



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT –HENRIK SANDBU

Intervju av:	Henrik Sandbu, konstituert fagdirektør Helse-Midt.
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	24.11.2021 kl. 14.00 – 15.30
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Rune Jakobsen, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Ingen
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	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

Rune Jakobsen ønsker velkommen og presenterer deltakere til stede.

Marianne Aasland Kortner presenterer de praktiske og rettslige rammene for intervjuet:

- Det er satt av 1,5 time til intervjuet.
- Det tas lydopptak av samtalen og skrives referat fra samtalene. 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.

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

Jeg har ingen spørsmål.

Rune Jackobsen presenterer overordnet om 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 Midts rolle og situasjonen for sykehusene i regionen da sykehusene måtte oppskalerte intensivkapasitet våren 2020
3. Helse Midts rolle og situasjonen for sykehusene i regionen da sykehusene skulle tilbake til normal drift mellom og etter smittebølgene
4. Helse Midts rolle og situasjonen for sykehusene i regionen gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen
5. Helse Midts samarbeid med sykehusene i regionen, med de andre regionale helseforetakene og med Helse- og omsorgsdepartementet gjennom pandemien
6. Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner om kapasitet, konsekvenser og læring

FORKLARING

Innledning

Kan du redegjøre kort for din stilling i Helse Midt-Norge?

Jeg er konstituert fagdirektør i Helse Midt-Norge nå. Jeg var fagdirektør tidligere, under hele koronahåndteringen i 2020. Jeg startet i Helse Midt-Norge i 2008 som konstituert fagdirektør. Så har jeg vært konstituert til og fra, før jeg fikk fast stilling i 2017/18. Fra 2008 og frem til nå vært de facto fagdirektør. Jeg var fagdirektør frem til jul i fjor.

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 bakgrunnen for dette arbeidet?

Arbeidet med den regionale intensivutredningen var under min periode og et arbeid som var ønsket fra nasjonalt intensivmiljø. Vi formaliserte det gjennom oppdrag de ga til våre fagmiljøer, med en arbeidsgruppe som skulle se på det.

Rapporten fra arbeidsgruppen ble overlevert i desember 2019. Vi fikk den til styringsgruppen for å bearbeide. Prosessen og innretningen på rapporten møtte mye kritikk fra tilliggende fagområder. De mente det var en smalt sammensatt gruppe og at intensivfeltet er mye bereder enn det. Sammensetning av ble derfor gruppen kritisert, sammen med manglende involvering av tilliggende fagområder. På grunn av denne kritikken så realitetsbehandlet vi ikke rapporten. Vi opplevde ikke legitimiteten som god nok. Intensivutredningen er aldri lagt frem som en fullført rapport.

I mandatet til arbeidsgruppen fremgikk det at fagdirektørene vurderte at utfordringene på intensivområdet var blitt «så omfattende at det om kort tid ikke vil være håndterbart med nåværende tilnærminger og rammer» Kan du utdype dette?

Jeg husker ikke dette helt, det må jeg kanskje lese meg opp på. Intensivområdet har vært et utsatt område når det gjelder kapasitet, infrastruktur og kompetanse. Det var derfor et behov for å se på hvilken måte en kunne organisere og styrke området. Vi hadde en utredning etter svineinfluensa i 2009, som gikk gjennom det samme. Budskapet har vært det samme over år, at det er et område der man burde skaffe seg nasjonal oversikt og samordning av terminologi og innretning. Det ligger bak dette oppdraget.

Kommisjonen er kjent med innholdet i rapporten. Hva tenker du er det mest sentrale i rapporten?

Det viktigste budskap i arbeidet er at det er en underdimensjonering av intensivplasser. Den ekstreme kompetanse- og infrastrukturkrevende delen av medisin som intensiv er, er etter rapporten syn underdimensjonert. Man har heller ikke tatt tak i kompetanseutvikling basert på rapporten.

Videre er kommisjonen kjent med at rapporten skapte uenigheter i fagmiljøene. Er du kjent med denne uenigheten? Kan du beskrive kort hva denne uenigheten går ut på?

Det går på at andre fagområder som driver betydelig intensivmedisin ikke var involvert i arbeidet og var ikke tilgodesett i noen av konklusjonene. Rapporten kan leses på den måten. På St. Olavs hos oss, så har vi for eksempel en kardiologisk overvåking der andre grupper enn intensiv driver avdelingen. Det var en stor faggruppe som ikke var involvert i arbeidet nasjonalt. Det andre området er nevro-intensiv, som er en egen identitet på St. Olavs og andre sykehus. Det var flere andre intensivområder som ikke var godt nok inkludert i rapporten.

