



INTERVJUREFERAT –BAARD-CHRISTIAN SCHEM

Intervju av:	Baard-Christian Schem, fagdirektør Helse-Vest.
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	23.11.2021 kl. 14.00 – 15.30
Digitalt eller fysisk:	Digitalt
Leder av intervjuet:	Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Rune Jakobsen, kommisjonsmedlem. Marianne Aasland Kortner fra sekretariatet. Anni Haugen fra PwC.
Ev. bisittere	Ola Jøsendal, ass. fagdirektør

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 presenterer deltakerne 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 samtale. Referatet vil bli forelagt deg for gjennomlesning så snart det er renskrevet, og du kan da komme med eventuelle korrigeringer/suppleringer. Det er ikke tanken da at det skal være en ny forklaring.
- Lydopptaket og referatet er kommisjonens interne dokumenter, og det vil i utgangspunktet ikke bli gitt innsyn i dette materialet så lenge kommisjonen arbeider. Offentleglova gjelder og det er derfor en plikt til å vurdere meroffentlighet. Etter overlevering vil det vurderes meroffentlighet i sentrale referater. Etter avlevering av kommisjonens arkiv er det Arkivverket som forvalter innsyn i kommisjonens arkiv.
- Du har ikke plikt til å forklare deg for kommisjonen. Vi er takknemlig for at du stiller til en samtale. Vi forstår det slik at du er villig til å svare på en del spørsmål.
- Når du først velger å forklare deg for kommisjonen, kan du forklare deg også om taushetsbelagte forhold. (Se lov om informasjonstilgang for Koronakommisjonen (koronakommisjonsloven) § 2.) Og det du forklarer deg om – som er taushetsbelagt – har vi som er til stede her taushetsplikt om. (Forvaltningsloven §§ 13 til 13 f, jf. lovens § 3.)
- Presisere at opplysninger fra samtalen vil kunne bli vist til i den endelige rapporten. Kommisjonen vil følge praksis fra tidligere granskningskommisjoner: I utgangspunktet er det kun leder som vil bli navngitt. Dette innebærer likevel ikke en garanti for at ikke også andre personer kan bli identifisert ut fra konteksten i rapporten.
- Vi vil sterkt oppfordre deg til ikke å spre videre det som blir snakket om under dette intervjuet. Det vil svekke verdien av senere eventuelle forklaringer, og kunne være forstyrrende for den arbeidsroen kommisjonen trenger.
- Kommisjonen har adgang til å behandle personopplysninger og er bundet av personopplysningsloven.

Har du noen merknader eller spørsmål til innkallingen eller det jeg har sagt nå?

Når det var snakk om referatet og at jeg eventuelt kunne supplere. Er det slik at jeg ved kontradiksjon kan tilføye noe dersom det er noe jeg glemte å si?

Ja, det kan du. Det vil ikke være mulig å gi en ny forklaring, men det vil være mulig å supplere med tilleggsopplysninger.

Geir Sverre Braut 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 Vests rolle og situasjonen for sykehusene i regionen da sykehusene måtte oppskalerte intensivkapasitet våren 2020
3. Helse Vests rolle og situasjonen for sykehusene i regionen da sykehusene skulle tilbake til normal drift mellom og etter smittebølgene på forsommeren og sommeren 2020
4. Helse Vests rolle og situasjonen for sykehusene i regionen gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen
5. Helse Vests 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

Kan dere redegjøre kort for deres faglige bakgrunn og de stillingene dere har hatt i Helse Vest?

B: Jeg har vært ansatt i Helse Vest siden 2010. Før det har jeg arbeidet på Haukeland Universitetssykehus. Mesteparten av tiden har jeg da arbeidet innenfor Onkologi. De første årene var jeg også innom anestesi og i likhet med de fleste som skal inn på onkologi var jeg innom medisinsk avdeling som del av spesialistutdanning. Jeg har også vært stipendiat og postdoc-stipendiat i den norske kreftforeningen og drevet med forskning i den forbindelse.

