



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT – STIG SLØRDAL

Intervju av:	Stig Slørdahl, Administrerende direktør Helse-Midt Norge
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	10.12.21, kl. 11.15-12.00
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Ingen
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Kommisjonsmedlem Rune Jakobsen, sekretariatsmedlem Marianne Aasland Kortner og Anni Haugen fra PwC
Ev. bisittere	Bjørn Gustafsson, fagdirektør Helse Midt-Norge

PRESISERING OM REFERATET

Dette referatet er utarbeidet i dialog 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.

Marianne Aasland Kortner informerte om de praktiske og rettslige rammer for intervjuet:

- Det er satt av 45 minutter 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 spørsmål til det vi har gjennomgått nå?

SS: Jeg har ingen spørsmål.

Geir Sverre Braut presenterte overordnet temaene for interjuet:

De overordnede temaene vi ønsker å snakke med AD-sjiktet i RHF-ene om er behovet for intensivkapasitet og hvordan det ble vurdert før pandemien brøt ut. Den utredningen som ble satt i verk av RHF-ene for å utrede intensivkapasiteten i 2019 og litt avsluttende spørsmål og refleksjoner om kapasitet, beredskap og konsekvensene av de erfaringene en har nå.

FORKLARING

Kan dere gjøre rede for stillingene deres i Helse-Midt, hvor lenge dere har hatt de og deres innhold?

SS: Jeg er administrerende direktør i Helse Midt-Norge. Da er jeg den høyest rangerte i det regionale helseforetaket, med oppfølging av de underliggende helseforetakene. Jeg vært det siden august 2015. Jeg er utdannet kardiolog, lege, og har stort sett hatt min yrkeskarriere ved NTNU som dekan, forsker og instituttleder og ved St. Olavs Hospital.

BG: Jeg kom nå fra stillingen som dekan ved Norges største fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, og har vært overlege ved St. Olavs Hospital i 23 år. Første januar begynte jeg som fagdirektør på RHF-et og har i den funksjonen fulgt pandemien og hvordan vi har håndtert den tett. Jeg kom inn ett år etter at pandemien startet, men har fått følge tett på de prosessene som har gått.

Det stemmer at du overtok etter Henrik Sandbu?

BG: Ja, det stemmer. Henrik Sandbu har vært fungerende en måned nå fordi jeg har vært ute pga. sykemelding.

Det var ganske ventet at man kunne bli utsatt for en pandemi, både i Norge og i resten av verden, men man visste selvsagt ikke tidspunkt. Likt som med svineinfluensa i 2009-2010, så har man hatt diskusjoner rundt intensivkapasiteten og ikke minst pekt på personellressurser og spørsmål knyttet til fleksible bygningsmessige løsninger. Hvordan var Helse Midt kjent med behovet og diskusjoner rundt intensivkapasitet og spørsmål stilt vedrørende det før covid 19-pandemien? Kan dere si litt om det?

SS: Den utredning av 2019 så på intensivkapasitet og sammenlignet Norge med en del andre land. Man mente at vi burde harmonisere noe mer av vår kapasitet og ha noe høyere kapasitet generelt. Man skulle jobbe videre med den utredningen, men så ble det av ulike grunner utsatt og så kom pandemien. Vi har vært på saken og vurdert intensivkapasitet. Det viktige er å se intensivkapasitet opp mot annen overvåkningskapasitet og det totale bildet. Noe av det vi har lært i den senere tid med en slik "slow burning" sak som dette, som vi har vært forberedt på og diskuterte med koronakommisjonen sist, er at vi så for oss Italia-tilstander og hvordan vi kunne skalere opp intensivkapasiteten. Nå er det noe vi skal leve med og da er det det totale bilde på helsetjenesten som kanskje er nesten like interessant å diskutere og ikke bare intensivkapasiteten. I Midt-Norge er det ikke bare intensivkapasiteten som har vært det eneste problemet eller utfordringen for oss. Det er det totale bilde og hvordan pandemien har hatt påvirkning på folkehelsen til andre pasientgrupper. Jeg tenker at på nåværende tidspunkt så skal vi komme tilbake og vi har nedsatt et arbeid som skal se på intensivkapasiteten. Så jeg tenker at det arbeidet får gå sin gang. Det er klart at vi må se på kapasitet og fleksibilitet og at vi trenger større

intensivkapasitet, men vi må se på helheten og hvordan vi skal skalere oss opp og ned, og hvordan vi skal håndtere andre pasientgrupper som er tilknyttet intensivavdelingen. Akkurat nå har St.Olavs oppskalert intensivkapasiteten sin etter planen, men det betyr jo at man har måttet ta ned operasjonsvirksomheten og operasjoner hvor det er forventet at man trenger intensivkapasitet etterpå.