Hva skjedde med rapporten videre og hvordan ble den fulgt opp? Av fagdirektørene i RHFene? Av Helse- og omsorgsdepartementet?

Rapporten ble stanset og ikke videre fremsendt. Det var fagdirektørene som bestilte den, den skulle ikke til HOD. Det var en interregional rapport til oss i RHFene. Den skulle sluttbehandles hos oss.

Har du kjennskap til det arbeidet som er iverksatt etter dette for å forsøke å kartlegge kapasiteten? Har du noen refleksjoner rundt hvorfor man fortsatt ikke har greid å enes om definisjonen av en intensivplass og få utredet behovet?

Det kan jeg ikke svare på, da havner jeg langt inne i et semantisk minefelt. Fagfeltet kjenner jeg ikke godt nok til å begi meg inn på dette. Jeg tror noe av bakgrunnen til at man ikke har greid å enes som en definisjon ligger i det nevnte, at det er tilgrensende fagområder som mener de eier en betydelig del av området.

Det kan nok også være en diskusjon om omsorgsnivå, altså hvor omfattende teknologi og kompetanse til pasienter det skal være. Intensivmedisin er den spisseste delen av økende observasjon og overtakelse av pasientens kroppsfunksjoner. Jo mer tverrfaglighet og kompetanse for å holde pasienter i live, jo mer intensivfelt er det.

Handler det om uenigheten rundt om noen er intensivpasienter og intermediære pasienter?

Ja. Det er nok uenighet om når man anser det å være intensivbehandling. Norsk intensivregister har internasjonale definisjoner av hva en intensivpasient er. I registeret ligger det definisjoner for hva en intensivpasient er. Det er et sted for å begynne den typen samtale.

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

Vi ønsker å høre om Helse Midts rolle og situasjonen på sykehusene i regionen da pandemien brøt ut i mars 2020 og sykehusene måtte oppskalere intensivkapasiteten.

Vi sendte en redegjørelse til departement i juni, som jeg regner med at kommisjonen har fått. Vi fikk i oppdrag fra HOD om å lage planer om oppskalering av intensiv- og sengekapasitet. Den planen leverte vi. I januar 2020 gikk vi sakte inn i beredskapssituasjon. Vi fulgte med på utviklingen før det ble erklært som global krise. Vi satt krisestab i RHFet og vi etablerte en koordineringsgruppe som samlet informasjon fra underliggende HF-er, HDIR og HOD.

Vi måtte, i tråd med oppdraget, sette sykehusene i stand til å møte scenarioet vi da ble møtt med fra FHI og HOD. Det førte vi videre i oppdrag til helseforetakene hvor vi hadde en koordinerende rolle. Håkon Gammelsæter var kontaktpunkt for den koordineringen. Vi fikk tilbake planer fra helseforetakene om hvordan de tenkte løse situasjonen. Sykehuset som var nærmest til å klare det var St.Olavs. De hadde en bygningsmasse som egnet seg mer for fleksibel utnyttelse av rommene uten ombygging. Der kunne vi utvide intensivkapasitet ved å ta i bruk andre enheter. Vi brakte inn utstyret og omdisponerte personell. Vi satt i gang betydelig opplæringsarbeid med å lage undervisningsmateriell for sykepleiere slik at vi kunne omdisponere personell for å kunne håndtere intensivfeltet. HR avdeling ledet det arbeidet.

Helse Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag hadde en tyngre prosess. De måtte ombygge mye, og Nord-Trøndelag var tydelig på at de selv med ombygging ikke ville klare å håndtere sin del av det oppdraget Helse Midt-Norge fikk. St Olavs overkompenserte for dette.

Vår vurdering er at vi la gode planer for at den utbyggingen og oppskaleringen de skulle gjøre, som kunne gjennomføres. Når jeg har sett på det i ettertid er jeg usikker på om samfunnet kunne båret den belastningen som ble spådd som verstefall i scenarioet. Planen om å la sykehusene bære den byrden oppskaleringsplanen la opp til, den hadde nok ikke vært gjennomførbar. Nedstengning av samfunnet var en riktig vurdering slik sett.

Hvordan var informasjonen fra og samarbeidet opp mot Helse- og omsorgsdepartementet i denne fasen?