O: Jeg begynte her i april 2019, så jeg har vært her i snart tre år. Jeg har en litt mer brokete karriere enn Baard. Jeg har vært fastlege, kommuneoverlege, legevaktsjef, avdelingsdirektør på Haukeland i seks år og arbeidet med oppbygging av avdeling for rusmedisin, to korte perioder som assisterende kommuneoverlege i Bergen og jeg har vært stabslege i sjøforsvaret. I tilknytning til pandemien så var jeg med på å rigge Siem pilot før den reiste til Middelhavet fordi jeg da var leder for det norske helsepersonellet under ebolainnsatsen i Sierra Leone. Jeg har doktorgrad i public health på forebygging av røyking og er spesialist i samfunnsmedisin.

Første problemstilling handler om den arbeidsgruppen som ble nedsatt for å utrede intensivkapasiteten i Kongeriket Norge og som leverte utgreiinga si i desember 2019. Kan deres si litt om bakgrunnen for det arbeidet.

B: Det var det interregionalt fagdirektørmøte som tok initiativet til å gjøre dette. Dette begynner å bli en stund siden og det har skjedd mye på dette området i ettertid. Bakgrunnen for at man gjorde denne utredningen var ikke med tanke på “pandemifremtid”. Det var bekymring for den generelle intensivkapasitet i landet og at den skulle være for lav vurdert ut ifra fredstid eller normale tids-situasjoner. Videre så vi at det var forskjeller mellom regionene. Det visste vi egentlig på forhånd, før utredningen ble gjort. Selv om det er vanskelig å helt spesifikt beskrive kapasitet fordi det er så mange typer intensivsenger, grader av overvåkningssenger, intermediærsenger og fordi sykehusene og landsdelene er så ulike, så var det for oss i vest klart at vi var den regionen som relativt sett hadde lavest intensivkapasitet. Dermed anså vi dette som nødvendig å få utredet.

I mandatet til arbeidsgruppen står følgende formulering: “utfordringene på intensivområdet er blitt så omfattende at det om kort tid ikke vil være håndterbart med nåværende tilnærminger og rammer”. Har du noe grunnlag for å si noe mer om bakgrunnen for det?

Man så vel for seg at dette kunne bli et felt med betydelig vekst og behovsøkning. Man så også for seg at dette kunne bli problemer med rekruttering. Ikke så mye på legesiden, men kanskje

som når det gjaldt sykepleiere. Dette er også et felt hvor kapasitetbehovet vil være veldig avhengig av hvor langt man går i å behandle alvorlig syke mennesker. Det er en løpende diskusjon med etiske og moralske sider. Etter hva jeg kan huske så var det også en opplevelse blant fagdirektørene at det hadde vært betydelig utålmodighet blant fagfolkene på dette område. Så kan man si at det ikke er noe man er uvant i et RHF, men det var nok en erkjennelse at det her hadde ligget såpass lenge at det var på tide å få en avklaring. Så kan man si at dette er et område hvor det er litt uklar tilhørighet til fagområdet mellom anestesifaget og andre fag. Det ville dermed også være gunstig å få en avklaring på dette området. Jeg vil si at det var en kombinasjon av innmeldt klar misnøye blant fagfolkene, men også en erkjennelse av at dette feltet hadde behov for en gjennomgang og avklaring av hva volumet faktisk skulle være.

Kommisjonen er kjent med innholdet i rapporten, men hva var etter deres oppfatning det mest sentrale budskapet i rapporten?

Det var både å opprettholde den nivådeling som man hadde hatt før og så var det en relativt pragmatisk angivelse av hva man mente ville være et behov, altså fem senger per 100 000 innbyggere. Den gangen oppfattet vi det som rimelig edruelig. Vi rakk så vidt å få rapporten før pandemien kom og da forsvant den litt fra bevisstheten. Grunnen til det var at denne rapporten i veldig stor grad tok for seg intensivmedisin i fredstid, mens vi var plutselig i den situasjonen at vi måtte få en voldsom økning intensivplasser på kort tid. Jeg tenker litt sånn at da Titanic gikk på isfjellet så måtte man etter hva man kunne holde seg flytende med, man begynte ikke å lage nye livbåter. Vi måtte se på hvordan vi raskt kunne få opp kapasiteten. Da ble en del av problemstillingene i denne rapporten som er relevante på lang sikt, mindre presserende på kort sikt.