Hvis vi ser på perioden 2010-2019, var det diskusjoner i Midt-Norge om kapasiteten i den perioden eller var man tilfreds med volum og personell som man hadde på intensivsiden?

SS: Vi har jobbet med å øke antallet sykepleiere hele tiden og det har vært spesielt utfordrende å rekruttere intensivsykepleiere. Det har det vært fokus på og helseforetakene har hele tiden jobbet med planer for å bygge opp kapasiteten. Så kan man diskutere nå om trykket var stort nok. I etterpåklokskapens navn vil de fleste lett se at det kunne vært gjort mer.

Hvordan har det vært med utfordringer knyttet til innleie av utenlandsk personell fra Finland, Sverige og Danmark?

SS: Vi er den regionen i Norge som leier inn minst. Vi har relativt sett den beste sykepleierdekning av de regionale helseforetakene. Det kan være fordi det er mange utdanningsinstitusjoner her og har kanskje noe med historikk å gjøre.

Jeg vil dvele litt ved den regional intensiveutredning fra 2019. Hva er bakgrunn for at din arbeidsgruppe ble nedsatt og kom i gang?

SS: Jeg husker ikke helt hva som startet det. Det var vel et behov fra intensivmiljøene som så at det var store regionale forskjeller i bruk av intensivmedisin og kapasitet. Jeg tror det kom fra fagmiljøene som så et behov for at det ble utredet. Jeg mener at det var en konsekvens av et behov for å se på den totale kapasiteten.

Det ble en del konflikt da denne rapporten kom. Når du sier intensivmiljøene regner du da også med indremedisinsk intensivkapasitet eller kompetansen eller tenker du helst på anestesifeltet sin medvirkning?

SS: I Midt-Norge har det vært et utrolig godt samarbeid og vi har gjort vår egen intensivutredning om definisjoner, som kommisjonen har fått tilgang til. Utredningen ble ledet av Pål Klepstad og Rune Wiseth, henholdsvis en intensivmedisiner og en kardiolog. Det var ingen uenighet om tilnærmingen. I Midt-Norge har det ikke vært den konfliktlinjen som det kanskje har vært i andre regioner. Da jeg snakket med Rune Wiseth, som var leder, så var det hos oss enighet mellom intensiv og andre miljøer.

Betyr det at hos deres så er det ikke en tilspisset diskusjon om hva som er en intensivplass?

SS: I den utredningen står det definert hva man regner som en intensivplass og hva man regner som en overvåkning eller intermediærplass. Det var ikke noe uenighet rundt det.

BG: Det interregionale fagdirektørmøtet ga Helse-Midt oppdraget å lede denne definisjonsjobben av hva som er en intensivplass og hva som er en intensivpasient. Det ville også være nødvendig å gjøre for å kunne rapportere på kapasiteten. Den skulle Rune Wiseth lede og da fikk vi et uenighet blant anestesisykepleiere og andre som mente de ikke var godt nok representert og da ble utredningen stoppet. Så har vi startet prosessen opp igjen i høst med bredere involvering.

Du snakker nå om Rune Wiseth som er kardiolog?

BG: Det var et poeng at vi ikke nødvendigvis ønsket en anestesilege til å lede det, men et tilgrensende fagområdet som har det som defineres som intensivplasser, men dette hjalp ikke for å gjennomføre prosessen.

Har jeg oppfattet det rett at det arbeidet som Rune Wiseth var tiltenkt nasjonalt havarerte, men dere fortsatte med det regionalt og kom i mål?

BG: Ja, det stemmer at vi tok prosessen videre regionalt. I de andre regionene har man gjort noe tilsvarende.

Nå er pressen trigget igjen med oppdraget som kom fra HOD i januar 2021.

BG: Ja, Helse Sør-Øst har fått oppdrag om å samle de jobbene som er gjort regionalt.

Når regner dere med at det blir ferdigstilt?