Vi har gitt tilbakemelding til den første koronakommisjonen om dette. Slik jeg husker det var kommunikasjonen med HOD var god mot alle instanser, men vi opplevde det som vanskelig at det var uryddighet i linjene mellom HOD, HDIR og RHFene. Vi visste ikke alltid hvem vi skulle rapportere til og ta instruks fra. Det ble opplevd som frustrerende og vanskelig i perioder.

Hvilket planverk hadde dere for en pandemi? Hvordan ble eksisterende planverk benyttet? Hvilke nye planverk og prosedyrer ble eventuelt utarbeidet der og da? Var det samarbeid mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene ved utarbeidelse av planverk under pandemien?

Vi hadde planer, men ikke gode og oppdaterte nok. Da pandemien kom var vi allerede i arbeid med å oppdatere hele det sentrale planverket, men ikke i mål. Da pandemien kom måtte vi kaste oss rundt og endre alt. Man må tenke gjennom hvor gode slike planer er. Pandemi er en spesiell situasjon. Innenfor akuttmedisin har vi planer for masseskader, det er håndterbare ting. Det er en situasjon vi er drillet på, hvor det er enkelt med oppskaleringsplaner. En pandemi er en helt annen type situasjon som ikke er en ensaks-hendelse. En pandemi treffer overalt samtidig, inkludert eget personell. Det at man på en fornuftig måte skal lage konkrete og operasjonelle planer for slikt scenario, det er umulig. Man kommer inn på områder man aldri har tenkt på for hånd.

Hvilken rolle og oppgaver hadde Helse Midt overfor sykehusene i regionen i denne første fasen av pandemien? Ble det gitt føringer til sykehusene om oppskaleringen?

HOD ga ordenen om føringer for sykehusenes oppskalering, Helse-Midt Norge var budbringere for dette til sykehusene. Sykehusene gjorde dette godt. De er vant til å arbeide operativt i den type situasjon. Vi koordinerte, kontaktet Sykehusbygg og hørte om de kunne være behjelpelig med kompetanse for å se på mulige endringer av bygningsmasse.

Hvordan var personellsituasjonen på sykehusene?

Personellsituasjonen var den mest krevende situasjonen, også for intensiv. Helse Nord hadde knapphet på personell innenfor høyspesialiserte områder. Det var avhengige av utenlandsk personell for driften. Det var en akilleshæl da nedstengning av grensen kom. Vi har jobbet for å få nødvendig personell inn.

Fikk sykehusene tilført personellressurser fra andre sykehus eller avga personellressurser til andre sykehus? Hvilken rolle hadde Helse Midt i tilfelle i dette?

Helse Midt-Norge hadde en formidlende rolle i det. Det var HR hos oss som hånderte dette. Det er mulig vi avga personell til Nord-Norge, men det husker jeg ikke sikkert.

Hvordan var situasjonen med tanke på smittevernsutstyr, legemidler og medisinteknisk utstyr? Hva ble gjort av Helse Midt for å få tak i utstyr/legemidler?

Vi tok del i den nasjonale innkjøpsordningen. Det var noe av det der RHFet tok en stor rolle og gjorde en god jobb gjennom vår logistikk og innkjøpsseksjon. De koordinerte lagrene etc. Den forsyningslinjen fungerte godt. Det fikk vi tilbakemelding om.

Hvordan var arbeidsforholdene for personell på sykehusene som behandlet covid-19-pasientene?

I den første fasen fokuserte vi mye på opplæring av personell som kunne bistå intensivsykepleierne og at sykehuset måtte rigge seg for ikke å få smitte inn. Vi måtte gjøre en omstrukturering hvor vi tok ned aktiviteten i betydelig grad på enkelte områder og vi måtte etablere smittevernrutiner.

Helse Midt-Norge har nesten ikke vært truffet av pandemien før nå. I fjor nesten ble nesten ingen innlagte på sykehusene med Covid-19. Det var en veldig aktivitet for å reorganisere seg og beskytte seg mot smitte. Da det var gjort gikk man tilbake til normal aktivitet, nesten før sommeren 2020. Etter sommeren var vi tilbake til samme aktivitet som i 2019. Man kan se på ventelistetall og fristbrudd. Der er vi tilbake der vi var i 2019 og vi hadde normaldrift fra høsten 2020 helt frem til en ny krevende situasjon nå.

