kapasiteten fra 26 intensivplasser til 80 plasser og evt. videre oppskalering, men det vil koste så mye konsekvenser at vi ikke anser det som realistisk. Det ble aldri nødvendig.

Kan du si noe mer om planverket dere hadde? Hva slags beredskapsplan og pandemiplan hadde dere og hva måtte dere gjøre med den i den første fasen.

Foretakene hadde planer med trinnvis oppskalering av kapasitet. F.eks. hadde Nordlandssykehuset en tom bygning som ble gjort om til pandmipost som var i drift i periode. Ellers var pandemiplanene vi hadde ikke helt tilpasset den pandemien som kom, men det ble ganske omgående justert slik at vi var forberedt på det scenarioet vi ble presentert for med ca 110-120 plasser i vår region.

Gjorde dere i den sentrale ledelsen i Helse Nord RHF noen organisatoriske endringer eller arbeidsformendringer internt hos dere?

Vi er vant til å gå i beredskap og tenke stab. Det var ikke fremmed for oss å sette stab og bruke det berespastankegangen. Vi fikk ny administrasjon fra DSB som vant til å bruke den type metodikk. Vi var godt skrudd sammen for å håndtere situasjonen som oppsto. Vi hadde både interne og eksterne beredskapsmøter og vi trakk tidlig inn våre samarbeidspartnere innenfor Forsvaret. Vi hadde øvelse våren 2020 og 2021 hvor vi hadde samarbeid med Forsvaret og de var avhengig av oss. Organisasjonen ble raskt rigget om til å være i en beredskapsmodus, men som sagt så var vi vant til det.

Når det gjaldt samspillet i beredskapsmoduset mellom de regionale helseforetakene og de underliggende helseforetakene, hvordan fungerte det. Hvordan forholdt dere dere til signal og kommunikasjon som kom fra de fire kliniske leverandørene?

Vi hadde ukentlige møter og i perioder flere. Vi hadde kontaktmøter med de lokale helseforetak inklusive apotekforetaket og luftambulansetjenesten og det regionale smittevernkontoret. Forsyning var et avgjørende punkt i begynnelsen. Beredskapsorganisasjonen omfattet alle og samarbeidet var veldig konstruktivt.

Hvor styrende var det regionale helseforetaket i forhold til de underliggende helseforetakene når det gjaldt føringer til sykehusene vedrørende oppskalering av intensivplasser?

De fikk de samme føringene vi fikk fra eier.

Delte dere ut kvoter etter befolkning?

Ja, vi delte ut kvoter etter antall befolkning, sykdomsbildet og alderssammensetning.

Hvordan etablerte dere kontaktordninger mellom RHF-et og foretakene på. Du nevnte dette med å sette stab og beredskapsorganisasjon. Hvordan strukturerte dere kommunikasjonen?

Vi har vært vant til helse-cim-verktøy til kommunikasjon fra ambulanshelikopterkrisen. Det har vi brukt aktivt og vi bruker det fremdeles aktivt.

Hva er deres erfaring med å bruke Helse-CIM.

Som rapporteringsverktøy så har det vært helt ukomplisert. Vi har vært vant til å samle rapporter inn fra dem og videreformidler det videre. Vi bruker det også som et oppslag og arkivsystem på det som er beredskapsopplysninger.

Dere bruker det fremdeles nå under pandemisituasjonen.

Ja, vi brukte Helse-CIM også under pandemien.

Hvordan mener du sykehusene var tilpasset pandemien i mars 2020? Var lokalene tilpasset og personalet passende mtp. utfordringene dere fikk?

Det var nok areal, men den største sårbarhet var personell. Mange av sykehusene var avhengig av innleid personell fra Sverige og Danmark, men som ikke kom som følge av situasjonen. Det var også en del trøbbel ved grensen over mot Finland. Selve personellsituasjonen var og er fortsatt en avgjørende faktor.

Ble det aktuelt å overføre personell fra andre sykehus innad i regionene eller med innleie fra andre sykehus, eller ble det evt. lånt ut personell til andre?

Vi har lånt ut noen spesialistsykepleiere fra Helgeland til Ahus og Fredrikstad. Det har også vært noe internt utlån i regionen. Da er det igjen Helgeland som har lånt ut til andre som har trengt

flere. Det har også vært ganske trøblete i Finnmark. Hammerfest har vært stengt for nye inntak to ganger. I den grad man har hatt personell å avgi så har man hjulpet hverandre.