Kan du si litt om hvordan den er forsøkt fulgt opp av direktørene i HF og om du har inntrykk av om Helse -og omsorgsdepartementet har gjort noe med den.

Slik jeg har sett det så var tanken det første året av pandemien å få opp intensivkapasitet og, skal vi si, nødintensivkapasitet. Det krevde egentlig helt andre tiltak enn det denne rapporten sa. For eksempel var det ikke mulig å begynne å utdanne intensivsykepleiere som skulle være ferdig om 18 måneder når det var behov for å øke intensivkapasiteten iløpet av noen uker. Det ble krav om 1200 plasser og at man skulle gi det samme intensivtilbudet som ville vært i normaltid fordi man ikke kan slutte å behandle andre sykdommer kun fordi covid 19 kommer. På høsten trodde man at det ville roe seg litt og da gjorde fagdirektørene i RHF et nytt forsøk på å få til en gjennomgang av hva som skulle være definisjonen av de ulike intensivsengene. Vi merket da at det var betydelig spenninger innad i dette feltet, mellom anestesifeltet og andre fagfelt, kanskje særlig kardiologi. Dessuten er det veldig mange av disse gruppene som skulle være med og disse gruppene ville bli fryktelig store. Vi merket også at spenningene var såpass store at vi holdt på å rykke tilbake til start.

Kan du si noe mer om hva den uenigheten gikk ut på og hva krangelen går på faglig sett?

Min inntrykk av denne uenigheten er at fra anestesimiljøet så er det en oppfatning om at intensivmedisin i utgangspunktet er deres domene og at de andre fagområdene er viktig og supplerende. Det er deres spesialitet som driver avdelingen, mens de andre fagområdene er supplerende. Det er nok en oppfatning hos andre spesialiteter, kanskje særlig kardiologi, om at de på en helt annen måte kan drive dette i egen regi.

Er den uenigheten tydelig i Helse Vest eller er den mer prominent i andre helse-regioner?

Jeg tror ikke vi er den regionen med mest problemer med denne typen uenighet. I det daglige har jeg ikke merket det som noe stort problem. Selv om min erfaring fra Haukeland er ganske gammel, jeg sluttet der rundt 2010, men da opplevde ikke jeg i det daglige at dette var noe stort problem. Man forholdt seg til den medisinske overvåkning og intensiv ganske greit.

Dette er ikke en uenighet som foretakene i Helse Vest har rapport til inn som noe RHF har vært nødt til å ta tak i eller diskutere på noe tidspunkt?

Nei, det har vært andre ting innenfor vår region som det har vært uenighet om. Det at det har vært uenighet om funksjon og oppgavefordeling er ganske normalt. Det er når det fører til at man ikke blir enige, det gnager på samarbeidet og det lager uproduktive prosesser at det blir et problem.

Midt oppi dette, uavhengig av uenighet mellom anestesi og kardiologi, så er det og en annen type uenighet som man ikke helt har klart å plassere. Det er hva som er å betrakte som en intensivplass. Har dere merket noe til det?

Vi tenkte at før man starter med å ta fatt i denne rapporten så må vi først bli enige om hva de ulike type plassene er. Vi ble veldig overbevist om at sykehusene ikke kan defineres med “normalsenger” og “intensivsenger” fordi man har store forskjeller mellom de som overhode ikke kan være på en “vanlig plass”, men som likevel har et avgrenset behov. For eksempel kols-pasienter eller de med et akutt hjerteinfarkt, men som ellers ikke har annen alvorlig sykdom. De kommer i en helt annen situasjon enn de som har vært utsatt for en alvorlig trafikkulykke, blitt operert gjentatte ganger og har nyresvikt. Fra vår side betyr det at det ikke er rasjonelt å lage rolls royce på alle plassene når man egentlig kan klare seg med en intermediærplass. Det vil si at man har alt fra noe ekstra overvåkning til at det gradvis går opp til det som er en intensivplass. Dette må tilpasses etter den enkeltes behov fordi det er klart at det å bygge opp disse plassene og drifte dem er veldig kostbart. En fullverdig intensivplass koster minst 10 millioner i året. Da er det kanskje bedre med flere intermediærplasser. Helse Bergen hadde en gjennomgang hvor de konkluderte med at de trengte tre flere fullverdige intensivplasser, men endte opp med å trenge 12 intermediærplasser.