BG: Jeg vet ikke, fordi jeg har ikke vært med i de siste møtene rundt det. I det siste møtet jeg var i så skulle det gjøres 1. høsten og første månedene neste år, men jeg vet ikke hva det faktisk ble til og om det fortsatt er sånn.

Vet du om HOD har blitt holdt orientert i prosessen rundt det arbeidet eller er det slik at man avventer til endelig rapportering med å kontakte HOD igjen?

BG: Det har vært dialog med departementet rundt denne prosessen.

Hvis vi skal spisse oss litt mer inn på total sengekapasitet, total behandlingskapasitet i forhold til intensivsengekapasitet og intensivbehandlingskapasitet. Kan dere reflektere mer rundt det mtp. hvilke lærdommer dere sitter igjen etter snart 2 år med pandemi omkring fleksibilitet i bemanning? Intensivsykepleiere er høyt spesialisert kompetanse, hvordan skal man klare å vedlikeholde det med f.eks. 20 år mellomrom mellom pandemier?

SS. Jeg tror vi i denne typen pandemier alltid er nødt til å tenke alternative løsninger. Slik som vi gjorde initialt, da vi hentet inn og lagde kurs for sykepleiere som kunne bli assistenter for intensivsykepleiere. Vi må ha fleksibilitet. Vi kan ikke ha en intensivkapasitet som kan ta en pandemi topp. Det dreier seg om prioritering og prioritering er noe som vi gjør hele tiden. Jo mer vi prioriterer til intensivmedisin, jo mer tar vi fra andre pasientgrupper. Vi er nødt til å se helheten. Det vi har lært av dette er at vi har et stort kunnskapsbehov om hvordan ulike ting henger sammen. Jeg tror vi etterhvert var forberedt på en pandemitopp, men ikke en topp over tid. Vedvarende pandemi påvirker også psykisk helse, henvisninger til BUP og store operasjoner. Initialt gikk også antall hjerteinfarkt ned. Vi har også sett at vi under pandemien har hatt mindre av andre infeksjonssykdommer. Nå som det kommer RS-virus, influensa o.l. så er ikke regnskapet lenger bare pandemien. Kommunene har problemer med å hente tilbake pasienter som er ferdig behandling. Vi mangler styringssystemet for å hele tiden følge den totale situasjonen, ikke bare pandemien, men også hvordan det påvirker andre sykdomsgrupper og andre sider av medisinen som f.eks. psykisk helse. Vi må kunne gjøre vurderingen hvor vi gjør prioriteringer på et aggregert nivå og ikke bare ser på hvor stor andel av populasjon som har covid-19. Det er et stort kunnskapshull som vi har.

Jeg har fått med meg fra andre sammenhenger at St.Olavs Hospital i særdeleshett har jobbet en del med scenarioutvikling mtp. bevertning og samspill med kommunehelsetjenesten. Kjenner dere til det?

SS: Det er i samarbeid med regional gruppe som driver med analyse. Man har arbeidet med den type scenario-tankegang. St.Olav har et regionalt kompetansesenter som har mye analysekapasitet. Miljøet rundt der har vært involvert. Det er fellesskapet som skjer i regionen, men det er ikke tvil om at St. Olav har sittet i førersetet for det analysearbeidet.

Hvordan har det analysearbeidet og nytten av det vært opp mot risikoanalysene som har kommet fra FHI?

SS: Det har vært tatt ned på lokalt nivå. Det har vært fagmiljøer ved NTNU, særlig initielt ble det satt ned en gruppe der med de flinkeste folkene som gjorde sine egne prognastiske tall. Jeg tror nok at innledningsvis så var det ikke lett å få ut data fra FHI og få til en god samhandling mellom ulike kompetansemiljøer. Jeg tror at noe av det som pandemien har lært oss er at vi er nødt til å få til å større samhandling mellom de ulike kompetansemiljøene. Det finnes mye kompetanse utenom FHI og Hdir og jeg tenker at initielt så var man litt mer beskyttende for sine data. Er det noe vi har lært at vi trenger under en pandemihåndtering, så er det nasjonale lag som samarbeider.

