



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT – INGER CATHRINE BRYNE

Intervju av:	Inger Cathrine Bryne, administrerende direktør Helse-Vest.
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	6.12.2021 kl. 15.45 – 16.30
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Kommisjonsmedlem Rune Jakobsen
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Sekretariatsleder Ida Skirstad Pollen og sekretariatsmedlem Marianne Aasland Kortner.
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	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

Rune Jakobsen introduserer deltakerne til stede.

Ida Skirstad Pollen redegjøre for de praktiske og rettslige rammene 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.)
- Du kan 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.

Inger Cathrine Bryne hadde ingen merknader eller spørsmål til de praktiske og rettslige rammene for intervjuet.

Rune Jakobsen redegjorde overordnet om temaene som vil bli tatt opp i dette intervjuet:

1. Behovet for intensivkapasitet i årene før pandemien brøt ut
2. Den regionale intensivutredningen fra 2019 og HODs oppdrag i januar 2021 til RHF-ene om å utrede intensivkapasiteten
3. Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner om kapasitet, beredskap, konsekvenser og læring

FORKLARING

Kan du presentere deg og redegjøre kort for din stilling i Helse Vest?

Jeg er administrerende direktør i Helse Vest og har kun vært det i en pandemisituasjon. Jeg startet her i april 2020. Før det var jeg administrerende direktør i Helse Stavanger i 5 år og før det var jeg klinikkssjef for kirurgisk klinikk i Helse Stavanger i 5 år. Før det jobbet jeg ved Sørlandet sykehus. Jeg har jobbet i sykehus i hele mitt yrkesliv. Jeg har over 30 års erfaring som leder i spesialisthelsetjenesten. Jeg har hatt lederstillinger på alle nivåer som går an på sykehus, og jeg har nokså bred ledererfaring med unntak av psykisk helsevern og rus. Jeg har stort sett jobbet innenfor somatiske helsetjenester.

Jeg har et kort opphold på 90-tallet da jeg jobbet for fylkeshelsesjefen i Aust-Agder hvor jeg arbeidet med en opptrappingsplan for psykisk helsevern i Agder-fylkene. Jeg har en MBA i strategisk ledelse fra NHH og er sykepleier.

Tema 1: Behovet for intensivkapasitet i årene før pandemien brøt ut

At en pandemi ville komme, var ventet, myndighetene visste bare ikke når. Helt fra 2010, etter svineinfluensaen, har rapporter fra DSB, Riksrevisjonen, de regionale helseforetakene, Stortingsmeldinger og nasjonale beredskapsplaner også pekt på behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen. Det var særlig mangel på personellressurser og fleksible pandemiarealer som ble nevnt.

Var Helse Vest kjent med behovet for økt intensivkapasitet og manglene ved intensivberedskapen før covid-19-pandemien brøt ut?

Jeg kan ikke svare for Helse Vest RHF, fordi jeg ikke jobbet her på den tiden. Da jobbet jeg i Helse Stavanger.

Men du er kanskje kjent med det fra din forrige posisjon?

Helse Stavanger er ett av helseforetakene i Norge som har lavest intensivkapasitet i forhold til opptaksområde, om man ser på den interregionale utredningen fra 2019. Det har vært diskusjoner over flere år. I 2019 prioriterte vi å øke intensivkapasitet i Helse Stavanger fra 7 til 8 senger. Det høres stusselig ut, men det koster 10,8 millioner kroner å drifte en intensivseng pr. år. Det koster i tillegg 10 årsverk intensivsykepleiere. Det betyr at vi hadde en nokså knallhard prioritering av det i en krevende økonomisk situasjon, men vi så likevel at vi oftere enn ønsket hadde et gjennomsnitt belegg på intensivavdelingen på 7,6 senger. Det er ikke et kvalitetssikret tall, men vi så at vi hele tiden lå en halv seng eller litt mer enn en halv seng over det som var kapasiteten.

Det som benevnes som en intensivseng kan være mange forskjellige ting. Nå snakker vi om tung intensivbehandling med respirator og en sykepleier pr. pasient. I tillegg til denne kapasiteten har Helse Stavanger medisinsk intensiv overvåkning hvor det jobber intensivsykepleiere. Det er også flere observasjonsenheter, blant annet innenfor nevrokirurgi og overvåkningssenger. I tillegg kommer post-operativ kapasitet som er omfattende og stor, og som i stor grad inneholder samme kompetanse.