En annen ting vi har sett, og som jeg kjenner smertelig godt, er at man har pasienter som er for dårlig til å være på vanlig sengepost, men for friske til å være på intensiv. At man arbeider med å få utrykningsteam som går ut på vanlig sengepost og gir råd og oppfølging der, før de blir så dårlig at de flyttes er også et virkemiddel for dette. Dette er et kapasitetsproblem som ikke bare

løses ved å få flere intensivplasser, men det krever en serie tiltak. Jo mer vi skreddersyr driften, dess mindre margin har vi å gå hvis behovet blir større.

Og det er den debatten RHF-ene prøvde å ta opp igjen våren 2021, men der ting ble litt for komplisert i den situasjonen vi har vært i. Er det det du sier?

Ja, og så har pandemien dratt seg opp igjen etter sommeren. For oss veier det tungt at når avdelingen er presset, så er det kanskje ikke tiden å ta folk ut av avdelingene for å delta i planlegging -og utredningsarbeid.

Vi ønsker å utfordre dere på Helse Vest sin rolle og hva Helse Vest gjorde som RHF i forhold til de fire underliggende klinisk ytende helseforetakene når en måte oppskalere intensivkapasiteten rundt våren 2020. Hva var behovet for en oppskalering i Helse Vest slik dere ser det?

Vi ser historien bakover, men lever den fremover. Det jeg husker godt fra februar 2020 var at vi var veldig usikre på hvor omfattende dette kom til å bli. Vi opplevde også at det å hamstre smittevernutstyr hadde en del usolidaritet i seg ettersom det var mangel i verden som helhet. Den holdningen endret seg relativt fort og vi kjempet med nebb og klør for å få tak i utstyr. Men ellers var det en veldig usikkerhet knyttet til hvor mange pasienter det faktisk kom til å bli. Jeg så også for meg at vi kom til å måtte bruke veldig harde prioriteringer.

Hvordan følte du at informasjonen var fra Helse -og omsorgsdepartementet i den fasen og i hvor stor grad opplevde RHF-ene å få styringssignaler og støtte?

B: De opplevde jeg som tydelige når det gjaldt behovet for å utvide intensivkapasiteten, men vi oppfattet vel at kravet om å bygge opp 1200 plasser mer bygde på et ønske om hvilken kapasitet man burde ha enn hva vi trodde det var realistisk å få til.

O: Det var ikke så mye informasjon som kom direkte fra HOD, men det var mye som kom fra HDIR og FHI. Jeg opplevde at man skrudde veldig hardt til. Det var et volum og en antatt pasientbelastning som virket nokså overdrevet. Ikke bare sann i etterpåklokskapen, men stilte spørsmål ved om det virkelig kunne bli så ille.

B: Vår bekymring var antall respiratorer vi hadde. Hvis man mangler folk så er det utrolig hvor mange mennesker som er villige til å arbeide svært mye når krisen er stor nok, men dersom man går tom for smittevernutstyr, respiratorer eller utstyr til respiratorene så kan ikke det kompenseres. Jeg var mer bekymret for om vi hadde nok utstyr. Vi oppfattet at vi var ganske kritiske i møte med departementet om realismen i det å komme opp i 1200 plasser når vi i tillegg har bortimot 300 intensivpasienter som ikke har noe med covid å gjøre. Hvis vi skjærer maksimalt så har vi fortsatt flere som trenger intensivbehandling, men som ikke er covid-

pasienter. Vi regnet med at vi samlet ville komme opp i 1350. Protestene fra fagmiljøene var ganske sterke på at dette mente de at ikke var realistisk å få til. Tilbakemeldingene vi ga til departementet var at dette var en helt annen standard på den intensivbehandling enn det vi vanligvis har.

