



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT – CATHRINE LOFTHUS

Intervju av:	Cathrine Lofthus, tidligere administrerende direktør Helse Sør-Øst og nåværende departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet.
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	21.12.2021 kl. 09.00 – 11.00
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Ingen
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Toril Johansson og Astri Aas-Hansen fra kommisjonen. Marianne Aasland Kortner, Frode Veggeland og Ida Skirstad Pollen fra sekretariatet. Erik Sundet 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 ønsket velkommen og presenterte deltagere til stede.

Ida Skirstad Pollen presenterte de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:

- Det er satt av 2 timer til intervjuet.
- Det tas lydopptak av samtalen og skrives referat. 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.
- Som departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet har du plikt til å forklare deg for kommisjonen. Det følger av forskrift at «[e]nhver som utfører arbeid eller tjeneste

for et forvaltningsorgan underlagt Kongens instruksjonsmyndighet plikter å gi Koronakommisjonen den informasjon som er nødvendig for at kommisjonen kan utføre sitt arbeid i henhold til mandat».

Vi har vurdert det slik at du strengt tatt ikke har plikt til å forklare deg for kommisjonen fra tiden da du var administrerende direktør i Helse Sør-Øst. Vi er imidlertid takknemlig for at du også stiller til samtale vedrørende dette, og vi forstår det slik at du er villig til å svare på en del spørsmål fra den tiden.

- Du kan forklare deg 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 merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som er gjennomgått her?

Nei, det har jeg ikke.

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

- Intensivkapasitet og beredskap
- Overordnet om HODs håndtering av pandemien
- Kommunelegenes situasjon under pandemien
- Vaksinestrategi
- Importsmitte

FORKLARING

Kan du redegjøre kort for din tidligere stilling i Helse Sør-Øst? Hvor lenge jobbet du i Helse Sør-Øst? Kan du også si noen ord om din nåværende stilling i Helse- og omsorgsdepartementet?

Jeg var administrerende direktør i Helse Sør-Øst fra 1. januar 2015 frem til jeg ble utnevnt av Kongen i statsråd til å arbeide i HOD. Da valgte jeg etter avtale med styreleder å fratre. Jeg startet opp her som departementsråd 1. juni 2021. Stillingen som administrerende direktør i Helse Sør-Øst er en stilling som betyr at man er øverste daglige leder for et regionalt helseforetak som eier 11 underliggende helseforetak. Av disse underliggende helseforetakene omfatter ni av dem pasientbehandling. I tillegg er det to felleseide helseforetak. Den ene er Sykehusapotekene som har vært relativt sentrale i en del av de sakene som Helse Sør-Øst håndterte på vegne av Hdir og HOD. Den andre leverandøren er Sykehuspartner som vi også har bidratt med ressurser i oppdrag Hdir og HOD har jobbet med.

Tema 1: Intensivkapasitet og beredskap

Det var rimelig kjent for både styresmaktene og helsetjenestene at en pandemi kunne komme før eller senere. Hvordan ble kunnskapen om dette fordelt og erkjent i Helse Sør-Øst, da særlig inn mot behovet for intensivkapasitet som en kunne se for seg når man ble utsatt for en viruspandemi? Kan du si litt om kunnskapen Helse Sør-Øst hadde for økt intensivkapasitet og ev. mangler ved den før pandemien brøt ut?

Helse Sør-Øst har sine beredskapsplaner. De rulleres jevnlig og er oppe i styret. De er selvsagt basert på risikovurderinger. Der er det slik at pandemi er ett av scenariene og det finnes også egne delberedskapsplaner som viser at det har vært et av områdene man har sett på i Helse Sør-Øst. Det har også vært gjort en intensivutredning som forelå desember 2019 som var igangsatt for å se på intensivkapasitet. Dere er sikkert kjent med at dersom vi spør anestesimiljøet så får vi et svar på hva en intensivplass er og om man spør akuttmedisinerne så får vi et annet svar.

Da vi satt i gang utredningen var vi klar over at dette var et arbeid som fordrer at vi er gode på prosess fordi det er ulike definisjoner av hva en intensivplass er. I tillegg handler ikke dette bare om intensivsenger, men også om intermediærsenger som ev. kan omdisponeres, samt den totale kapasiteten som man har å spille på ved normaldrift, sesongvariasjoner og krisehendelser. Vi var kjent med at det i vår region var særlig to helseforetak vi måtte ha fokus på, herunder Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold. Det er sykehus som stort sett drifter på ett sted når det gjelder somatikken og som således har mindre fleksibilitet på plasser enn de andre helseforetakene som har flere somatiske sykehus. Det tillegger også det enkelte helseforetak å jobbe med dette selvstendig. Det ligger i modellen at hvert eneste helseforetak er et selvstendig rettssubjekt og gjennom instruks og oppdragsdokument får ansvar for å håndtere sitt opptaksområde. Det innebærer å sørge for kapasitet i normalsituasjon og sesongvariasjoner, samt ha beredskapsplaner og planlegge for beredskap. Selv om dette ligger tydelig til hvert enkelt helseforetak, var dette ting vi fokuserte på i

regionen og mellom regionene. Derfor forelå rapporten fra 2019 som vi var i ferd med å jobbe videre med da pandemien brøt ut.

Du nevner Ahus og Østfold. Begge er helseforetak med relativt ny bygningsmasse. Hadde man vurdert hensiktsmessigheten av den bygningsmassen opp mot mulige utfordringer under en pandemi?

De bygningene ble bygget eller var ferdig planlagt før min tid i Helse Sør-Øst, så det kan jeg ikke svare på.

Har det vært tema i perioden 2015-2019?

Det er blitt gjort en evaluering av hensiktsmessigheten av bygningsmassen og hva vi kan lære av byggeprosessen når det gjelder Østfold. Evalueringen er ikke gjort spesifikt med tanke på pandemi, men generelt for alle typer drift og sesongvariasjon samt beredskap.

Kan du si litt om bakgrunnen for intensivvurderingen som ble avlevert desember 2019? Hvordan ble den mottatt og håndtert av ditt RHF den gangen?

At vi satt i gang dette arbeidet har med driftssituasjonen generelt sett å gjøre, samt drift under sesongvariasjoner og kriser. Vi har driftsdata som viser at intensivkapasitet og intermediærkapasitet av og til er flaskehalser. Så var vi klar over at det var løst ulikt i ulike helseforetak. Helse Sør-Øst er en stor region som kan gjøre sammenstillinger på tvers. Intensivvurderingen var et oppdrag som ble gitt fagdirektør i samarbeid med de andre fagdirektørene i de andre regionene, slik at de fikk sett på dette nasjonalt.

Det er mer samarbeid mellom de fire RHF-ene enn det mange er klar over og det er viktig. Vi er opptatt av likeverdige helsetjenester i vårt land. Sånn sett er det et viktig samarbeid mellom RHF-ene knyttet til å tenke likeverdighet og likhet i tilbudet, selvsagt hensyntatt ulikheter i de ulike regionene. Det var behov for å se på kapasiteten og hvordan vi skulle planlegge for å ha en god kapasitet og en fleksibilitet.