Grunnen til at vi økte med denne ene sengen var dette gjennomsnittstallet som hele tiden lå litt over. Vi diskuterte om vi burde gå opp 1 eller 2 senger til, og lage oss en opptrappingsplan slik at vi får noe slakk. Det var en diskusjon om hvorvidt vi heller burde starte arbeidet med å utrede intermediærkapasitet. Vi valgte i første omgang å iverksette en utredning for å se på om vi skulle styrke intermediærkapasiteten i sykehuset. Den utredningen mener jeg ble avsluttet etter at jeg sluttet i sykehuset, men etter det så har den blitt utsatt på grunn av pandemien. Jeg fikk informasjon fra AD i Helse Stavanger at de har tatt den frem igjen for å se på forholdstallene og om man kunne få balansert dette bedre.

Når det er sagt er bemannede senger en side av saken. En annen side er tilgjengelig areal og utstyr. Helse Stavanger har 14 intensivrom. Det er oppsatt utstyr på flere rom enn de 8. I perioder har man ligget på 10-14 intensivpasienter, men da har det typisk vært en topp og så går det ned igjen. Den elektive kapasiteten er trekkspillfunksjonen i sykehuset. De intensivsykepleierne som jobber på intensiv, jobber også på postoperativ. Det er ca 150 sykepleiere til sammen som roterer. Det dreier seg om arbeidsbelastning og turnus. På postoperativ trenger man mange på dagtid og ettermiddag, men ikke i helg og på kveld. Gjennom å kombinere det å jobbe på en tung intensivavdeling og postoperativ klarer man å skape arbeidsplaner som ikke er voldsomt skifttunge. HFet har alltid gått ned på elektiv kapasitet for å kunne bemannet opp intensivenheten ved behov. Det ble gjort en utredning i 2014/2015 mens jeg var klinikkssjef på kirurgisk klinikk. Da var det en anbefaling om at HFet burde øke til 12-13, men at det måtte skje trappevis på grunn av kostnadene ved å gjøre det og fordi rekruttering var krevende.

Var det noe samarbeid mellom helseforetakene om utfordringen på den tiden?

Det har alltid vært samarbeid. Vi har mange beredskapsplaner. Vi ville kunne håndtere en bussulykke i Stavanger selv om vi har 8 plasser, det er det gode planer for. Man utvider da arealet man har på intensivavdelingen, bruker operasjonsstuer, anestesiapparater og håndterer det.

Det jeg tror ingen har sett for seg, selv om jeg har jobbet med beredskap i årevis, er at vi skulle sitte i en slik situasjon vi sitter i nå uke etter uke og måned etter måned med en så usikker horisont. Det er krevende for medarbeidere og ledere. Vi har laget planer for en betydelig økning av intensivkapasitet, men trolig ikke med tilstrekkelig tidshorisont.

Jeg tror noe av det som skjer når man får en litt uheldig form for diskusjonen i enkelte leire, er at man ikke tar innover seg hva som vil skje med kvaliteten om en øker til f.eks 250 intensivsenger i Helse-Vest. Kvalitetsstandardene som man har ordinært på en norsk intensivavdeling er noe av det ypperste man har. Man kan ikke smøre det tynt utover å få samme kvalitet med 250 intensivsenger. Den delen av diskusjonen forsvinner når man snakker om dette i en beredskapssituasjon.

Det er to perspektiver. Det ene er hva vi snakker om dersom det er en voldsom belastning på sykehusene og det er hundrevis innlagte på sykehusene. Da snakker vi om et krigsscenario hvor prioriteringene og kvaliteten blir annerledes. Det andre er hva kapasiteten bør være ordinært. Det er helt umulig for Norge å bære en intensivkapasitet med 100 % kvalitet som skal håndtere en pandemi til enhver tid. Distinksjonen mellom disse perspektivene er ganske vanskelig.

Har HOD, før pandemien, fulgt opp disse problemstillingene overfor RHF-ene

Jeg klarer ikke å svare på det. HFene har ingen direkte linje dit, den går via RHF.