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

Det tok lang tid før vi etablerte en kriseledelse. Det kunne vi vært raskere ute med. Etter kriseledelsen var etablert, samt koordineringsgruppen, så mener jeg vi var på plass med regelmessige møter med ledelsen på underliggende sykehus, HOD, FHI og HDIR.

Oppbygging av kapasiteten på sykehusene fungerte bra. Det har også fungert bra med forsyningssituasjon av smittevernutstyr. Det ble håndtert godt i region og nasjonalt. Det tredje vi måtte gjøre en jobb på, var med laboratoriekapasitet. Spesialisthelsetjenesten ble gode på storskala-testing, Det er et området jeg mener spesialisthelsetjenesten gjorde godt.

Tema 3: Helse Midts rolle og situasjonen på sykehusene i regionen da sykehusene skulle tilbake til normal drift mellom smittebølgene

I midten av april 2020 fikk helseforetakene sentrale føringer om mer normal drift. Parallelt med dette skulle det fortsatt planlegges og forberedes for et høyt antall intensivpasienter. Hvordan var informasjonen fra og samarbeidet opp mot Helse- og omsorgsdepartementet i denne fasen? Hvilken rolle spilte dere mot sykehusene?

I april/mai så alle det samme bildet, at situasjonen roet seg, men visste ikke hva som ville komme. Det skjønte de og det håndterte sykehusene. De har alle skaleringsplaner fortsatt. Herunder planer om utvidelse av sengeområder, nedskalering av annen virksomhet og med å hente inn personell som hadde andre oppgaver. De planene er høyst levende, og det er de som vi iverksetter nå. De har ligget der hele tiden. Den delen som har hatt mest belastning gjennom pandemien er laboratoriet. De har måttet ha høy testkapasitet under hele pandemien.

Er det riktig oppfattet at for sykehusene var det enkelt å gå tilbake til normaldrift, og de har tatt igjen etterslepet?

Ja, Helse Midt-Norge har ikke noe etterslep i det hele tatt. Det har de ikke hatt etter november 2020. De som ble utsatt er håndtert. Ventetid og kapasiteten var tilbake på 2019-nivå.

Hva fungerte og hva var utfordrende i regionen med denne tilbakeføringen til normal drift?

Det var ikke noe problem å gå tilbake til normaldrift. Forutsetning for å gå tilbake til normaldrift var å beholde beredskap, ha en brannmur mot smittevern og ha smittekontroll. Det var grunnen til at vi kunne gå tilbake til normaldrift. Det har likevel vært krevende for personellet på sykehusene, men det bør dere høre med sykehusene om.

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

Vi ønsker også å høre om Helse Midts rolle og situasjonen på sykehusene i regionen gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen. (Den andre smittebølgen er rundt høsten 2020, den tredje vinteren/våren 2021 og den fjerde høsten 2021.)

Generelt har presset vært mindre hos oss gjennom den andre og tredje bølgen. Vi har sluppet mye frem til nå. Det har vært et fåtall intensivpasienter med Covid-19 på våre sykehus, inntil for en uke siden.

Den fjerde bølgen har jo truffet dere nå. Kan du forklare litt om situasjonen dere står i og kommunikasjon med HOD?

St.Olavs har etablert god beredskap. Vi etablerte grønn beredskap for en uke siden. Helse Møre og Romsdal har hvit beredskap.

Hva er Helse Midt sin rolle mot sykehusene nå under den fjerde smittebølgen?

Vi har et “følge med” ansvar. Vi må vite hvordan tilstanden er og kan målbære synspunkter mot nasjonale myndigheter gjennom HOD.

Sykehusene følger nasjonale føringer?

Ja, det er et poeng at det ikke skal være egne føringer på sykehusene. De er på ulike steder, St.Olavs har det nå for eksempel mer krevend enn de andre. Styringssystemet for RHFER også sånn at vi har litt begrenset mulighet for harde styringssignaler under bordet. Da må vi ha foretaksmøte. Det er en tungvint styringskultur, etter min vurdering.

Har dere planer for oppskalering og omdisponering av personell?

Ja, vi har planer for oppskalering og omdisponering av personell. Planene som ble lagt i starten av pandemien er høyst levende og dette følges nå av St.Olavs. De har omdisponert intensivavdelingen. De har også omdisponert i medisinsk sengepost, hvor de fleste covid-pasienter ligger. De har frigjort kapasitet til andre deler av sykehuset. De iverksetter rett og slett omdisponeringsplanene de har hatt på bordet siden 2020.