Da jeg kom til Helse Sør-Øst i 2015, hadde det regionale helseforetaket akkurat vedtatt at man skulle bruke en fremskrivingsmodell for å beregne kapasitet i helsetjenesten, basert på et arbeid gjort av SINTEF. Det var en av de siste styresakene som var behandlet før jeg tok over. Det var et arbeid jeg kjente godt til fra min tid som viseadministrerende direktør på OUS. Jeg hadde lest en del om hvordan man så på kapasitet og hvilke dimensjonerende faktorer man la til grunn. Det var et arbeid vi startet å jobbe med da jeg kom til Helse Sør-Øst og som munnet ut i en regional utviklingsplan som ble vedtatt i 2018. Basert på det arbeidet la jeg frem en anbefaling for styret om at vi gikk bort fra de dimensjonerende faktorene som var lagt til grunn før jeg kom, og la til grunn andre dimensjonerende faktorer. Vi la til grunn dimensjonerende faktorer som gjør at det blir større kapasitet i sykehusene og som, litt forenklet sagt, derav gir bedre fleksibilitet.

Det som ikke ligger i fremskrivingsmodellen, og som det er behov for å jobbe videre med, er psykisk helsevern. Modellen fra SINTEF ser litt forenklet på psykisk helsevern, modellen behandler psykisk helsevern som én stor diagnosegruppe, i stedet for at man ser på de ulike pasientgruppene som finnes innen psykisk helsevern. Det er også områder hvor det ikke er god systematikk på hvordan man skal fremskrive, som blant annet intensivområdet. Sånn sett var det behov for å jobbe videre med det området for å kunne planlegge godt for de ulike

scenarioene. Det var også spilt inn fra intensivmiljøene at det var viktig å få sett på dette med intensivkapasitet. Det er noe som fagdirektørene fulgte opp.

Du nevnte at det i 2018 ble lagt til grunn en annen måte å tenke på enn det som lå der før du tok over? Ble det gjort noen risikovurderinger av behovene i ekstremisituasjoner i forbindelse med den saksbehandlingen?

Det ble gjort vurderinger knyttet til det å planlegge for den kapasiteten man trenger i regionen totalt sett, også med tanke på det at man har muligheten til å spille på hverandre. Det er gjort risikovurderinger som grunnlag for beredskapsplanene våre, men vi har ikke endt opp med en anbefaling som tilsier at man skal kunne håndtere alle mulige kriser med alle mulige pasienter inn på sykehus. Ved kriser vil man måtte gjøre prioriteringer. Det ligger inne i de vurderingene som er gjort.

Er det noen formell eller uformell sammenheng mellom saksbehandlingen i 2018 og den etterfølgende intensivvurderingen fra 2019? Eller er det tilfeldig at den ene kom etter den andre?

Nei. Jeg mener det var tydelig at psykisk helsevern, intensiv og andre områder ikke ble godt nok ivarettatt i den fremskrivingsmodellen som SINTEF jobbet med. Det var en av flere grunner til at vi valgte å se på intensivkapasitet. De fire regionene har også hatt diskusjoner seg imellom og så var det spilt inn fra intensivmiljøene at det var behov for å se på intensivområdet. Vi var opptatt av at det ikke bare skulle være et sykehusbyggforetak som skulle jobbe med kapasitetsfremskrivninger. Vi bygget opp en egen analyseenhet i Helse Sør-Øst fordi vi ønsket å sitte på kompetanse selv. Jeg mener dette er så virksomhetsnært at det handler ikke bare om de gangene man skal bygge nye bygg eller bygge om, men også om den daglige driften, sesongvariasjoner, kriser og annet. Det ligger veldig virksomhetsnært å ha ansvar for å planlegge for det. Sånn sett var det flere områder som vi jobbet med i Helse Sør-Øst.

Hvor kom initiativet til å opprette arbeidsgruppen fra?

Det er de fire fagdirektørene i de fire regionene som til slutt opprettet arbeidsgruppen. Det var et tema vi i vår region var opptatt av å følge opp, både fordi det var spilt inn fra intensivmiljøene og fordi vi arbeidet med å bedre fremskrivningsmodellene.

Hvordan ble medlemmene utpekt til arbeidsgruppen?

Det var et oppdrag vi ga til fagdirektørene. Det var fullt og helt de som styrte og fikk ansvar for hvordan de ville sette sammen den arbeidsgruppen.

Har uenigheter fått konsekvenser for oppfølgingen av utredningen?

Uenighetene skulle følges opp inn i den videre oppfølgingen. Som administrerende direktør i Helse Sør-Øst har du ansvar for 80 000 medarbeidere og 90 milliarder i budsjett. Det er mange du skal holde orden på. Da er det viktig å ha gode medarbeidere og delegere. Jeg kjente problemstillingen godt fra min tid som viseadministrerende direktør ved OUS. Det er ulike meninger om hva som er definisjonen på en intensivplass, hva som ligger i en intermediærplass osv. Når den rapporten lå på bordet i 2019 var det et av forholdene fagdirektørene diskuterte seg imellom, men som vi også diskuterte i ledelsen i Helse Sør-Øst.

Vi snakket om at det var viktig at vi søkte å få en felles forståelse av hva en intensivseng er. Hvis ikke klarer vi ikke å planlegge likt i landet. Jeg vet at fagdirektørene hadde en diskusjon med Hdir om at Hdir burde tenke normerende om hvordan vi skal definere en intensivseng.

Var HOD involvert i den dialogen jf. at HOD våren 2020 interesserte seg for den totale kapasiteten på intensivbehandling i Norge?

Hvor mye HOD var inne i dette må dere snakke med fagdirektørene om. HOD har av og til saker som de ønsker å diskutere med fagdirektørene. For å sørge for samspillet mellom de fire regionene møtes de fire AD-ene en gang i måneden for å se på samkjøring. Samme dag møtes fagdirektørene, økonomidirektørene, HR-direktørene, kommunikasjonsdirektørene osv. HOD har pleid å delta i fagdirektørmøtet for å diskutere eller få informasjon om saker som det jobbes med i de fire regionene. Derfor må dere nesten rette spørsmålet til fagdirektørene. Vi bytter på å lede disse møtene. Da jeg tok over innførte jeg en fast rutine hvor to ekspedisjonssjefer deltok i møte med AD-ene fordi jeg ønsket bedre oversikt over hvilke saker HOD ville diskuterte med oss.

I januar 2021 ga HOD i oppdrag til RHF-ene å jobbe videre med å utrede intensivkapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Hva var bakgrunnen for dette oppdraget fra ditt perspektiv som AD i Helse Sør-Øst?

Jeg opplevde at det både hang sammen med utredningen fra desember 2019 og oppdragene vi hadde hatt i 2020 om å lage mer konkrete beredskapsplaner for å øke kapasitet til 1200 intensivplasser og 4500 innlagte covid-pasienter. Jeg opplevde således at det hang sammen med at dette var det alt jobbet med, og at det hadde vært mye fokus på det under pandemien.

Vi har forstått det slik at det tok tid før man kom skikkelig i gang med det arbeidet i 2021. Vet du noe om status på arbeidet nå sett fra din posisjon nå som departementsråd?

Ja, det er noe ekspedisjonssjefene i eieravdelingen og i spesialisthelsetjenesteavdelingen følger opp. Vi er orientert om at det har tatt tid før regionene har fått jobbet videre med dette. Det har dels vært på grunn av prioritering da det er mye de skal jobbe med nå, men også fordi det har vært behov for diskusjon med bl.a. fagforeninger og andre om hvordan man skal sette sammen en slik gruppe nettopp på grunn av at man ikke er helt enige om hva en intensivplass er. RHF-et skal formelt gå i linjen til underliggende helseforetak slik at de plukker ut gode representanter ut ifra kriterier satt av RHF-et.