BG: Vi har frem til nylig vært mer skånet enn de andre regionene, vi har hatt mest normal aktivitet på tross av korona. Det vi har sett i det siste er et større frafall på personell. Vi har hatt

sykefravær på 12 % de siste ukene samtidig som belastningen har vært rekordstor. Bortfallet er dels koronarelatert fordi folk sitter i karantene, men fremfor alt er det konsekvenser av nedstengingen som har ført til en oppblussing av infeksjoner og sykdommer som gjør at en stor andel av staben er borte, samtidig som man får en ny bølge.

SS: Fraværet av sykepleiere i det siste har vært på 20 % pga. sykdom og syke barn osv. Det store tallet på fravær av ansatte skyldes nok at man har åpnet samfunnet og andre infeksjonssykdommer. Man hadde nok ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag til å predikere det.

BG: Jeg vil si noe om intensivkapasiteten på lengre sikt. Jeg har i mange år jobbet for å få et godt samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og sykehusene mtp. å ha en match mellom det som Kunnskapsdepartementet gir i oppdrag om antall sykepleiere og intensivsykepleiere det skal utdannes ved universitetet, men man ikke har funnet praksisplasser til dem ved sykehusene. Så det har ikke vært noen god koordinering mellom universitets- og høyskolesektoren på den ene siden og helseforetakene på den andre siden. Jeg mener man helt opp på departementsnivå må gjøre en jobb for å koordinere dette.

Stig nevnte at man hadde hatt kursing og jeg forstår det som at den kursingen er utviklet i fellesskap mellom de ulike RHF-ene. Er det noe som dere har kjennskap til?

SS: Det ble gjort i fellesskap, men det var Helse-Vest som satt i førersetet. Fagfolk fra andre regioner var også involvert, men Helse-Vest tok ansvar for det kurset initialt.

Er det noe å lære av at de regionale helseforetakene tar ansvar for hver sine deler av oppfølging jf. Helse Sør-Øst sitt ansvar for innkjøp av utstyr osv. Har dere noen refleksjoner rundt det?

SS: De fire regionene jobber ekstremt tett sammen. Da Terje Rootwelt startet som direktør i Helse Sør-Øst så var noe av det han var mest overrasket over den enormt tette kontakten mellom de fire regionene. For det hadde han ikke sett sittende på nivået under. Fagdirektørene snakker veldig mye sammen. Vi er gode på å fordele oppgaver oss i mellom. Jeg tenker at det er noe vi har gjort og som vi kommer til å gjøre i fortsettelsen.

Dere i Helse Midt-Norge har rimelig oppdatert bygningsmasse i Trondheim. Hvordan har den fungert? Er det noe å lære av det mtp. nye sykehusbygg som skal bygges?

SS: Vi har et fantastisk flott universitetssykehus med enerom bygd rundt sengetun. I en pandemisituasjon er det mulig at sengetun ikke gir den fleksibiliteten med bruk av personell som er optimalt. Så jeg tror at i en pandemisituasjon så skulle man hatt større fleksibilitet i hvordan

man utnytter areal for maks utnyttelse av personell. På den annen side er det fordeler ved at alle har enerom. Det gir en del kvaliteter som er viktig som infeksjonsreducerende tiltak.

I mars - april ble dere utfordret til å skalere opp intensivkapasiteten i samsvar med et verstefallsscenario som FHI skisserte. Hvordan vurderte dere realismen i det oppskalerte regimet?

SS: Vi gjorde en analyse hvor vi mente at vi kunne skalere opp det FHI ga som tall. Da måtte St.Olav skalere opp mer enn sin befolkningsandel fordi Helse Nord-Trøndelag hadde noe mindre skaleringskapasitet. Vi la planer også bygningsmessig. Vi har som sagt vært heldige som har hatt mindre konsekvenser på driften enn andre regioner. Frem til første november i år gikk St.Olav sin produksjon over det som var planlagt. Det var god produksjon, og det ble jobbet for å få ned ventetiden siden vi skal få et nytt journalsystem neste år. Så det gikk bra i Helse Midt-Norge frem til den siste bølgen.

De utfordringene andre har hatt med å ta igjen tapt ventetid, det har ikke dere hatt samme utfordringer med?

SS: Vi har hatt mindre utfordringer med å ta igjen tapt ventetid. Vi har ligget best an i å ta igjen tapt ventetid helt frem til 01.11.2021. Frem til det så var vi den regionen som har klart å ta unna den vanlige pasientmengden.