Tema 2: Den regionale intensivutredningen fra 2019 og HODs oppdrag i januar 2021 til RHF-ene om å utrede intensivkapasiteten

Fagdirektørene i RHF-ene nedsatte en arbeidsgruppe til å utarbeide den regionale intensivutredningen som ble ferdigstilt i desember 2019. Kjenner du til dette arbeidet og kjenner du bakgrunnen for at arbeidsgruppen ble nedsatt?

Jeg har lest rapporten. Jeg kjenner ikke til bakgrunnen for at arbeidsgruppen ble nedsatt.

Vet du om HOD på noen måte var involvert i dette?

Nei, dessverre. Det kan jeg ikke huske.

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

Jeg er kjent med innholdet i rapporten. Det fremkommer tydelig at det er stor forskjell i intensivkapasitet målt som den ypperste delen av intensivkapasitet. Det festet seg hos meg da jeg leste rapporten. Jeg syns rapporten er svak på å vurdere de ulike andre faktorene som påvirker behovet for intensivkapasitet i et sykehus, altså medisinske intensivsenger, intermediærsenger, forståelsen av hvordan små sykehus fungerer i forhold til store sykehus osv. Jeg vet det har vært mye faglige diskusjoner om rapporten i ettertid. Det har blitt reetablert et interregionalt arbeid for å fortsette på prosessen som den rapporten utløste. Det er også uenigheter mellom anestesifaget, kardiologer og indremedisinere om hvordan man skal vekte de ulike elementene av den spisse enden av den somatiske delen av tjenesten. Det skal man forsøke å få håndtert gjennom den nye arbeidet.

Kan du være mer spesifikk om hva den faglige uenigheten ut på?

Som flere deler av medisinen er det litt kamp om hvem som skal eie hvilke oppgaver, altså hvilken spesialitet og hvilken vektning man skal gi de ulike fagene. I Norge er det tradisjonelt anestesilegene som eier kirurgisk intensiv eller hovedintensiv hvor man driver respiratorbehandling. Indremedisinerne driver de medisinske intensivsengene som også tenderer til å være noninvasiv respirasjonsstøtte, alt som ikke dreier seg om at man har en trakeostomi, men likevel tung pustehjelp og multifunksjonssvikt. Videre har man ulike intermediærmodeller hvor infeksjonsmedisinere og indremedisinerne har et sterkt eierskap. I tillegg har man nevrologene som har sin egen hub gjennom enten nevrokirurgisk overvåkning eller nevrologisk overvåkning.

Da dette ble utredet i Helse Stavanger tok det lang tid for å bli enige om definisjonen av intermediærpasienten. Det var fordi man hadde ulikt syn på - og krevende kommunikasjon om - hvem som eier hvilke behandlinger i norsk medisin.

Tror du den uenigheten har fått konsekvenser for hvordan rapporten er blitt fulgt opp?

Om du legger til pandemi, så tenker jeg at du kan være inne på noe. Man har fått kraft og mot for å videreføre arbeidet.

Hva skjedde med rapporten?

Fagdirektørene har styrt den prosessen. Den ble lest og diskutert, men den er ikke formelt behandlet utover at man har sagt at man må se nærmere på en del av elementene før man kan konkludere.

I januar 2021 ga HOD i oppdrag til RHF-ene å utrede intensivkapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Kjenner du var bakgrunnen for dette oppdraget? Hadde dere noen dialog med HOD før dere fikk oppdraget?

Jeg kjenner ikke bakgrunnen i betydning hvilke diskusjoner de har gjort seg på forhånd, men det er en naturlig konsekvens av de diskusjonene som har gått i ulike fora knyttet til intensivkapasitet i forbindelse med pandemihåndteringen. Jeg oppfatter at det er en god respons på den diskusjonen. Det har blitt stilt spørsmål ved om den er tilstrekkelig eller ikke tilstrekkelig og hvordan man skal forholde seg til det. Noe av det synes jeg er relevant, og noe av det tar ikke i tilstrekkelig grad inn over seg sammenhengen mellom de ulike spissede avdelingene som samlet sett er tilbudet til de mest alvorlig syke somatiske pasientene.