Hva slags tanker gjorde du deg som AD da departementet ba om å få en planlegging for en betydelig oppskalering. Hva slags kapasitet hadde dere for å følge opp i samsvar for det som lå til grunn for FHI sine scenario som var av betydning for HODs oppdrag?

Vi opplever at det var scenariene som FHI hadde utarbeidet som var styrende for det oppdraget vi fikk. Det har vært mye diskusjon om scenariene til FHI, for det er scenarier som ikke tar innover seg de ulike innsatsfaktorene man har. Noen av innsatsfaktorene er det som skjedde 12. mars med at man innførte strenge tiltak som ga kontaktreduksjon. Vi vet alle sammen at dersom vi har omfattende kontaktreduksjon hadde vi hatt lite smittespredning. Kontaktreduserende tiltak har selvsagt god effekt og det må ses opp mot kapasiteten man

klarer å oppdrive i tjenestene. Vi forholdt oss til det oppdraget vi fikk. Det var ikke spørsmål om å se på ulike elementer her sammenlignet med hva tjenesten kan klare og hvilke følger de ulike nivåene av kapasitet gir for tjenesten og pasientene. Vi inkluderte det i besvarelsen som gikk fra oss. Det var en besvarelse som inneholdt en risikovurdering av alle de elementene som må være på plass når man skal øke kapasiteten så mye. Både når det gjelder senger og intensivkapasitet. Vi ga i oppdrag til våre helseforetak at de skulle planlegge for at vi som region skulle kunne ta vår andel av de 1200 plassene som HOD ga oppdrag om. Vi brukte vår analyseavdeling til å beregne hva som skulle være vår andel av det, gitt befolkningsandelen vi har ansvar for. Vi delte analysene med de andre regionene, slik at det var kjent hva vi planla for. Vi brukte analyseenheten vår til å se på hva det betydde at det enkelte helseforetak måtte planlegge med, gitt den befolkningen de har ansvar for. Så fikk våre helseforetak dette i oppdrag. Vi var bevisste på at vår store reserve var OUS. Vi så på hvordan vi kunne utnytte kapasitet på OUS slik at den ble utnyttet på en god måte. Det ville bety avlastning for spesielt sykehus i hovedstadsområdet.

Så hadde vi en runde ut i helseforetakene. Vi hadde egne oppfølgingsmøter med alle helseforetakene for å koordinere dette før de leverte endelige leveranser, for å gjennomgå hvordan vi kunne få en totalkapasitet til å gå opp. Deretter jobbet sykehusene videre med det og behandlet sine planer i sine styrer. Så fikk vi tilsendt planene og stilte dem sammen slik at vi kunne vise departementet hvordan vi planla for å svare ut oppdraget vi hadde fått. Der fulgte det også med en risikovurdering. Planene og risikovurderingene ble styrebehandlet hos oss før det gikk til HOD. Vi var inne på alle områdene, herunder areal til å kunne ha ordinære senger, intensivplasser, teknisk infrastruktur, smittevernutstyr, medisinskteknisk utstyr, forbruksmateriell, legemidler, bemanning og kompetanse generelt og spesielt på intensiv. Den faktoren som raget høyest hos oss, det vil si den faktoren med høyest risiko, var mangel på bemanning med kompetanse rundt intensivplasser. Vi hadde høy risiko også på forbruksmateriell, medisinskteknisk utstyr, smittevernutstyr og legemidler.

Hvordan håndterte dere bemanningssituasjonen og hvilke tiltak ble iverksatt for å forsøke å kompensere for den økte risikoen når det gjelder knapphet på ressurser?

Det vi begynte med når det gjaldt ressurser var at vi overfor helseforetakene var tydelige på at de måtte få tak i nok personell. Det er ikke slik at det er masse helsepersonell som det er lett å få tak i. Dette var også en tid hvor det ble krevende med innleie. Man måtte derfor se på alt fra avtaler med tillitsvalgte om tillegg for overtidarbeid til opplæringsprogram. Opplæringsprogram ble satt i gang slik at man kunne legge til rette for mer teamorganisering rundt intensivsengene og intensivsykepleierne, og slik at de kunne få støtte av annet helsepersonell. Vi fulgte opp helseforetakene og fikk rapportering på blant annet opplæring for å kunne ha en oversikt over hvilke ekstra ressurser vi kunne mobilisere. Vi gjorde også en ny risikovurdering etter hvert. Den var veldig tydelig på at det fortsatt var bemanning og kompetanse på intensiv som hang igjen som den høyeste risikofaktoren.

Ahus fikk lånt personell fra andre deler av landet. Kan du si litt om Helse Sør-Øst RHF sin rolle i den prosessen?

Vi var med på å initiere at Ahus fikk låne personell fra andre deler av landet. Det gjorde vi både gjennom beredskapsmøtene vi hadde jevnlig med våre helseforetak, og ved at jeg tok jeg kontakt med de andre RHF-ene og ba om at det ble vurdert om vi kunne få hjelp. Jeg

delegerte det raskt til vår HR-direktør slik at vi hadde en viss koordineringsrolle der også. Det var viktig for oss at det var de helseforetakene som var mest belastet som ble prioritert når andre helseforetak hadde mulighet til å avse personell. Sånn sett var vi inne der med en koordinerende rolle. Dette er dokumentert i alle referatene fra alle beredskapsmøtene som ble holdt i Helse Sør-Øst. Vi kjørte en åpen linje slik at alle helseforetakene våre visste hvem som fikk låne av hvem og vi visste dermed at vi ivaretok den koordinerende rollen vi har som RHF.

Hvilken rolle hadde Helse Sør-Øst RHF i opplæringsprogrammet du nevnte?

Vi hadde en koordinerende rolle som HR i de regionale helseforetakene ivaretok. Gode programmer som var etablert lokalt ble delt med øvrige helseforetak. I tillegg var det en prosess som ble satt i gang i et samarbeid med de fire RHF-ene, under ledelse av Helse Vest, som spesielt så på opplæring av sykepleiere inn mot intensiv. Det arbeidet deltok også vi i. Vi tok ansvar for å rulle dette programmet ut i alle helseforetakene våre, og fulgte det opp ved å etterspørre rapportering av hvor mange som gjennomgikk opplæringen. Akkurat der gjorde vi det et regionalt helseforetak skal gjøre: Vi hadde en “følge-med-på-funksjon”, en koordinerende funksjon, en funksjon knyttet til å spre kunnskap på tvers av egen region og samarbeidet med de andre regionene slik at vi bruker felles kunnskap.

Kan du fortelle om hva Helse Sør-Øst gjorde for å få tak i smittevernutstyr, legemiddelutstyr og om fordelingen av det som etter hvert ble tilgjengelig både overfor spesialisthelsetjenesten og kommunene?