Har Helse Nord hatt noen rolle i denne fordelingen eller har helseforetakene løst dette seg imellom?

HR har hatt en ganske ledende rolle både for å skaffe personell fra andre deler av landet og internt i regionen. Der har HR-systemet tatt en ledende rolle sammen med Helse Vest.

Hvordan har dere opplevd situasjonen i første fase når det gjelder smittevernutstyr, laboratoriemateriell, legemidler og medisinsk teknisk utstyr som f.eks. respirator?

Vi var ikke så verst stilt. Da dette satt i gang så hadde vi 95 respirator og vi endte opp med 128. Vi var ute og handlet det som det var mulig å få tak i. I tillegg forberedte vi oss på dialysemaskiner og den venovenøse dialysen som man kan gjøre på intensivavdeling. Det ble også anskaffet en del utstyr. Det ble etterhvert trøbbel med å få det inn i landet, men vi har ikke manglet utstyr.

Smittevernutstyr er en annen historie. Vi hadde noen uheldige donasjoner som viste seg å ikke holde mål. Kommunene var trolig dårligere stilt enn oss. Med den luftbroen som Helse Sør-Øst opprettet så klarte vi oss.

Legemidler har ikke vært noe utfordring. Hva gjelder laboratoriet så har det vært trøbbel med å få inn nok PCR-hurtigtester. Det ble rasjonering på verdensmarkedet og det var litt vanskelig, særlig for de mindre sykehusene som har lang transportvei til de store laboratoriene og som var avhengige av raske svar. Den situasjonen er ikke løst enda, selv om den er mindre omfattende. Ellers på PCR-siden i Tromsø så hadde de brukt mye “in-house”-teknologi slik at man ikke var avhengig av en leverandør. UNN har også lært noen triks til kollegaer i Bodø slik at de heller ikke er avhengige av én leverandør.

Hvordan var arbeidsforholdene vært for personell på sykehusene, særlig de som har arbeidet med å behandle covid-19-pasientene? Har man klart å forholde seg innenfor aml. og holdt virksomheten forsvarlig?

Jeg har ikke oversikt over aml-brudd, men at det er mange slitne folk nå er det ikke tvil om. Mange har måttet gjøre andre oppgaver enn de normalt gjør. Vi har i perioder måtte ta ned normalaktivitet for å holde beredskapen og møte innleggelsene. I sum er det nok ikke tvil om at det er mange slitne folk.

Har dere sett noen systematiske endringer i tall på sykemeldte, turnover og oppsigelse?

Sykemeldingsstatistikk er litt vanskelig å tolke. I år har det gått ned sammenlignet med i fjor. De som har vært mest belastet har nok 9-10 % sykemelding i 2020.

Hva tenker du fungerte og hva fungerte ikke i regionen ved denne første omstillingen våren 2020? Og hva var utfordrende?

Vi planla og agerte for en pandemi som aldri kom hit. Vi agerte ut ifra det måltallet som ble gitt, men vi skjønte fort at pandemien oppførte seg litt annerledes i en griskrendt landsdel der befolkningen er spredt. Vi tok hardt i. Vi har mange små sykehus og små enheter som ble belastet i for stor grad fordi hvis man skulle gire om til en beredskapsmodus så fikk det større konsekvenser for de små enhetene enn for de store. I ettertid ser vi at vi kom på hælene med slep og etterslep og vi sliter fortsatt med ventetiden på fristbrudd.

Hva slags type pasienter har det gått utover og hva slags virkninger ser dere av det?

Vi har alt for lang ventetid på særlig ortopedi, ØNH og øye som er spesialiteter hvor det er mye nærkontakt med pasienter og som derfor ble tatt ned. Vi gjør det vi kan, men vi har lite private helsetjenester å spille på. For å ta igjen ventetiden så må vi kjøpe arbeidstid hos de faste ansatte på kveldstid og helger for å ta igjen etterslepet. Det er belastning for fagfolkene som vi ikke har så mange av.

Hvis du skal gi noe karakteristikk av hvordan man har håndtert kreftutredning, kreftbehandlingsproblematikk, TSB, barne -og ungdomspsykiatri, hvordan vil du beskrive det?