Du nevnte at dere har vært oppe i 20 % sykefravær blant sykepleiere på grunn av egen sykdom, barnesykdom osv. Hvordan var det i første, andre og tredje fase av pandemien? Var det samme belastning i perioder da?

SS: Nei, den belastningen vi ser nå har ikke vi hatt før.

Hvis man ser på finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten med basis i innsatsstyrt finansiering, er det noe der som har vært hem sko eller som har vært til lette for dere på regionalt nivå i styringen?

SS: Vi har fått ekstra bevilgninger som har sikret finansieringen. Så vi har håndtert pandemien innenfor den finansieringen, og finansiering har ikke vært noen utfordring slik vi ser det. Vi vet jo at det vi må jobbe med er å øke intensivkapasiteten og det er ikke en "quick fix". Vi skal ikke klage over finansieringen som har vært under pandemien.

Vi har hørt at folk har nevnt at innsatsstyrt finansiering er en sperre for utvikling av intensivsenger fordi en overvurderer produksjonsvolum og undervurderer eventuelle bivirkninger som viser seg på intensiv. Hva er ditt perspektiv på det?

SS: Vi får finansiering på RHF-nivå. Hvordan vi bruker pengene er helt opp til oss selv. Jeg tenker at dette er den samme diskusjonen jeg opplevde på universitet -og høyskolesektor med publikasjonspoeng og hvor man helt ned på avdelingsnivå var veldig opptatt av noe som var finansiering på institusjonsnivå. Jeg tenker at vi ikke kan bruke det som en unnskyldning. Det er opp til oss selv å bruke de pengene på de prioriteringene som vi setter oss.

Hvis du skal oppsummere, hva har fungert hos dere under pandemien og hva har vært utfordrende i de første tre bølgene?

SS: Jeg skulle veldig gjerne hatt mer kunnskap. Vi manglet en del verktøy for å håndtere det som kom. For eksempel den økningen vi så i henvisning til BUP og voksenpsykiatrien. Det er kunnskapshull rundt totaliteten. Vi forsker mye på covid-19 og på covid-19 sin innvirkning på enkelte sykdomsgrupper. Men jeg skulle hatt mer fokus på å se på totaliteten.

Det som har fungert godt er at det er enorm innsatsvilje hos ansatte. Helsetjenesten består av folk som er vant til å «stunte» og få gjort ting. I utdanningssektoren så vet jeg at vi rekrutterer flinke folk i helsetjenesten. Flinker folk er flinke til å finne løsninger. Jeg tenker vi er en privilegert sektor når det gjelder ansatte og de har vist at i en pandemisituasjon så finner de løsninger.

Man startet med å springe et 1500-meterløp som viste seg å være et halvmaraton og som nå viser seg å være nesten et ultramaraton. Hvordan preger det folkene?

SS: Jeg tror det er en slitasje på samfunnet som helhet. Vi er alle lei. Samtidig er det mange folk som har jobbet utrolig mye. Derfor tror jeg den siste bølgen blir ekstra vanskelig fordi folk begynte å se en fremtid hvor det skulle bli roligere og så får man det rett i ansiktet igjen at det kommer nye innstramminger. Det er som du sier, vi er langt ut i et ultramaraton. Jeg tenker også at vi må begynne å snakke om at dette kommer til å bli helsetjenesten i fremtiden. Jeg tror at det å leve med pandemier kommer til å bli en hverdag og derfor må vi bygge helsetjenester som håndterer en hverdag som den vi ser nå.

Kan du som administrerende direktør komme med noen betraktninger rundt hvorvidt dere har klart å drive forsvarlig iht. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og bestemmelsene om forsvarlig arbeidsmiljø iht. arbeidsmiljøloven.

SS: Pasientbehandlingen har vært forsvarlig og god. Vi har vært privilegerte som i lang tid ikke hadde det samme trykket som andre regioner og land hadde. Det er viktig å håndtere de ansatte sin fysiske og psykiske helse i slik situasjon. Jeg tenker vi heller må se på hva vi kan lære om hvordan vi kan gjøre det neste gang. Vi vil kunne komme i en lignende situasjon igjen, og alle i helsetjenesten må være forberedt på at et slikt press kan skje igjen. Spørsmålet er om vi har

utnyttet ressursene rett. Vi kunne nok gjort en del tiltak, men det går tilbake til da pandemien kom. Den første våren var det mange avdelinger som hadde mindre aktivitet, samtidig som andre opplevde et større press. Vi må utnytte de felles humane ressursene som vi har til disposisjon for å kunne ivareta helsepersonellens helse.