Det er tydelig definert i våre beredskapsplaner at tilgang på smittevernutstyr og annet utstyr ligger til det enkelte helseforetak. Det har vært ulike prosjekter som har sett på dette med smittevernutstyr og annet utstyr gjennom kriser. Det var også gjennomført et prosjekt som resulterte i at man begynte å inngå avtaler med leverandører som tilsa at de skulle ha en del utstyr tilgjengelig som en beredskap for Helse Sør-Øst. I tillegg hadde man også planer som tilsa at man i vintersesongen bestilte inn flere av en rekke artikler, fordi det går mye av enkelte artikler særlig rundt influensasesongen. I hele 2020 var vi veldig tett på dette med forsyningssituasjonen og hadde et sterkt lederfokus på det, særlig hos fagdirektør og hos undertegnede som administrerende direktør. Den 27. januar 2020 gjorde vi en egen vurdering av forsyningssituasjon av smittevernutstyr og legemidler iht. vårt planverk. Det ble da bestilt inn og levert ut ekstra utstyr som gikk under det som vi kaller pandemiprodukter. Vi startet da med en rasjonering på bakgrunn av beredskapsmessige vurderinger fordi vi var bekymret over at mange av bestillingene ikke resulterte i leveranser grunnet global forsyningssvikt. Vi fulgte opp bestillingene fra helseforetakene, slik at hvis noen var først ute med å bestille mye, så måtte vi rasjonere slik at det ikke gikk utover andre. Det kan man gjøre i Helse Sør-Øst fordi vi har et regionalt forsyningssenter.

*Ved gjennomgang: I mars 2020 endte vi opp med å sette opp en egen frakt og spedisjonsorganisasjon hvor vi chartret egne fly for å få inn smittevernutstyr.

Hvilken rolle hadde Helse Sør-Øst i fordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene?

Vi hadde ikke noen rolle i det på den tiden. Vi jobbet etter vårt eget ansvar med å sørge for at vi hadde nok smittevernutstyr. Vi startet egne ekstrabestillinger allerede i januar og hadde

løpende dialog med sykehusinnkjøp, helseforetakene våre og forsyningssenteret vårt om situasjonen. Fordi vi var tidlig på å ha planer var vi også tidlig ute med å bestille ekstra utstyr. Vi begynte på den tiden å dele informasjon med de andre regionene fordi vi fryktet at dette kunne bli et krevende område. Vi ga blant annet sykehusinnkjøp i oppgave tidlig i februar å kartlegge leverandører med forsyningsproblemer. Det interessante er at i kartleggingen vi fikk 13. februar fra Sykehusinnkjøp så var det bare en av leverandørene som meldte om Force majeure mens resten mente at de ville klare å levere. Vi var tidlig på og hadde jevnlig møter med fagdirektørene i regionen om dette med smittevernutstyr. Vi hadde et behov for å ha en regional kontroll på dette slik at vi ivaretok alle.

Om du ser tilbake på perioden februar til april 2020, hva vil du si dere lyktes med og hva var du ikke så fornøyd med?

Det jeg var fornøyd med var at vi hadde et planverk som gjorde at vi raskt kunne følge med på de viktigste produktene våre, både hva gjelder smittevernutstyr og produkter til intensivbehandling. Vi var tett på og gjorde løpende vurderinger. Jeg mener det var nettopp fordi ledelsen var trent i å håndtere beredskapssituasjoner at vi gjorde det vi gjorde. Vi satt opp et system for å frakte smittevernutstyr hjem til Norge ved at vi begynte å chartre fly. Det er ikke noe et RHF vanligvis gjør. Det var fordi vi som ledelse var tett på, vi gjorde ekstrabestillinger, vi så at bestillingene ikke kom og vi fikk da på plass flere leverandører. Leverandørene meldte ikke om force majeure, men sa at de skulle få på plass mer utstyr. Vi var tett på og så blant annet at transport var en veldig kritisk faktor. Jeg satt en kveld på jobben og så at dette går rett og slett ikke. Vi fant da ut at vi måtte chartre fly. Jeg tok kontakt med min egen IKT-direktør og ga ham jobben. Vi tok kontakt med Avinor og sørget for å sette opp den broen vi gjorde. Vi fikk selvsagt hjelp av departementet og UD. Jeg mener vi lyktes med dette fordi vi var tett på som ledelse. Vi hadde planverk og kunne gjøre risikovurderinger som viste at ordinære forsyningslinjer ikke fungerte.

Det jeg ikke er fornøyd med er at vi skulle hatt mye større lagre på forhånd og vi skulle hatt enda bedre risikovurderinger rundt hvordan kriser som dette gir globale utfordringer for hele forsyningskjeden. Vi utarbeidet ganske raskt nye måter å beregne behov for smittevernutstyr på. Hdir hadde gjort beregninger basert på antall smittede pasienter, og så beregnet man hvor mye utstyr det krevde å bruke på personell som håndterte de smittede pasientene. Det er ikke slik det fungerer i en pandemi. Under en pandemi må vi håndtere alle pasienter som om de er smittet. Da går det med smittevernutstyr i alle mulige sammenhenger. Vi gjorde derfor raske beregninger av behovene våre og ledelsen fulgte tett opp bestilling av utstyr. Helse Sør-Øst var så store at dette var noe jeg til å begynne med kunne ta egne avgjørelser om, men det ble fort en nasjonal løsning som sørget for smittevernutstyr til alle regioner og kommuner. Vi satt også opp en ordning for fordeling av utstyr. Vi leide lager og satt opp distribusjonsløsninger o.l. Hdir kom inn og hadde rollen med å bestemme fordelingsnøkler og annet som Helse Sør-Øst la til grunn da dette ble distribuert. Så hadde vi en løsning som Hdir godkjente, hvor kommuner som var i en helt kritisk situasjon kunne henvende seg og få direkte forsyninger. Det ble gitt til flere kommuner, Bufdir, Forsvaret og Veterinærinstituttet. Vi hjalp også Sverige og Frankrike. Det var Hdir som styrte fordelingsnøklerne, og de hadde dialog med HOD. Det lå ikke til Helse Sør-Øst, og det kunne det heller ikke med tanke på tillitt.

Det vi var tydelige på var at vi la alt i potten. Dette var både våre ordinære forsyninger og alt annet. Vi sa til Hdir at de måtte være klar over at det ikke fantes andre linjer inn til

helseforetakene. Vi puttet alt vi hadde inn i potten, og det er viktig at man har forståelse for det. Det går ikke bare smittevernutstyr til covid 19-pasienter, men også til andre situasjoner i spesialisthelsetjenesten.

Det vi også tok ansvar for var at vi inngikk avtale med FFI hvor vi fikk en ordning for å kvalitetssikre produktene våre. Vi hadde også hygienesykepleiere som gjennomgikk produktene.

I midten av april 2020 fikk helseforetakene sentrale føringer om mer normal drift. Hvilken rolle og oppgaver hadde Helse Sør-Øst overfor sykehusene i regionen i disse fasene av pandemien?

Da hadde vi den rollen som et regionalt helseforetak skal ha. Dvs. å gi videre de samme oppdragene til helseforetakene, og helseforetakene har et selvstendig ansvar for å følge opp det. Samtidig skal regionen følge opp og koordinere. Vi fulgte med på våre helseforetak på en rekke styringsparameterne for hvordan aktiviteten var i de ulike helseforetakene, og innen de ulike fagområdene. I tillegg hadde vi møter og fulgte opp. Vi brukte også data på tvers fordi vi så det var veldig ulikt hvordan helseforetakene klarte å ta opp normal drift. Det var viktig å bruke data fra de ulike helseforetakene og bruke det inn mot de helseforetakene som hadde størst utfordringer med å normalisere driften. Slik sørget vi for at læringen var på plass. Rollen til RHF-ene handler om å gi oppdrag, følge med, støtte, bidra til kunnskapsoverføring, men også stille krav. De gjorde vi i den sammenheng.

Hvor raskt klarte de ulike foretakene å komme tilbake til en tilnærmet normaltilstand og hvordan vurderte RHF-et forsvarligheten i den perioden?