I Helse Vest er arbeidet løst ved at det er utviklet en rapport som har fire scenarier som foretakene er bedt om å legge til grunn, for å se på hvilken måte vi kan arbeide annerledes rundt intensivpasienten for å ha en bærekraft utvikling av intensivavdelingene våre over tid. Hver av helseforetakene har parallelt med det utarbeidet sine rapporter. Helse Bergen gjorde det i fjor og kom med en opptrappingsplan for sin intensivovervåkningskapasitet. Det samme gjøres i Fonna, Førde og Stavanger. Rapportene leveres mandag. Vi vil sammenstille og vurdere dette og bruke faktadelen i den interregionale rapporten, og ut fra det levere vår besvarelse til HOD.

Temaet har vært oppe til diskusjon på flere direktørmøter og det er åpenbart at tyngdepunktet i vår region vil ligge i Bergen fordi de er et regionsykehus, mens Fonna og Førde er små sykehus og er sårbare. Førde har to til tre intensivplasser som er tilpasset a) befolkningsgrunnlaget, b) den totale kompetansen i helseforetaket og c) at de allerede lener seg tungt på Helse Bergen. Slik må det være i et lite land som Norge. Vi må samarbeide. Slik er det også for Helse Fonna selv om de er litt større. Det er særlig Helse Stavanger som har et lavt antall senger i forhold til befolkningsgrunnlaget.

Vet du om det var noe dialog mellom HOD og Helse Vest før dette oppdraget ble gitt?

Det kjenner jeg ikke til. Det jeg kan huske var at det ble orientert om at oppdraget var på vei. Det er sjeldent vi får oppdrag vi ikke synes er på sin plass. De fleste oppdrag kommer som en konsekvens av dialog og behov som anerkjennes. Vi oppfatter oppdragene som en del av HOD sin plikt for å sørge for at vi gjør jobben vår på en god måte, samt som relevante for å ivareta deres behov for å se det nasjonale perspektivet i en del utfordringer. Det var ikke konfliktfylt eller negativt.

Har HOD blitt orientert om arbeidet underveis?

Ja. De har fått bekreftelser i dialogmøter på at arbeidet er i gang og at vi kommer til å levere innen fristen

Hvem har deltatt på møtene?

Det er Målfrid Bjærum, ekspedisjonssjef i Eieravdelingen i HOD. Det er henne vi forholder oss til i slike sammenhenger.

Kjenner du status på arbeidet nå?

Vi har hatt direktørmøte i dag med ny diskusjon og ny gjennomgang. Da ble det bekreftet fra alle at man var i innspurten og at man ville levere dette på mandag.

Var det her det var definert et verstefallsscenario?

Det vi har fått i oppdrag om å gjøre er å fremskrive behovet for intensivkapasitet i Norge i normalsituasjon, samt å redegjøre for mulighet til å skalere opp.

Til hvor høyt, er det et gitt noe tall?

Nei.

Hvilken betydning tenker du sykehusenes intensivkapasitet hadde for nedstengningen i mars 2020 og smittevernstiltakene generelt gjennom pandemien?

Jeg tror det var en del av bildet, men på ingen måte det hele. Vi ser at det er en andel på rundt 15-20 % som har vært på intensivavdeling av de som har vært innlagt. Jeg tror det er åpenbart at de bildene vi så fra Bergamo var med på å fremskynde en beslutning, fordi man så for seg fullstendig overfylte sykehus. Hdir arrangerte også et sjelsettende seminar med en lege fra Italia som på en emosjonell måte henvendte seg til sine kolleger og advarte om at helsetjenesten ville bli oversvømt av pasienter.

Når vi har planlagt for pandemien etter det er intensivbehandlingen en del av en helhet. Der vi har hatt størst utfordringer er i akuttmottakene. Det å «sortere» pasienter som kommer i perioder i høyt antall til våre akuttmottak er krevende. De skal sorteres etter potensielt smitte og ikke smittede, det skal tas prøver og de skal holdes fra hverandre i akuttmottak som ikke er bygd for å håndtere en pandemisituasjon. Det er dette som har vært tyngst for driften.

Vi har etter hvert etablert trinnvise sengeposter, hvor alle helseforetak har tre trinn avhengig av terskler hvor man omgjør ordinære sengeposter til pandemiposter fortløpende. Intensivkapasiteten er det siste elementet.