Fra februar og utover da disse signalene begynte å komme, hvordan organiserte ledelsen i Helse Vest seg og hvilket planverk la dere til grunn for det arbeidet dere gjorde?

B: Det var ukentlige beredskapsmøter hvor man gikk gjennom prognose for hva man forventet av nye pasienter og hva som var de statlige krav. De statlige krav var relativt logiske opp mot den epidemiologiske situasjon. Da vi fikk oppdrag om å øke intensivkapasitet, så ble det også ble tatt direkte med helseforetakene. Det som var like eller mer pressereden var testkapasiteten. Styringen gikk ikke som i fredstid med oppdragsdokument, formelle brev osv. Det ble istedenfor tatt i beredskapsmøter fra dag til dag og da var vi avhengig av at helseforetakene hadde direkte kontakt og hjalp hverandre. Det er en modell jeg mener er en veldig god løsning, for eksempel nå som det er RS-virus blant barn. Den beste løsningen er at avdelingene i ulike HF kjenner hverandre og snakker sammen.

Veldig mye ble gjort mye raskere, mer uformelt og i møter der man ellers ville brukt dokumenter og krav fra RHF.

Hvordan responderte dere på ønsker og signaler som lå til grunn for det kliniske arbeidet i sykehusene? Dere sier dere hadde koordinering og beredskapsmøter der helseforetakene også var til stede. Hvordan gikk signalene fra HF-ene til Helse Vest?

B: I beredskapsmøtene er det administrerende direktørene i RHF-et og administrerende direktører i apotek, IKT og de fire helseforetakene. Der går kommunikasjonen begge veier. Der er det ikke slik at RHF-ene dikterer HF-ene. Det går mye diskusjoner mellom HF-ene.

O: Det innledende spørsmålet var hvordan RHF-et organiserte seg. Etter min vurdering var det noen tekniske og organisatoriske forutsetninger som la veldig godt til rette for å håndtere dette. Det ene var at man har felles journalløsning som på bakgrunn av et regionalt initiativ gjorde at man fikk koding av pasienter som ga umiddelbart kontinuerlig oppdatering av innleggelsesfrekvens på de som var mistenkt og bekreftet smittet. Det var relativt imponerende samarbeid mellom analyseavdelingene i RHF og de enkelte HF-ene. Det kom på plass fort. Det kom også på plass en kontinuerlig monitorering av kritisk utstyr. Jeg syns det var et rask og konstruktivt regionalt samarbeid som møtte dette. Jeg synes særlig samarbeidet med Analyseavdelingen var godt og vi kunne se effekten av tiltakene dag for dag. Vi kunne dermed gå påsken trygt i møte.

Kan dere si litt mer om bruken av Analyseavdelingen både på RHF-nivå, HF-nivå og arbeidet med scenariofremskrivning og hvilken nytte dere har hatt av det?

O: Vi fikk et veldig tett samarbeid med en analytiker i Helse Stavanger som også har en deltidsstilling i RHF-et. Han satt tett innpå alt vi holdt på med hva gjaldt behovet for informasjon. Vi lagde en enkel statistisk modell som gikk på derivering av dag-til-dag-utviklingen. Det gikk ca. 10-12 dager fra man registrert smitte i befolkningen til man fikk innleggelse av pasienter. Vi hadde veldig gode framskrivninger og en følsom modell som gjorde at vi kunne få panikk når det var nødvendig og senke skuldrene når det var tid til det. Det var praktisk, konkret og et solid stykke utviklingsarbeid. Først og fremst fordi man fikk enormt god datakvalitet på monitorering og god bearbeidelse av data gjennom analyseavdelingen.

Hvordan var lokalene i sykehusbygningssmassen i Helse Vest tilpasset oppskaleringen som man ble forespeilet at kunne skje?

B: Det er stort felt og det var usikkerhet rundt hvilke krav sykehusene skulle møte. Det er ikke bare å trille inn en seng og ta med en respirator, man må ha strømtilførsel og slik også. Det som kanskje var den største utfordringen var oksygenforsyning. En annen utfordring var knyttet til muligheten til å avsondre arealer og reservere dem til covid-pasienter contra andre pasienter. Man blir også nødt til å bruke andre typer lokaler enn de sykehusene vanligvis bruker. Det er ikke realistisk at man skal ha flere hundre rom som står ledige og tomme i tilfelle det kommer en pandemi. Men det var betydelig usikkerhet i starten om man ville ha egnede lokaler med gassuttak, strøm etc.