Det var ulikt hvor raskt de ulike helseforetak klarte å komme tilbake til normal drift. Det var ulikt både mellom helseforetak og mellom ulike fagområder. Dette fulgte vi med på ukentlig og har data på. Hvis jeg skal gi mer detaljer må jeg hente dataene.

Hvordan vurderte dere forsvarligheten i det?

Det er igjen viktig å si at forsvarlighetsansvaret ligger til hvert enkelt helseforetak. Et RHF klarer ikke å være nede i de faglige vurderingene i hvert enkelt helseforetak. Men vi foretok overordnede vurderinger av om man samlet sett klarte å ivareta det sørge-for-ansvaret vi hadde. Vi så at det var utfordringer med lange ventetider på en del fagområder. Det fulgte vi særskilt opp. Vi hadde oppfølgingsmøter med en del av helseforetakene om hvordan de planla for å ivareta pasientene. Et eksempel er innenfor ØNH (øre-nese-hals) som var et område som hadde lange ventelister, hvor vi fulgte opp i oppfølgingsmøter og gjennomgikk om helseforetakene iverksatte tiltak som kveldspoliklinikker, tok inn ekstra fagfolk, tok i bruk avtalespesialister og brukte ledig kapasitet på tvers av regioner etc.

Hvordan vurderte du som AD i et RHF det som skjedde utover høsten 2020 og årsskiftet 2020-2021, altså andre og tredje smittebølge, sammenlignet med erfaringene dere hadde fra første smittebølge?

Jeg opplever at man kontinuerlig gjennom pandemien høster mer erfaring. Vi hadde en ordning hvor vi tidlig delegerte beredskapskoordinering for intensivområdet til OUS. Det har vi god erfaring med i regionen og det gjøres også i sommerferien slik at vi utnytter kapasitet godt på tvers. Det var en viktig koordinering både fordi man sørger for at belastningen blir

fordelt på en god måte, men også fordi det er en viktig arena hvor helseforetakene fikk diskutert faglig hvordan vi skulle håndtere disse pasientene. Helseforetakene har høstet erfaring gjennom pandemien, både fra intensivområdet og covid-poster, samt innen andre områder. Da vi kom til høsten var vi et helt annet sted både når det gjaldt erfaring med pasientene og dette med hvor mye man tar ned av aktivitet for å håndtere de ulike bølgene.

Når det gjelder den første bølgen, med nedstenging og de scenariobeskrivelsene som kom fra FHI, kan man i ettertid si at helseforetakene tok ned mer aktivitet enn det vi strengt tatt trengte å ta ned gitt den bølgen som kom. Gitt hva man visste da, var det likevel antageligvis en ganske god beredskapsbeslutning. De erfaringene tok man med seg utover høsten, og man ble bedre til å vurdere hvilke aktiviteter man tok ned for å klare de ulike bølgene.

Jeg synes også vår analyseavdeling og FHI ble bedre. Vi brukte vår analyseavdeling til å «oversette» fremskrivningene fra FHI. Vi gjorde de om til fremskrivninger for våre helseforetak, ned til det enkelte opptaksområde. Slik så vi om det var behov for å forsterke avlastning av enkelte helseforetak, for eksempel på grunn av at bølgene ville treffe ulikt i regionen. Vi taklet andre og tredje smittebølge bedre på grunn erfaringer både helseforetakene og vi hadde opparbeidet oss, men også på grunn av at vi ble bedre på å forberede oss på bølgene.

Når det gjelder oppdraget som ble gitt til OUS - opplevde dere at det var noe sand i maskineriet eller fungerte det slik det var intendert?

Det var noen ganger sand i maskineriet i den koordineringen. Det går på at alle er litt seg selv nærmest i pressede situasjoner. Alle følte de var på strekk. Det gikk blant annet på terskelen for at man skulle få hjelp. Var det for eksempel hensiktsmessig at OUS overførte en intensivpasient etter en stor hjerteoperasjon tilbake til Ahus når de var så presset, eller var det greit at OUS holdt lenger på den pasienten og ikke bare så eksklusivt på covid-pasientene.

Vi hadde til tider daglige beredskapsmøter med våre helseforetak, og i andre perioder flere ganger i uken. Utfordringer med intensivkoordineringen var slikt som ble løftet inn i de sentrale beredskapsmøtene eller så tok man direkte kontakt med fagdirektør eller meg. Når det var sand i maskineriet satt vi opp egne møter om det. Det var for eksempel en lørdag hvor vi innkalte ledelsen ved Ahus og OUS sammen med de som i praksis håndterte intensivkoordineringen i de to helseforetakene. Da gikk vi gjennom en situasjon hvor Ahus ikke følte de fikk den avlastningen de trengte og hvor de mente de så av tallene at OUS hadde mulighet til å ta flere pasienter. Vi kjørte med åpen bok hele veien slik at helseforetakene kunne holde oversikt. Da fikk vi løst opp i en krevende situasjon og det ble slik at OUS tok noen pasienter fra Ahus. Vi fulgte dette over helgen og gikk så tilbake til vanlig koordinering. Det medførte også at vi lagde en såkalt trappetrinnsmodell. Modellen skulle være en veiledende modell slik at ikke ett helseforetak skulle etablere mange nye intensivsenger før vi hadde utnyttet kapasiteten på tvers. Det gjaldt særlig for hovedstadsområdet.

Har du noen tanker om den totale sengekapasiteten på sykehusene og intensivkapasiteten man hadde ved inngangen til 2020, herunder hvilket nivå den ligger på og hvilket nivå den bør ligge på? Si gjerne litt om hvordan situasjonen er og hvordan den har vært, samt tanker om dette har noe å gjøre med finansieringssystemet.

Jeg pleier å dra det tilbake til at vi er glade for at vi lever i et demokrati hvor vi velger et Storting og Stortinget setter rammene for helseforetakene. Om du spør fagmiljøene på sykehus vil de fleste si at de kan øke kvaliteten hvis de får økt ressurser. Jeg vil særlig fremheve psykisk helsevern, habilitering, rusbehandling, rehabilitering og geriatri som ofte kommer dårlig ut når sykehusene jobber med budsjettene sine. Man må kjenne hele modellen og forstå at det er Stortinget som setter rammene. Det er vedtatt egne inntektsmodeller som gjør at det er bestemt hva som blir rammene til den enkelte helseregion. Så bruker de regionale helseforetakene de samme prinsippene for fordeling innad i regionen, og da har man de rammene man har. I tillegg kommer pasientrettigheter og det lovverket som er for hvilke rettigheter man skal oppfylle. Helseforetak er selvstendige rettssubjekter og har selvstendige styrer, så man må ha tiltro til at vi har systemer som gjør at man forvalter rammene på en god måte, gitt de rettighetene man skal innfri.

RHF-et har selvsagt en “følge med på”-funksjon og skal sitte på gode styringsindikatorer slik at de ser at oppdraget blir utført. Det må et departement også gjøre. Jeg er veldig opptatt av at det ikke er rammer i systemet til at man kan ha så stor pandemikapasitet som helst eller så store lagre som helst. Det vil gå på bekostning av pasientbehandling og de rettighetene pasientene har. Likevel er det selvsagt rom for omfordeling og det mener jeg at vi er i gang med ved å se på intensivkapasitet. Tanken i ledelsen i helse Sør-Øst er at intensivkapasiteten må økes noe og at vi må se på intermediaærkapasitet og hvordan man har fleksibilitet. Det er klart at man ikke er finansiert til å ha 1200 intensivplasser på sykehusene i Norge. Da er det mange pasienter som ikke kommer til å få sine rettigheter innfridd og vi vil ikke klare å ha den gode standarden som vi har på intensivplassene våre. Da vil det være alt for få pasienter i en normalsituasjon til at helsepersonell som skal betjene en slik kapasitet får nok trening. Dermed vil ikke de ha kunnskapen fordi de får ikke tilstrekkelig volum.