I Helse Vest har ikke intensivkapasiteten vært truet av covid-19-pasienter, men vi hadde ganske mye utfordringer i begynnelsen på akuttmottakene. Alle våre akuttmottak har i perioder eller permanent hatt ulike varianter av brakker og telt for å klare å håndtere pasientstrømmen. På to av helseforetakene er brakkene fortsatt i bruk for å håndtere pasientstrømmen. Dvs. at akuttmottakene var for små. De var ikke bygd eller planlagt for at man skulle kunne sortere pasienter med og uten smitte.

Hva tenker du fungerte ved denne omstillingen og oppskaleringen våren 2020? Jeg forstår det slik at akuttmottak var hovedutfordringen, men hva fungerte best?

Jeg lar meg aldri slutte å bli imponert over dedikasjon, handlekraft, evne og vilje til omstilling og krafttak i norsk spesialisthelsetjeneste. Vi snakker 150 000 mennesker som legger om hele driften sin og jobber på andre steder enn de pleier.

Den største utfordringen i begynnelsen var ikke akuttmottakene, men mangel på smittevernutstyr. Det at ingen av oss, verken i sykehusinnkjøp eller med DSB, hadde klart å tenke at forsyningslinjer faller sammen under en pandemi, er jeg ikke særlig stolt av. Det var ille. Stavanger var et av helseforetakene som fikk en del pasienter helt i starten. Den første pasienten kom i mars. Vi fikk smitteutbrudd på fødeavdelingen og vi hadde ikke nok smittevernutstyr. Jeg husker jeg ringte til en kollega på et annet helseforetak på Vestlandet og gråt mine modige tårer en søndags kveld fordi vi ikke hadde flere P3-masker. Jeg tenkte på hva jeg skulle gjøre dagen etter hvis jeg måtte gå på intensivavdelingen og be dem arbeide uten smittevernutstyr. Jeg hadde da gjort meg opp en mening om at jeg måtte være der selv og at de som ikke ønsket å være der kunne gå hjem. Det med forsyningslinjer sliter vi med fortsatt og det kommer til å vedvare så lenge pandemien varer.

Vi har snakket med både ledere og intensivsykepleiere som har gjort dypt inntrykk. Spørsmålet jeg stiller meg er hvor lenge de klarer å stå i det før de møter veggen. Har dere gjort noen undersøkelser på det? Blir det en utfordring fremover at det blir færre hender?

I Helseforetaket på Vestlandet ser vi ikke en høyere turnover enn den som normalt. Samtidig har ikke Vestlandet hatt like høyt trykk som Oslo-området og Helse Nord i det siste. Vestlandet har nå et høyere trykk. Vi jobber systematisk for å forhindre turnover og vi har inngått avtaler med flere fagforeninger om mertidsarbeid med betydelig godtgjørelse. Det gjelder ikke bare intensivsykepleiere, men også akuttmottakssykepleiere og en rekke andre faggrupper.

Jeg føler det har blitt en veldig intensivfokusert diskusjon, men vil si at sykepleiergrupper, renholdsgrupper og andre grupper har hatt det krevende over lang tid, men de ikke får samme responsen i det offentlige rom. Det er flere grupper her som har hatt det veldig travelt. Jeg tenker de fortjener all honnør for det de har stått i og står i. Vi forsøker å legge til rette så langt det er mulig, både ved å se og høre dem. Vi jobber langsiktig for å forbedre situasjonen, men det er åpenbart at man ikke får voldsom utdanningskapasitet på ett år. Man får heller ikke bygd opp store endringer i en så høyspesialisert virksomhet som intensiv i løpet av to år. Jeg ser at Sundhedsstyrelsen i Danmark har presisert at det er trekkspill som er handlingsrommet for spesialisttjenesten i Danmark ved ulike katastrofer og pandemier. Slik må det være.