Jeg ønsker at du skal reflektere rundt to ting. Er det noe du kunne ønske at du hadde gjort før nyttårsaften 2019 og er det noen du kunne ønske at du hadde gjort mellom nyttårsaften og mars 2020?

SS: Det må jeg reflektere over. Det er helt klart at alltid når det oppstår en situasjon så skulle du ha tenkt krisehåndtering og worst case -scenario på et tidligere tidspunkt. Særlig da vi fikk rapportene fra Kina så begynte vi å opparbeide, tenke og snakke om smittevernutstyr og slikt, men vi satt oss ikke ned og fikk en god krisehåndteringsstrategi. Hadde vi gjort det så hadde vi nok kunnet bøte på en del ting som vi istedenfor måtte jobbe ganske knallhardt for å sikre.

Når du snakker om helt tilbake til 2019 så er det klart at vi visste at det ville komme en ny pandemi, og vi satt egentlig og ventet på det ut i fra tidligere erfaringer. Vi burde hatt den på agendaen på våre møter, og snakket om hvordan vi skulle møte en ny pandemi. Vi er gode på å ta ting når det skjer, men vi kunne vært bedre forberedt.

Rune: takk for kloke betraktninger. Kommisjonen er utfordret på å mene noe om intensivkapasitet. Hva tenker du om at ressursene styres inn mot intensivkapasitet opp mot veldig mange andre behov i helsevesenet. Vi har et ansvar for at vi ikke tydelige på det hvis det er andre områder som halter litt. Du nevnte dette med å se ting i et mer helhetlig perspektiv. Har du noen formeninger om dette?

SS: Mitt budskap er at vi må se på intensivmedisin og intensivkapasitet, men jeg har fryktet at koronakommisjonen del 2 ble diskusjon bare om intensivkapasitet. For meg er ikke det hele bildet av pandemihåndteringen. Pandemihåndteringen er mye mer enn intensivkapasitet. Jeg opplever medisin slik at «blålysmedisin» alltid vil få mer oppmerksomhet enn psykisk helse og rus. I en pandemi er psykisk helse og rus også hardt rammet. Min refleksjon er at jeg håper kommisjonsrapporten ikke kun tenker på intensiv. Basert på spørsmålene oppfatter jeg det som at dere ser mye bredere på det.

Rune: ja, akkurat nå snakker alle på intensiv, men om 6 måneder kan det være psykiatri og den nedsiden av pandemien som kommer i fokus. Det er viktig å ha blikket litt opp og frem.

SS: Det er viktig, og som vi har fått til i Midt-Norge, å se intensiv i sammenheng med andre intensivtunge fag slik som hjerte, nevrokirurgi og overvåkningsenheter. Tidligere i min yrkeskarriere jobbet jeg på en slagenhet. Da hadde man kampen mellom indremedisinen og

nevrologen om hvem som skulle behandle slag. Sannheten er at man alltid må jobbe i team og bruke ulik kompetansen inn mot en pasientgruppe. Det tenker jeg om intensiv også, vi må se på det som mer enn kun anestesi.

Er det noe mer som dere ønsker å si eller legge til?

SS: nei, jeg føler ikke det.

BG: nei, jeg synes det har vært godt sammenfattet det som er blitt sagt.

SS: vi er glade for at vi får uttrykke oss og for at dere tenker bredt. I helsetjenesten er det alltid snakk om prioritering av ulike pasientgrupper og hvis vi glemmer perspektivet så taper vi noe av helsetjenesten.

Stortinget har gitt oss oppdrag om å si noe om intensivkapasitet så vi må nok si noe om det, men vi må forsøke å sette det inn i en kontekst.

SS: Dere må selvfølgelig si mye om intensivkapasitet, men det er kontekst som man må ha med. Jeg anbefaler å lese utredningen fra Pål Klepstad og Rune Wiseth. Klepstad er en glimrende intensivmedisiner og Wiseth er en godt anerkjent kardiolog som har jobbet bredt med å få til konsensusløsninger også ellers.

Digital gjennomgang 31.01.2022. Referat godkjent av Stig Slørdahl og Bjørn Gustafsson

Oslo, 31.01.2022. Linda Aamodt