Tanken i Helse Sør-Øst er at vi må bygge videre på det man iverksatte med opplæring og ha noe økt kapasitet, både gjennom flere ordinære intensivplasser og intermediaærplasser. Slik sett må vi ha en trekkspillsfunksjon, men ikke minst må vi ha bedre gjennomganger av hva man kan ta ned av planlagt aktivitet i krisesituasjoner. Diskusjonen om hva man kan ta ned av planlagt aktivitet må HOD være involvert i. Personell som skal kunne omdisponeres må jevnlig ha trening på det, og man kan bruke rullering for å ha større reservekapasitet i kriser.

Du nevner at det var noen diskusjoner om mulig økt kapasitet på intensivplasser. Var dere noen gang så konkret at dere sa noe om størrelsen på den mulige økningen man kunne se for seg?

Nei. Det ville vi lande gjennom en utredning som er i gang nå, og som er en videreføring av 2019-rapporten. Helseforetakene våre hadde dialog med UH-sektoren. Vi satte i gang en økning i antall utdanningsstillinger for å begynne med kompetansen, og det har vi også jobbet med over tid i Helse Sør-Øst. I oppdragsdokumentene til helseforetakene våre har det vært et fokus på å få utdannet flere spesialsykepleiere, særlig innenfor visse fagområder hvor også intensiv inngår.

Kan du si noe avslutningsvis om RHF-rollen og din vurdering av forsvarligheten i spesialisthelsetjenestetilbudet til pasientene og arbeidsmiljøet i Helse Sør-Øst i perioden mars 2020 til mai 2021?

Jeg regner med at du mener arbeidsmiljøet ut i helseforetakene? Det arbeidsmiljøet en AD i et RHF er ansvarlig for er egentlig for de 220 som er ansatt i konsernledelsen.

Utgangspunktet tenker jeg dine refleksjoner omkring arbeidsmiljøet i dine underlaget helseforetak.

Det er viktig å si at jeg til nå har svart for de helseforetakene vi i Helse Sør-Øst har ansvar for. Det er viktig å igjen peke på at dette er et system hvor helseforetakene er egne rettssubjekter. Det er ikke meningen eller lagt opp til at vi skal være nede i driften i hver enhet i dette systemet.

Arbeidsmiljøet var et av teamene som var jevnlig på agendaen i oppfølgingsmøtene med helseforetakene. Det var fokus på arbeidsmiljøet for de ansatte fordi vi vet at mange måtte jobbe ekstra, og så er det dette med forsvarligheten. Forsvarligheten for den enkelte pasient klarer man kun å gjøre en god vurdering av i det enkelte pasientmøte. Vi blir dermed mer overordnet. Vi fulgte opp styringsdata rundt hvert eneste helseforetak. Vi fulgte opp så nøye at vi var nede på hvert fagområde i hvert helseforetak for å vurdere forsvarlighet, og ikke minst om det var planer for å sørge for at man kunne ivareta alle pasienter som måtte ivaretas.

Det samme gjelder arbeidsmiljø som ble fulgt opp i HR-linjen. Man skal både ha oversikt over hvor mange som har fått opplæring, statistikk på overtidsbruk og brudd på arbeidsmiljøloven for å vurdere arbeidsmiljøet. Vi var opptatt av at medarbeiderundersøkelser ble gjennomført. Det var noen som stanset det våren 2020. Beskjeden fra meg og oss var at vi ville at helseforetakene skulle gjennomføre arbeidsmiljøundersøkelser, men det er helseforetakene som sitter på beslutningen selv dersom vi ikke skal overstyre dem. Det var veldig fokus på - og oppfølgingen av - hvordan man kunne ivareta et godt arbeidsmiljø. Vi har brukt styringsparametere for å sørge for en så jevn belastning som mulig.

Har du noen tanker om ting som kunne vært gjort annerledes i forkant av pandemien for å være bedre rustet?

Angående smittevernutstyr mener jeg vi burde jobbet mer med beregningsmodellene. Der la vi til grunn det som var utarbeidet av Hdir. Det er ikke tvil om at vi skulle hatt større lagre for smittevernutstyr. Samtidig er det viktig å si at vi ikke hadde sittet på de lagrene som det viste seg at vi kom til å trenge. Som et eksempel har Helse Sør Øst kjøpt inn åndedrettsvern tilsvarende 130 års normalforbruk. Det tror jeg rett og slett vi ikke hadde sittet på fordi vi da helt sikkert hadde blitt kritisert for å ikke bruke samfunnet midler på best mulig måte. Men at vi skulle sitte på mer, er sikkert. Jeg skulle ønske at vi hadde kommet lenger på områdene som jeg tok tak i da jeg begynte, slik som å beregne kapasitet. Det er slik at man må jobbe systematisk med de ulike områdene, og vi kom så langt som vi kom. Jeg skulle ønske vi var kommet noe lengre, både hva gjelder kapasitet generelt sett, men også på dette med utdanning. Når det gjelder utdanning har vi en vei å gå, både med tanke på samarbeid om innhold i utdanningene og dimensjoneringen av antall kandidater. Vi burde også ha kommet lenger med mekanismer for hvordan vi kunne fulgt opp at helseforetakene prioriterte utdanning enda bedre. Vi skulle ha kommet enda lenger på kompetanse, vært mindre avhengig av innleie og hatt flere som arbeider heltid.

Tema 2: Overordnet om HODs håndtering av pandemien

HOD har sammen med JD vært i sentrum av pandemihåndteringen. Kan du fortelle om rolle- og ansvarsdelingen, samt samarbeid, mellom HOD og JD under pandemien i den tiden du har vært i HOD? Har du tanker om hvordan ordningen med JD som lederdepartement har fungert?

Det er JD som er lederdepartement. Deres funksjon blir å passe på hvordan situasjonen er for alle samfunnskritiske områder og kontinuerlig rapportere på det. De har også ansvar for at vi jevnlig har diskusjoner i kriserådet hvordan covid-19-pandemien påvirker de ulike sektorene.

I det daglige er det slik at det blir en del koordinering for HOD også. HOD har noen ganger prosesser kun i eget departement, fordi det handler om det smittevernfarende, medisinske eller kapasitet i egen sektor. Andre ganger har vi i HOD dialog med andre departementer slik som JD. Til syvende og sist er det HOD som får besvarelsene fra de underliggende etatene, og som må passe på å ha møter med andre departementer for å forstå hvordan beslutninger treffer andre sektorer. Det er mye koordinering i det daglige i HOD, deriblant i forbindelse med pressekonferansene når andre departementer skal ha sine statsråder på podiet. Så sitter vi med oversikten og kan hjelpe til med hva som skal være talepunkter.

Tenker du at HOD like gjerne kunne vært lederdepartement?