Tema 3: Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner om kapasitet, beredskap, konsekvenser og læring

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

Hadde du spurt meg før pandemien hadde jeg sagt at det var greit slik det var. Vi må tenke på perspektivmeldingen. Vi er opptatt av å sikre en bærekraftig helsetjeneste fordi den skal vare lenge. Om vi bruker veldig mye penger og folk på spesialisttjenesten ved å fortsette å jobbe slik vi gjør nå, vil hver tredje ungdomsskoleelev i løpet av 15-20 årene være nødt til å jobbe i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Det er ikke bærekraftig. Derfor er jeg forsiktig med å si hva jeg ønsker meg av ressurser. Jeg er like opptatt av at vi må bruke mulighetene til oppgavedeling. Vi må få ned opplevelsen av at det bare er «akkurat denne profesjonen som kan gjøre dette arbeidet». Vi må også beskrive og redegjøre bedre for

trekkspillfunksjonene. Vi som har jobbet lenge i tjenesten vet hva trekkspillfunksjonene er, men der er vanskelige å kommunisere når man skal snakke utenfor sykehuset. Jeg tenker at det ikke er behov for flere senger i somatikk, men det er det nok i psykisk helsevern.

Når vi snakker om hva vi virkelig må gjøre for å løfte norsk helsevesen tenker jeg mer i retning av barne- og ungdomspsykiatri. Det er forferdelig mye ugjort når det kommer til å ta vare på og beskytte barn, unge og unge voksne.

Når det gjelder intensivkapasitet må vi gjøre noe som vi antyder i Stavanger hvor vi ligger betydelig lavere, nesten på Ahus nivå, som har vært mye oppe i diskusjonen. Samtidig har vi et stort regionsykehus å lene oss på i Helse Vest som har et høyt antall intensivsenger og som har planer for å øke ytterligere. Kanskje er det behov for to-tre flere intensivsenger i Stavanger. I tillegg må vi jobbe mer med intermediærkapasitet og overvåkningskapasitet. Dersom vi skal ha ordinære sengeposter med en bemanning som er tilfredsstillende, og så har du intensiven hvor det er veldig vanskelig å komme inn, da risikerer man at for syke pasienter blir liggende på ordinær sengepost med en relativt marginal bemanning. Derfor er det viktig å få et mellomstykke på plass, slik at man klarer å håndtere de som ikke er så syke at de må være på en intensivplass, men som er så syke at de ikke bør være på en ordinær sengeplass.

Fikk det noen konsekvenser for sykehusenes drift at de hadde den kapasiteten de hadde da pandemien traff? Altså, fikk antall intensivsengeplasser vi hadde noen konsekvenser for sykehusenes normale drift, elektiv virksomhet og annet? Var det mye som ble satt på vent eller var ikke det så utpreget i Helse Vest?

Ikke på grunn av intensivkapasitet. Vi hadde en lockdown i mars 2020 og gikk kraftfullt ned på nesten all elektiv virksomhet. Det gjorde vi for å områ oss og lage de strukturene vi trengte på akuttmottak og på ordinære sengeposter, samt intermediær og intensivkapasitet. Det var ikke en faktor slik jeg vurderer det alene for hvorfor vi hadde lockdown. Vi visste ikke hva vi sto overfor. Vi hadde lite kunnskap om viruset på den tiden. Mange medarbeidere og ledere var redde fordi usikkerheten var så stor. Å ta den beslutningens som ble gjort på nasjonalt nivå om å ta ned elektiv virksomhet, skapte handlingsrom for å reetablere et nytt «mindset» og reetablere driftselementer for å håndtere pandemisituasjonen. Det skapte også handlingsrom til å øve, teste og sjekke. Helse Bergen har i denne perioden testet hvordan det er å drive intensivavdeling for 30 stykker i en gymsal. Det fungerte. Det er flere helseforetak som har gjort slike aktiviteter og det er for å kunne trene.

Har du noen tanker rundt hvilke hensyn som må vektlegges når kapasitet, og særlig intensivkapasitet, skal planlegges og dimensjoneres i fremtiden?