Så for lokaler, utstyr og personell har dere langt igjen før dere møter taket?

Per nå er dette greit, det er langt til taket sammenlignet med skalerinsplanene. Situasjonen er likevel en annen enn bare pandemi. Det som har truffet sykehusene nå, det er tre ting samtidig. Det ene er særlig på St. Olavs at de har hatt problemer med å skrive ut pasienter til kommunehelsetjenesten. Det er fordi kommunehelsetjenesten har de samme utfordringene med personell. Det er derfor for mange pasienter i sykehuset. Det gir ringvirkninger andre steder på sykehuset. Det andre problemet er covid-pandmien med 20 pasienter inneliggende på sykehus. Vi er mer truffet av den siste bølgen nå. Det tredje er at det er mye generell luftveisinfeksjon i befolkning. Det treffer barneavdelingen på sykehusene og ikke minst ansatte på sykehusene.

Hva tenker du fungerte i regionen gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen? Og hva var utfordrende?

Alt har fungert, men det er utfordrende. Personellsituasjonen er det mest krevende. De omdisponeringer som gjøres, er delvis fordi man mangler plass, men først og fremst på grunn av anstrengt personellsituasjon.

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

Slik vi har forstått det ble Intensivnettverk opprettet i mars 2020. Hva var Helse Midts rolle her? Hvordan fungerte dette nettverket?

Vi har et fagledernetverk for anestesi og intensiv. Det er et nettverk som har fungert over lang tid. De utveksler fagprosedyrer og har et operativt samarbeid fortløpende, for kapasitet kan i perioder være stresset, slik har det vært i alle år. Man må kunne flytte pasienter mellom sykehusenes avdelinger.

Hvordan var og hvordan fungerte samarbeidet mellom Helse Midt, sykehusene og de andre regionale helseforetakenevært gjennom pandemien?

Samarbeidet mellom Helse-Midt og sykehusene gjennom pandemien var utmerket. Vi er en liten og nokså tett region med tre underliggende HF. Vi har en god personkjemi. Vi har en regional fagdirektørgruppe som møtes ukentlig. Jeg treffer dem derfor ofte og har tett samarbeid. Det samme har administrerende direktør med underliggende HF-ers administrerende direktør. På fagdirektørnivå har vi stort behov for å dele erfaringer og arbeide med konkrete saker. Det har vært stor hjelp i å holde hverandre løpende orientert.

Hvordan var og hvordan fungerte samarbeidet mellom Helse Midt og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom pandemien?

Samarbeidet med HOD går gjennom administrerende direktør. Møtefrekvensen er variabel, kanskje to til tre uker i den mest hektiske perioden. De ga beskjeder nedover i systemet. Nå er møtene en gang i uka.

Tema 6: Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner

Har du noen tanker om sykehusene i regionen sin totale sengekapasitet og intensivkapasitet både i en normal situasjon og under en pandemi?

Det er et vanskelig spørsmål. Vi har fått oppdrag fra HOD om å utrede spørsmålet. Jeg har lang fartstid fra sykehusene. Jeg var tidligere klinikkjef ved St. Olavs. Intensivkapasitet har lenge vært en flaskehals. I Midt-Norge har vi over årene hatt en befolkningsøkning på noen hundretusen. Vi har ikke økt senge- og intensivkapasiteten før nå. Det er derfor ikke unaturlig at vi har en for knapp og marginal intensivkapasitet når det gjelder antall senger. Når det er sagt så er senger kanskje det minste problemet. En seng må ledsages av tilsvarende kompetanse til å ha pasienter i den senga. Der ligger vi nok lavt i internasjonal perspektiv.

Kapasiteten visste vi at var knapp allerede i 2009. Vi har ikke økt dette, men håndterer økt befolkning for det. Så vi har nok hatt en innretning som har håndtert dette. Men vi trenger nok noen flere senger og personell til å håndtere sengene. Vi har også sett at vi har for stor avhengighet av import av intensivsykepleiere. Vi må utdanne flere her. Vi har fått oppdrag fra departementet om å øremekker penger i regionen til utdanning. Da tar vi det ut av helseforetakenes egne prioriteringer.

Hvor stor fleksibilitet man har i organisasjonen bygningsmessig, kapasitetsmessig og personellmessig, det har vel så mye å si som intensivkapasitet. Det er ikke nytt at vi måtte ta ned på elektiv virksomhet, det har vi måttet tidligere og. Det er en kost-nyttevurdering av hvordan håndtere smittetoppene.