Det er et godt spørsmål som jeg har grublet litt på. Det var et tema som ble diskutert i forbindelse med gjenåpningsplanen. Når det gjelder en del av de prosessene vi uansett koordinerer, så kunne for så vidt HOD vært lederdepartement. Kanskje hadde vi klart å bruke kriserådet enda bedre. Samtidig er det en avlastning for HOD at JD har oversikt over alle samfunnskritiske funksjonene og følger opp det kontinuerlig. Slik sett er jeg ikke sikker på om det finnes et entydig og godt svar på det.

Du har deltatt i Kriserådet. Hva synes du har fungert og ikke fungert?

Det som fungerer, er at det er en arena hvor vi får sørget for at embetsverket og de som sitter med sektoransvar blir oppdatert på situasjonen slik at alle har en lik situasjonsforståelse. Det bidrar også til å holde de andre departementene oppdatert på hva som er forventet utvikling, hva som er de helsefaglige vurderingene, hva som er pågående oppdrag og hva vi jobber med og tenker kan være kommende beslutningsunderlag.

Når det gjelder koordineringen vi trenger i HOD for å lage gode beslutningsunderlag, velger jeg å holde de øvrige departementene orientert gjennom e-post, særlig når det blir veldig korte frister og det haster å komme med beslutningsunderlag når det gjelder innstramminger. Da har jeg valgt å holde departementene oppdatert på både hva som kommer inn av leveranser og vårt beslutningsunderlag. De har sett beslutningsunderlagene våre parallelt med at vi går til politisk ledelse som selvsagt må legge sine føringer på det. Dette gjør vi for at man parallelt skal begynne å jobbe med hva beslutningene betyr for egen sektor, hva man kan tenke av kompensasjon osv. Vi har også valgt å innkalle andre departementer, og særlig de mest berørte, til møter for å få deres innspill når vi jobber med beslutningsunderlag. Da vil disse faste oppsatte møtene i kriserådet ikke treffe tidspunktsmessig.

Vil det si at Kriserådet i den type prosesser blir en omvei snarere enn et hjelpemiddel?

Ja, eller så måtte man ikke hatt disse faste oppsatte møtene. Da måtte man ha innkalt Kriserådet på en annen måte, det vil si med kort varsel og knyttet til utarbeidelse av beslutningsunderlag.

Er det noen sektorer du mener har blitt for lite hørt og tatt med i prosessene som har vært?

Vi forsøker å ta med de områdene som treffes. Når vi har jobbet med de tiltakspakkene som har kommet nå, har vi valgt å ha egne møter med alle de departementene vi mener blir spesielt berørt. Vi har hatt egne møter med KD og BFD for å ha fokus på barn og sårbare barn som et eget område slik at de får komme med sine egne vurderinger når vi jobber med beslutningsunderlag. Det er for at det ikke skal «drukne» når vi får inn NFD og alle de andre. Vi har også hatt møter med JD, FIN, KMD, NFD og AID om hvordan dette f.eks treffer arbeidstakere, både de med og uten arbeid. Vi har søkt å kjøre prosess med alle. Men dette med å ha egne prosesser med KD og BFD har vært særlig viktig.

En del av saksbehandlingen har skjedd ganske fort og det ligger i sakens natur at det må skje. Det har vært korte eller ingen frister sammenlignet med det som anses som ordinær saksbehandling. Har du noen tanker omkring det? Har man tapt noe på det eller har det vært nødvendig?

De gangene vi har forkortet veldig skyldes det at vi har fått faglige vurderinger av Hdir eller FHI om at det haster så mye at om vi ikke gjør noe raskt så vil det medføre at vi får enda mer inngripende tiltak. Det er nesten litt styrt av etatene våre. Når de i tillegg er ute i media og er tydelig på at det haster veldig, blir det en forventning i befolkningen og fra regjeringen om at vi skal gjøre det raskt.

Alt som skal til regjeringen skal på foreleggelse innom alle departementer og komme tilbake så vi kan innarbeide merknader. Om det ikke har vært tid til foreleggelse har vi likevel fortløpende sendt ut beslutningsunderlag til alle forværelsene og mine kollegaer slik at de skal være godt orientert, foreta løpende vurderinger og komme med innspill. De viktigste departementene, slik som Barne- og familiedepartementet og Kunnskapsdepartementet, har stort sett rukket å komme med innspill til oss om hva de vektlegger. Så får de ulike departementene informert sine statsråder om hvordan dette ser ut i sine sektorer inn mot regjeringsbehandlingene. Det er det enkelte departement som har oversikt over sine sektorer, herunder hva man ev. kan gjøre av justeringer for at det ikke skal treffe så hardt og hva man må få på plass av kompensierende ordninger. Vi har i denne runden hatt en egen øvelse i forkant av at det har kommet innstramminger, hvor vi har sendt ut bestillinger til alle departementene fra HOD hvor vi sier noe om hvordan mulig innstramminger kan se ut og ber departementene forberede seg på hva det kan bety for egen sektor. Det innebærer også at departementene ser på hva som er viktig og hva de bør tenke på av kompensasjonsordninger. Vi prøver altså å ivareta dette med ulike mekanismer.

Har du refleksjoner rundt det faglige og det politiske nivået i håndteringen av denne pandemien? Har det vært en hensiktsmessig funksjonsfordeling mellom det politiske, administrative og faglige nivået?

Det har vært litt ulikt mellom de to politiske ledelsene vi har hatt. Det er kanskje bare naturlig når forrige statsråd hadde vært her i åtte år. Jeg mener at måten vi jobber på nå er veldig riktig ved at vi får inn faglige vurderinger av etatene, gjør vår vurdering i embetsverket og så går det

til politisk ledelse som tar stilling til hva som skal stå i innstillingen i r-notat som går til regjeringen. Så kan det selvfølgelig være diskusjoner underveis for å opplyse om forhold, og det kan gå begge veier.

Tema 3: Kommunelegenes situasjon under pandemien

Har du tanker om hva som har fungert godt og ikke godt når det gjelder kommuneoverlegefunksjonen?

Kommuneoverlegene har gjort en fantastisk innsats og vært helt avgjørende. Det har vært helt åpenbart. Da er vi litt tilbake til det jeg har snakket om tidligere om hva som ligger til RHF-et og hva som ligger til hvert enkelt helseforetak. Det blir det samme her. Man har det kommunale selvstyret og samtidig er det noen forhold som etter loven ligger til kommunelegene. Dette er håndtert ulikt i ulike kommuner, både hvor de sitter plassert i systemet og hvor de er i saksgangen når det fattes vedtak i kommunene om lokale tiltak. Der er det alt fra at de er med inn i kriseledelsen til at de bare gir råd inn. Det er veldig ulikt. Vi har allerede iverksatt et prosjekt her i departementet hvor vi både har sett på våre egne erfaringer og den første rapporten fra kommisjonen for å se på roller og ansvar mellom oss, etatene og kommunene. Vi må også se på kommuneoverlegefunksjonen og lovverket. Dette er området vi kommer til å jobbe med videre nå fremover og som jeg tror vil bli veldig sentralt.

Vi har gitt råd til sittende politisk ledelse om at vi også bør se på kommunelegenes rolle inn i helsefellesskapene. Det er klart at når de skal gjøre lokale vurderinger og et av kriteriene man ser på bla. er kapasitet i tjenesten, er det viktig at de har god informasjon om hvordan situasjonen i helseforetakene er. Kommunelegens rolle kunne vi snakket mye om. Det er et område vi allerede er i ferd med å se på.

Jeg valgte selv å troppe opp på årsmøtet hos samfunnsmedisinerne for å påpeke og være tydelig fra departementets ståsted at dette er et område vi ser på og tar med oss i oppfølgingsarbeidet.