Jeg mener det ikke vil være riktig å se intensivkapasitet alene, man må se på det totale antall av spissede somatiske tjenester. Det dreier seg om å balansere intensivkapasitet mot intermediærkapasitet, medisinsk intensiv og alle overvåkningsenhetene. Jeg er bekymret om vi skal binde oss til at dobbelt så mye av sykehusenes penger skal gå til intensivsenger. Det vil koste noen milliarder kroner. Hvis man ser på det totale bildet vil det vise seg å være en feil prioritering. Det er trolig behov for to til tre flere intensivsenger i Helse Stavanger og mer systematisk arbeid med intermediærkapasitet, ambulante intensivteam, forebygging av intensivbehov osv. Det bør settes av mer penger til øvelser, beredskapsøvelser og øve på å være i en trekkspillsituasjon. For eksempel at 200 sykepleiere er på intensivavdelinger i 14 dager i løpet av året for å friske opp den minimumskompetansen de må ha for å være en del

av dette trekkspillet. Og tilsvarende for leger. Det ville være mye mer effektiv pandemiforberedelse enn å bruke veldig mye penger på stående intensivkapasitet. Det å betydelig øke intensivkapasitet kan føre til to ting. Før det første vil kanskje prioritering av hvem som skal få intensivbehandling i Norge endre seg. Allerede nå pågår det faglige diskusjoner om 85-90 åringer med lav sannsynlighet for å komme av respirator bør gis tilbudet. For det andre vil det kanskje føre til at man får en situasjon hvor terskelen blir for lav til å være på intensivavdeling. Det vil bety at de ekstremt kostbare og veldig spissede ressursene gjøres tilgjengelig for pasienter som kunne fått like godt utbytte av å være på et lavere nivå. Den prioriteringsdiskusjonen kan noen fnyse av, men vi må ha et helhetlig perspektiv i prioriteringene for å blant annet kunne forhindre utenforskap og behandle psykiske lidelser i tilstrekkelig grad. Vi må se dette i sammenheng. Det er nesten litt urettferdig. Om man fokuserer så spisset på et relativt lite element innenfor spesialisthelsetjenesten gir det en slags ubalanse mellom befolkningens behov som er krevende å håndtere i ettertid.

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

Jeg lærer fortsatt noe hver dag og jeg er fremdeles ikke utlært. Jeg husker godt den dagen i begynnelsen av april da det gikk opp for meg at dette kom til å vare lenge. Jeg har jobbet med beredskap i mange år, men har forholdt meg til bussulykker eller flystyrt som dimensjonerende hendelse. Aktører i norsk helsetjeneste er kjempegode på å raskt mobilisere ressurser og så like raske til å demobilisere igjen.

Da jeg som AD i Helse Stavanger forstod at dette kunne vare i ett år tenkte jeg det var enormt lenge. Vi måtte gå over til en helt annen type modus hvor du går opp og ned på elektiv kapasitet. Vi har jobbet steinhardt for å holde motivasjon oppe og for å sikre informasjonsflyt. Etter hvert har vi begynt å kjenne på utmattethet hos ledere og personell. Det er nok mange som begynner å kjenne på følelsen av "er det slik livet skal være". Vi har lært at man alltid skal kommunisere håp og horisonten som ligger foran oss hvor endringene og mulighetene ligger. Vi har prøvd det flere ganger, men hver gang går vi på en smell fordi det kommer en ny virusvariant eller andre ting som ødelegger utsiktene. Nå er vi over på at vi skal stå i dette, vi skal klare dette og levere det beste vi kan. Ikke bare for koronapasientene, men også for dem. Vi fokuserer mer og mer på hvem de andre gruppene er. De gruppene skal vi også yte spesialisthelsetjeneste i verdensklasse til. Det breddeperspektivet er med på å skape motivasjon i spesialisthelsetjenesten fordi det bærer oss litt igjennom.

Jeg tror det vi virkelig har lært er dette med leveringsforstyrrelser og forsyningsforstyrrelser. Er det noe jeg skulle ønske at koronakommisjonen kunne nevne så er det dette med at vi lener oss for tungt på asiatiske land når det gjelder forbruksmateriell. Med den sikkerhetssituasjonen som er i verden i dag så skaper det usikkerhet. Jeg tenker at her burde Norge sammen med EU gå i bresjen for å få opp europeisk produksjon av en del forbruksmateriell. Det hjelper ikke å ha respirator hvis man ikke har maskene og utstyret til å koble respiratoren til pasienten. Der skulle jeg ønske at noen tok litt tak.

Digital gjennomgang 02.02.2022. Referat godkjent av Inger Cathrine Bryne.

Oslo, 02.02.2022 Linda Aamodt