Det har ikke gått utover kreftbehandling, vi er den eneste regionene som klarte å holde mammografi oppe. Det var nede en kort periode, men vi har klart å holde tempo der. Innenfor rus har det heller ikke vært spesielt. Når det gjelder barn og unge så har tilfanget av henvisninger økt på. Vi ser spesielt at behovet for behandling av spiseforstyrrelser har økt på og de som blir henvist videre er ofte i dårligere forfatning enn tidligere. Barn og unge ikke hatt godt av pandemien, men det er mulig at økningen av henvisninger økte før pandemien. Vi har økt kapasiteten på regionalt spisetimet i Tromsø som har ansvar for de inneliggende.

Jeg vet at Nordland Fylkeskommune har arbeidet med en rapport om barn og unges situasjon under pandemien. Er det noe som RHF-et har vært involvert i?

Kjenner ikke til det konkret.

Er det noe i den første normaliseringsfasen som du tenker fungerte bra?

For å kommentere noe som fungerte dårlig. Vi har bedt FHI om å komme oss i møte med hva man forventer av pandemiutvikling i ruralt område.

Si litt mer om det, i hvor stor grad har dere klart å nyttiggjøre dere scenarioene og risikovurderingene til FHI?

Vi mener de tok for hard i for vår del. Vi la opp til en nedstengning som ble i det meste laget i forhold til hva som traff oss.

Sier du at man burde ha mer regionalt eller lokalt baserte scenariobeskrivelser

Ja, det er det jeg sier. Jeg skulle ønske vi hadde mer regional eller lokalt baserte scenariobeskrivelser.

Kan du si noe som fungerte bra?

Alle var glade for å slippe for å slippe å sitte på hjemmekontor. Det var en lettelse å kunne starte med normal aktivitet igjen.

Jeg vet ikke hva jeg skal si utover det.

Noen ville svart at de har klart å bevare en del av IT-aktiviteten de har hatt på kommunikasjon.

Det var mye konsultasjoner som gikk på digitale medier. Nå har det gått en del ned, så ligger vi et sted mellom 10-12% av konsultasjoner som skjer digitalt, men vi jobber for å nå måltallet om 15 -20 %. Det er ikke enkelt. I nødens stund så var det et nødvendig grep for å holde kontakt, spesielt med de psykiatriske pasientene som var i et forløp. Denne situasjonen har lært oss at det er mulig og vi har laget en nasjonal utredning for bruk av digitale verktøy, ikke bare for konsultasjoner, men også for digitale skjemaer og andre verktøy for å ha alternativer til den vanlige, fysiske konsultasjonen.

Var det noe som dere lagde i pandemien?

Nei, det leverte vi i høst.

Var den utredningen planlagt før pandemien eller var det et resultat av pandemien?

Det var nok et resultat av pandemien, selv om Nordlandssykehuset, som har vært i lead for dette, har et innovativt samarbeid med Telenor for å finne nye løsninger. Det er derfor det kom nye løsninger i Bodø kommune. De var nok planlagt før pandemien, ble iverksatt under.

Tema 4: Helse-Nords rolle og situasjonen på sykehusene i regionen gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen

Hvordan har kommunikasjonsklimaet vært både internt i regionen mellom helseforetakene og ekstern opp mot HOD?

Jeg vil si at det har vært ganske uproblematisk. Vi har et tett og godt samarbeid mellom våre egne helseforetak, både på fagsjef nivå, men også på AD-nivå vil jeg tro. Vi har satt kontaktmøter med statsforvaltere og helseforetakene i den fjerde bølgen som vi er inne i nå, på samme måte som vi hadde tidligere.

Har dere gitt noen spesifikke føringer i de ulike fasene for hvordan sykehusene skal forholde seg?

Vi prøver å lage konsensus for hvordan man gjør det med skallsikring, besøk, barsel og føde. Derfor har vi ukentlige møter og i perioder oftere for å sikre at vi har felles holdning til de utfordringene og problemene som dukker opp.

Kan du si litt om din opplevelse av i hvor stor grad dere har klart å oppnå konsensus.

Det har ikke vært problematisk.

Har det vært sprikende forventning i helseforetakene i Helse Nord i forhold til resten av Norge eller har det utviklet seg en allmennkonsensus på nasjonalt nivå?