Vi må fremover se på hvor mange intensivsykepleiere som har sluttet. Det er kompetent personell vi mest av alt må sikre oss. I nye sykehus som skal bygges må vi se på hvordan vi bygger intensivavdelinger. Man kan f.eks se til St. Olavs. Vi må være frempå med hvordan bygge sykehus i fremtiden.

Bør man bruke Sykehusbygg som pådriver for fremtidige bygg?

Sykehusbygg har nå stor kompetanse på dette. Det kan være det er andre som har kompetanse der. For eksempel kan de som foresto bygging i Stavanger også ha den kompetansen. Sykehusbygg er felleseid under RHFene så det er naturlig å utfordre dem på dette.

Har du synspunkter på hvilken betydning finansieringsmodellen for helseforetakene har for intensivkapasiteten?

Jeg vil ikke skyld på finansieringsmodellen for at intensivkapasiteten er slik den er. . Intensivavdelingen generer generelt ingen inntekt. Finansieringsmodellen med en rammefinansiering og en inntektsbasert finansiering er ikke egnet ned på avdelingsnivå. Det er opp til sykehusene selv å organisere budsjettene. Intensivavdelinger er kostbare avdelinger. Det samme gjelder operasjonsavdelingene. Det å sløse med den delen av virksomheten er dårlig butikk. De er kritisk, men dyr virksomhet. Det er der de mest kritiske pasientene er, men også der det er mest sløsing hvis det står tomt. Da er vi inne på det å sikre kompetansen til de avdelingene som er kritiske. Mangler det personell lammer det kjernevirksomheten. Det å ha riktig forhold mellom infrastruktur og bemanning er viktig.

Nå under fjerde smittebølge, ser du noen alvorlige konsekvenser for sykehusene? F.eks med å ta ned elektiv virksomhet eller belastning på personellet?

Personellet er kjørt, det meldes. Vi har stort sykefravær. Det belaster avdelingen mye. Andre avdelinger har måttet ta ned virksomheten sin. Min største bekymring er slitasjen på personellet. Nedtak av elektiv virksomhet bekymrer meg mindre. Det har konsekvenser for budsjettet, men vi har blitt godt kompensert fra HOD til nå. Når det gjelder pasientperspektivet er det som tas ned av elektiv virksomhet de minst kritiske pasientene. Det gjøres en anstendig prioritering av hvem som skal nedprioriteres. Jeg er ikke bekymret for forsvarligheten i det de driver med. Noen pasienter vil få senere behandling enn det de har fått anbefalt. Ventetidene er likevel kortere enn det jeg tenker er forsvarlighetsgrensen.

Har du noen tanker rundt hvilke hensyn som må vektlegges når kapasitet, og særlig intensivkapasitet, skal planlegges og dimensjoneres? Du har allerede nevnt mye, men er det noen annet du tenker er viktig?

Jeg kommer ikke på noe mer nå. Da må jeg tenke konseptuelt, hva har vi. Personell må på plass, bygningsmasse, utstyrsparken, fleksibiliteten må på være der.

Hva med ledelse?

Ledelse er alltid viktig. Spesialisthelsetjenesten er grovt underledet. Det ser man ulike steder i systemet. Norsk spesialisthelsetjeneste har en vei å gå for god ledelse. Vi er kommet langt siden ledelsesreformen i 2002.

Jeg kan ta en historie om dette: Jeg var i Australia i 2004, på et ortopedisk sykehus. De spurte hva jeg drev med. Jeg sa jeg var blitt klinikkjef og leder. En ortoped som sa jeg da hadde gått til "the dark side". Mange mener nok det i legekollegiet. Jeg mener ledelse alltid er viktig.

Hva med planer, øvelse og trening?

Jeg er enig i det, det trenger vi å gjøre mer av. Det gjøres altfor lite.

Hva kan sykehusene og myndighetene lære av sykehusenes håndtering av pandemien?

Sykehusene er vant til å snu seg raskt og se muligheter innenfor handlingsrommet man har. Det er en agil og operativ organisasjon. Velordnet system som er vant til å håndtere kaos. De er kompetente til å ta utfordringer.

Referat godkjent av Henrik Sandbu 21.01.2022.

Oslo, 21.01.2022 Linda Aamodt