Tema 4: Vaksinestrategi

Hva slags uenigheter har du som departementsråd identifisert om vaksinestrategien som allerede er lagt og som blir gjennomført, og hva har skjedd etter at du overtok som departementsråd?

Strategien var lagt før jeg kom. Jeg har ikke opplevd noen uenigheter rundt den strategien som er lagt. Norge har vært en del av EU-fellesskapet og fått avtale med Sverige. Jeg opplever at forrige og nåværende regjeringen står bak strategien. Det som har blitt behandlet av saker etter at jeg kom til departementet har for eksempel handlet om å se på de kontinuerlige vurderingene EU gjør rundt ytterligere beredskapsavtaler. Det er alltid noen små nyanser ved at noen ikke tar sin pro rata, men i stort har Norge fulgt EUs linje.

Når det gjelder selve gjennomføringen av vaksinasjonsprogrammet i Norge har det vært en del diskusjoner om rekkefølgen de ulike gruppene skulle vaksineres etter. Etter du overtok i juni ble det gjort en endring i prioritering ved at man sa at man skulle

prioritere mer til ansatte i skole og barnehage. Har du identifisert noen uenigheter der og har det vært aktuelt å gjennomføre noen tiltak?

Da jeg svarte på det forrige spørsmålet, fokuserte jeg på EU.

Det har vært uenigheter og ulike synspunkter om dette med blant annet vaksinerings av lærere, skjevfordeling mv. I den forbindelse har jeg vært med på en del diskusjoner. Det har vært vanskelige avveininger. I starten av sommeren handlet det om skjevfordeling, i slutten av sommeren var det barnehageansatte som skulle prioriteres. Det har vært politiske diskusjoner og beslutninger i regjeringen som det skal være. Vi har da fra embetsverket vært tydeligere på at vi ikke anbefaler alt for mange slike omprioriteringer løpende fordi det kan gå på bekostning av tempo i vaksineprogrammet. Hvis det blir slik at kommunene stadig vekk får nye beskjeder om hvem de skal gi vaksine til og hvor mange vaksiner de får, så vet de ikke hva de skal planlegge for og det tror vi ikke er bra for kommunene og for de ansatte. Til syvende og sist kan det også bli krevende for befolkningen. Fra mitt og departementets ståsted har det derfor vært viktig at vi søker å ha en så stor forutsigbarhet som mulig overfor kommunene i dette arbeidet.

*Ved gjennomgang: Som adm.dir i Helse Sør Øst RHF var jeg tydelig på at gjeldende planverk ikke ble fulgt når det gjaldt hvilken rekkefølge som ble valgt for de første gruppene som fikk vaksine.

Har du identifisert uenigheter innad i FHI og mellom FHI og Hdir når det gjelder prioriteringsvurderinger knyttet til vaksinasjon?

Faglig sett hender det ofte at det er ulike vurderinger og vektinger mellom Hdir og FHI. Men Hdir gjør ikke vurderinger av dette, det ligger til FHI. Departementet har egne styringsgruppemøter med vaksinasjonsprogrammet for å ha en "følge med på"-funksjon. Det gjør vi for å kunne vurdere om det er ytterligere områder vi bør be FHI fokusere på eller om det er områder vi bør ha dialog med kommunene om.

Lenge har arbeidet dreid seg om hvordan man kan øke vaksinedekningen ytterligere, kartlegge hvilke grupper som fremdeles er uvaksinerte og finne tiltak for dem. Det har også dreid seg om vurderinger av om barnehagelærere og lærere skal prioriteres. En del av dette er oppdrag som er ønsket politisk sett og dermed blir gitt til FHI fordi det er områder de skal vurdere og gi en faglig vurdering på. At det har vært ulike vurderinger innad i FHI rundt spørsmålene er også tydelig i noen av besvarelsene til FHI. Eksempler er vurderinger knyttet til doseintervall og vaksinerings av barn. Jeg opplever at FHI er flinke til å synliggjøre dette i sine besvarer, slik at både departementet og politisk ledelse ser disse dilemmaene når vi behandler spørsmålene.

Tema 5: Importsmitte

Da du ble departementsråd i HOD var man etter hvert inne i en fase da man begynte å lette på en del av innreiserestriksjonene og tilhørende karanteneordninger. Hvordan vurdere du det som har skjedd siden juni 2021 til i dag på innreisekontrollområdet. Har du noen refleksjoner?

Det er også et området hvor mye hadde skjedd og var besluttet før jeg kom. Det jeg har vært med på er disse lettelsene som ble gjort i forbindelse med gjenåpningen av Norge under forrige regjering, og for så vidt i innstramningene vi har gjort nå igjen.

For å ta det siste først synes jeg det har vært innført tiltak basert på relativt gode prosesser i etatene rundt hva som gir oss et økt kunnskapsgrunnlag om alt rundt importsmitte. Det er ikke alt vi har visst og det har vært ulike vurderinger gjennom pandemien om hva importsmitte har hatt og ikke hatt å si. Kombinasjonen med testing og innreiseregistrering gjør at vi kan samle kunnskap om hvem som kommer inn og sammenligne det med testresultatene for å vurdere importsmittens betydning. Sånn sett har det egentlig vært jobbet ganske godt med dette i det siste. Jeg vil også peke på at man har gjort ulike vurderinger under pandemien om hva importsmitte har betydd og ikke.

Det med lettelsene var en ganske vanskelig og krevende prosess å treffe på. Det ble hele tiden gjort sammenligner med hva man gjorde på innreisefeltet og hvilke tiltak man hadde innenlands. Det var politisk oppmerksomhet på at dette måtte henge sammen for befolkningen. Samtidig må det være egne forholdsmessighetsvurderinger på det enkelte felt som må stå på egne ben.

I disse rundene med lettelsene var mye styrt av JD eller helse- og omsorgsministeren sammen med justisminister. Da var vi nede på detaljvurderinger som ble tatt av regjeringen. De smittevern faglige vurderingene tilsa at vi måtte slippe opp gradvis og at det var den totale belastningen som hadde noe å si. Regjeringen diskuterte detaljer om hvilke grupper det kunne slippes opp for.

Er du kjent med at det er gjort nasjonale eller internasjonale framstøt for å få evaluert innreiseordningen med innreisekontroll eller karantene?

Det er jeg ikke kjent med, men det er jevnlig diskusjoner om dette i EU hvor vi er lyttende på en del diskusjoner. Vi bruker UD sitt «uteapparat» for å hele tiden holde oversikt over hva det er av restriksjoner på dette feltet i andre land.

Tema 6 Læring

Du har hatt to helt sentrale funksjoner under håndteringen av pandemien, først som direktør for Helse sør øst og deretter som departementsråd i HOD. Er det noe du har lyst til å si til oss om ting du ønsker at koronakommisjonen skal fange opp? Enten ting som har fungert godt eller som ikke har fungert.

Jeg tror vi har fått frem både ting vi har lyktes med og ting vi ikke har lyktes med i Helse Sør-Øst og i HOD. Det er viktig at kommisjonen kjenner rollen til departementet og RHF-ene for å gjøre gode vurderinger av hva et departement og et regionalt helseforetak kan gjøre og hva som er deres rolle. Jeg tror ikke jeg har noe vesentlig å tilføye.

Referat godkjent av Cathrine Lofthus ved oppmøte i våre lokaler.

Oslo, 09.03.2022 Linda Aamodt