Jeg tror ikke vi har vært spesielt mer krangleverne i forhold til resten av landet. Vi har ytt bistand når de har trengt det og mottatt bistand når vi har trengt det. Vi ser ikke på det som noe problem.

I Helse Nord har man spesielt store problemer med transport i forbindelse med overføring til et annet omsorgsnivå. Hvordan har det fungert og hvordan har kapasitet på bilambulanse, sjøambulanse og luftambulanse vært?

Da det stod på som verst hadde vi egne biler på veien som var dedikert til smittetransport. Utover 2020 hadde vi egne helikopter og fly. Vi hadde fått rigget om et Widerøefly som kunne transportere pasienter med smittekuvøser. Etterhvert lærte vi at det ikke var så farlig å transporte i vanlige fly, man måtte bare rengjøre dem etterpå. Vi satte opp tilstrekkelig kapasitet og kunne overføre pasienter i smittekuvøser eller i vanlige fly. Da denne situasjonen oppstod i Hammerfest to ganger så hadde luftambulansen hyret inn ekstra kapasitet fordi da måtte vi rute pasienter andre steder enn til Hammerfest.

Det dreide seg ikke bare om intensivpasienter, men alle slags pasienter?

Ja, det var alt mulig.

Du nevnte spesialtransportkuvøsen som kom på markedet nokså tidlig, hvor stor grad fikk dere erfaring med bruk av den?

Jo, den har vært i bruk et antall ganger for overføring fra småsykehus til større sykehus som f.eks. Bodø.

Både i Tromsø og Bodø har dere relativt ny bygningsmasse. Hvordan har den vært tilpasset utfordringene?

Bodø ny intensivavdeling med mye areal, så det kunne brukes ganske greit. Bodø har også en fordel ved at Statens Lungesykehus står tomt, så det ble brukt som covid-post og kan fortsatt brukes til det. Den kunne isoleres. På UNN måtte de ta ned dagkirurgi for å få til kohortintensiv og rehabiliteringsavdeling ble omdisponert til covid-sengeposter. Hammerfest måtte også gjøre om den ene sengeposten til kohortisolasjon for covid. På Lofoten sykehus har den ene medisinske sengeposten blitt omdisponert til covid og de har hatt et ganske høyt trykk nå utover høsten.

Hvordan har utstyrssituasjonen vært den siste tiden? Har dere merket noe til det?

Nei, det har vært nok utstyr og nok areal. Mangel er på personell.

Har dere fremdeles mangel på personell selv om det er mulig å få noen svenske og finske arbeidstakere til å komme etterhvert?

Det er ikke så mange å få tak i fra utlandet. De trengs der de er.

Når vi snakker om personellsituasjonen, du nevnte dette med kursing, har det skjedd noen andre vesentlige tiltak siden ballen startet å rulle?

Jeg tror man har forsøkt å få opp tallet på utdanningen slik at det over tid blir utdannet flere. Det inngår i det ene oppdraget vi har fått. Så må man se på hva man bruker de topputdannede folkene til. Vi kommer til å se på om det er alternative måter å dra nytte av kunnskapen på.

Er det noe annet du vil si om andre, tredje eller fjerde smittebølgen? Hva har vært utfordrende?

Den traff oss hardere enn den de to første. De på Finnmarksykehuset sier at det gikk greiere når de hadde prøvd det. De var ikke lenger så stresset da de fikk en fjerde bølge. Hammerfest har vært spesielt hardt rammet.

Hvordan er stemningen jevnt over blant helsepersonell? Er det mye uro og diskusjoner.

Det er ikke mye uro og diskusjoner blant personell nå. Jeg vil heller si at det er mye slitne folk rundt omkring.

Tema 5: Helse-Nords samarbeid med sykehusene i regionen, med de andre regionale helseforetakene og med Helse- og omsorgsdepartementet gjennom pandemien

Du har tidligere nevnt samarbeid med forsvaret og at dere fikk ny AD som kom fra DSB.

Hvis du ser tilbake på signal som har vært sendt om pandemi og pandemiens sannsynligheter og konsekvens i nasjonale beredskapsdokumenter, har det vært på dagsorden i perioden du har vært fagdirektør i samtaler mellom f.eks. foretak og statsforvalter og mellom statsforvalter og forsvaret?

Nei, ikke før nå i 2020.

Det er ikke gjort noe systematisk arbeid mtp. å implementere analyse av krisescenarioer som DSB har markedsført?

Nei, det er nok kommet et skille nå som vi har fått ny sjef og som har gode kontakter ut mot forsvarets hovedkvarter i Bodø og hærstaben.

Når dere har drevet på med disse fasene og har nesten 2 års erfaring, har dere etablert et regionalt intensivnettverk eller noe organisert samarbeid mellom foretakene om intensivkapasitet og kompetanse i Helse Nord RHF?

Ved behov har vi regional koordinering av innleggelser. F.eks. da Hammerfest gikk ned, så måtte vi ta grep og justere. Vi hadde også intensivnettverket som har vært aktivt i 2020.

Intensivnettverket på UNN har fått regionale koordineringsansvar. Det er for så vidt det samme som vi har på sommer og ferietider for å koordinere hvor mye ledig kapasitet man har på de ulike intensivavdelingene. Det er først og fremst i Bodø og Tromsø.

Har det vært konfliktfylt eller konfliktfritt?

Det har ikke vært noen konflikter rundt fordeling av kapasitet. Det har for så vidt gått greit. Vi har ikke funnet at intensivnettverket som det var var det mest tjenelige, men vi snakker med fagsjefene i regionen for å ha et ok samarbeidsklima.

Har det vært noen konflikter av betydning mellom de ulike helseforetakene som er underlagt Helse Nord RHF?

Nei, jeg tror ikke det har vært noen konflikter mellom helseforetakene. Vi har vært mer ivrige på å hjelpe hverandre. Da f.eks. Hammerfest fikk det tøft så var folk mer interessert i å løse problemer enn å lage konflikter.

Kan du beskrive samarbeidet du som helsedirektør og Helse Nord RHF har hatt med de andre helseforetakene i denne perioden. Hva slags ting er det verdt å merke seg som positivt og hva har vært utfordringene?

Det viktigste som ble gjort fra Helse Sør-Øst sin side var å skaffe nok smittevernutstyr. Der var vi involvert for å konsultere også når det gjaldt innkjøp av respiratorer og dialysemaskiner. Det var en felles sak som Helse Sør-Øst hadde ressurser som kunne gjøre på vegne av regionene. Eller ser vi tett samarbeid mellom de fire fagdirektørene. Ting som oppstår underveis løser man underveis.

Er det er noe som handler om informasjonsflyt og kommunikasjon som du kunne ønsket at kunne fungert bedre?

Det er ingenting mer jeg kommer på nå. Det er selvfølgelig et enormt kommunikasjons -og informasjonsbehov ut til befolkning. Vi har forsøkt å publisert det vi kan for å fylle behovet blant ansatte og publikum forøvrig.

Har det vært noen saker der dere i helseforetaket har måttet gå i forsvar mot ting fra media?

Jeg kommer ikke på noe her og nå. Det er mulig det har vært det, men ikke som jeg kommer på.

Jeg hadde ingen baktanker med spørsmålet, det var bare for å kartlegge.

Rune: jeg kan underbygge det Geir sa om beredskap og samarbeid regionalt. Der er nok Helse Nord i en særklasse.

Vi har laget evalueringer underveis og vi prøver å ta frem de læringspunktene som dukker opp og ta vare på det som vi mener vi har gjort bra. I forrige uke, da vi så at det begynte å dra seg til, så kjørte vi en tabletop øvelse for å utfordre foretakene til å tenke fremover hvis dette skal utvikle seg i feil retning. Så vi forsøker å tenke beredskap.

Når dere inviterer foretakene deres til å være med på en table top øvelse, er det lett å få dem med?

Det har ikke vært noe problem.

Tema 6: Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner

Hvis du skulle se for deg hvilket behov sykehusene i din region har for total sengekapasitet og intensivkapasiteten i en normal situasjon, evt. oppskalert mot en ny pandemi, hvordan ville du tenkt at dere ligger an per i dag?

I utgangspunktet ligger vi høyere i intensivkapasitet beregnet per hode i nord enn ellers i Norge. Det som gjør oss sårbare er at det er mange små sykehus. Det er ikke utstyr det mangler på, det er personell og kompetanse. Det er det største problemet vi har. Det er ikke bare en utfordring, men det kan til tider være ganske problematisk.

Andre har i noen sammenhenger sagt at finansieringsmodellen med basisfinansiering og innsatsstyrt element på toppen har hatt noe å si for at intensivkapasiteten ikke er blitt større i Norge. Har du noen synspunkter på det?

Da er vi inne på politikk som jeg ikke har tenkt å si så mye om. Vi har den kapasiteten som vi har behov for i en normalsituasjon.

Det ble gjort noen grep med innsatsstyrt finansiering, herunder gitt noen garantier for at det å dra ned på elektive ting ikke skulle gå utover økonomien. Hvordan har dere vurdert det i Helse Nord?

Det har vært kjærkomne penger, men det var i fjor. Det er klart at dette har kostet, både økonomisk og personell.

Hvis det ble slik at FHI likevel hadde hatt rett i sitt verstefallscenario med 1200 på intensivavdeling i Norge, hvordan ville dere ha klart å håndtere det?

Vi hadde nok håndtert det en stund, men utholdenhet hadde nok blitt satt på en strekk.

Kan jeg tolke deg slik at det er personell som er den begrensende faktoren der heller enn sengekapasitet.

Ja. Det er personell som er den begrensende faktoren. Areal og utstyr er ikke begrensningen.

Har du noen tanker rundt hvilke hensyn som må vektlegges når man skal vurdere fremtidens intensivkapasitet? Personell står åpenbart sentralt. Er det noe annet du vil trekke frem?

Vi må se på hva vi kan lære av denne situasjonen og om vi bruker det personellet vi har på en fornuftig måte. Vi må gå inn i en prosess for å vurdere om vi bruker personell på en fornuftig måte når vi blir enige om vokabularet. Vi er i startgropa for det regionale arbeidet også.

Tror du man klarer å bli enige om vokabularet?

Vi må bli enige om vokabularet ellers er det ikke vits i.

Det er sterke personer som har sterke meninger. Hvor langt er den arbeidsgruppen kommet i det arbeidet?

De er ikke kommet i siget enda, men det har sin årsak i at det ble såpass mange bølger her før sommeren at vi er tilbake til square one.

Det kravet som er kommet i oppdragsdokumentet, det klarer dere ikke å få rapporter når den årlige rapporten skal leveres på nyåret?

Nei, vi klarer ikke å levere det i rapporten og det vet HOD og de vet årsaken.

Du sagt flere ganger noe om å bruke personellet man har på en fornuftig måte. Har du noen tanker rundt hvilke grep som kunne blitt gjort for å få til det?

Det er ikke sikkert alle som står rundt sengen behøver å være spesialsykepleiere. Man kan ha arbeidsleder som står for kompetansen og det er ikke sikkert man behøver å bruke spesialsykepleiere til alle funksjoner. Det er en del oppgaver på en intensivavdeling som kan utføres av mindre utdannet personell.

Det er vel en utfordring i nord å beholde kompetent personell kompetent over tid. Har du noen tanker rundt det?

Ja, den største utfordringen er at personellet reiser sørover.

Er det store problemer med at man utdanner spesialsykepleiere i nord som finner seg jobb i sør?

På legespesialister så utdanner vi i hvert fall to for hver vi har bruk for selv. Etterutdanning er et poeng for å holde kompetanse og rutiner ved like så da skal man ha et visst volum for å klare å være skjerpet til enhver tid.

Du har i denne samtalen dratt frem to ting som handler om at Helse Nord ikke nødvendigvis er helt sammenfallende med Kongerike Norge som gjennomsnitt. Du nevnte dette scenariet med grisgrendte strøk og du nevner dette med at dere må utdanne to for å sitte igjen med en selv. Er det andre ting i et distriktfaglig perspektiv som du tenker ville være viktig å se nærmere på og som man under pandemien har erfart er viktig.

Det er dette med små enheter. Den største sårbarheten vi har er at vi har små enheter og små sykehus. I tillegg er det lange avstander så vi kan ikke sentralisere etter hva som ville bli optimalt, for da blir det for lange avstander for publikum.

Noe du vil tilføye?

Nei, jeg tror dere har spurt om det jeg hadde forventet at dere ville spørre om.

Digital gjennomgang 19.01.2022. Referat godkjent av Geir Tollåli.
Oslo, 19.01.2022 Linda Aamodt