Har Helse Vest i løpet av pandemien så langt opplevd kapasitetsproblemer med bygningene og lokaer?

B: Så vidt jeg vet har det ikke vært kapasitetsproblemer som følge av bygninger i Helse Vest. Men man har vært nødt til å ta ned annen aktivitet som en konsekvens av dette.

Hvordan har kapasiteten vært når det gjelder personellressurser?

B: Det er et komplisert spørsmål. Mitt inntrykk at det har vært stort press på aktuelle gruppene. Det er ikke nødvendigvis alle grupper på sykehuset som har opplevd et like stort press. For eksempel de som opplevde at aktiviteten deres ble tatt ned, ble ikke nødvendigvis mer presset med mindre de ble omdisponert. Mitt inntrykk er at presset har vært stort og at det har vært en enorm mengde overtid, men man har ikke vært i fare for å gå tom eller ikke ha mulighet til å drive som man skal. Vår region har tross alt ikke vært hardest presset.

Har Helse Vest som RHF hatt behov for å gå inn og gi styringssignaler til de underliggende helseforetakene når det gjelder fordeling av personellressurser.

B: Jeg kan ikke huske at Helse Vest har gitt styringssignaler til de underliggende helseforetakene når det gjelder personellressurser. Det kan ha skjedd mellom HF-ene. HF-ene har mulighet til avtale seg imellom ting som er åpenbart fornuftig. Beredskapsmøtene skjer jo mellom mennesker som møtes månedlig i regionale møter også i fredstid og som var vant til å gjøre det elektronisk allerede før pandemien. Det ble dermed etablering av samarbeidsrelasjoner som allerede var der og som har vært der i mange år.

O: I den grad det foregikk forflytninger av personell, så foregikk det som samarbeid og ikke som et pålegg fra RHF-et. Innledningsvis forstod vi hvorfor det var veldig strenge karanteneregler, men over tid så var vi nok betenkt over at man opprettholdt så strenge karanteneregler. Det var karantenereglene som særlig tok ut personell, ikke selve smittesituasjon. Det er kanskje et læringspunkt man må se på når det gjelder anvendelse av type tiltak.

Hvordan var situasjonen med tanke på smittevernustyr, legemidler og medisinteknisk utstyr? Var det noen konkrete utfordringer eller usikkerhet knyttet til det utover det som var i første fase av pandemien?

B: Jeg oppfattet at det mest problematiske var smittevernustyr og dernest testustyr. Det var mer problematisk i starten enn personell. Framfor alt var usikkerhet knyttet til smittevernustyr stor. I løpet av mine 11 år her var dette første gang jeg opplevde en intens engstelse for at vi kunne miste kontroll. Utstyr var det største problemet og det var noe usikkerhet knyttet til bruken og forbruket av det. Vi hadde også problemer med masker fordi Arbeidstilsynet krevde at vi skulle bruke optimale masker i en situasjon der vi kunne gå tom i løpet av få uker. Vi mente vi måtte prioritere de beste maskene, P3-masker, til de pasientene som var enda farligere å håndtere enn covid-pasientene, eksempelvis de med multiresistent tuberkulose. Det var veldig marginalt med ressurser og hele opplegget med innkjøp av utstyr fra utlandet var organisert av Helse Sør-Øst, selv om det ble gjort et godt samarbeid mellom RHF-ene hva gjaldt fordeling og distribusjon. Helse Vest gjorde også mye for å få tak i smittevernustyr som andre aktører enn helsetjenestene hadde. Det er for eksempel mye som brukes rundt om i industrien. De hadde heller ikke store lagre, men vi opplevde stor velvilje fra private bedrifter.

O: Det var innenfor de feltene som Baard nevnte hvor man på regionalt nivå tok grep og det var helt nødvendig. Eksempelvis var det nødvendig å korrigere bruk av P3-masker fordi et foretak hadde et så høyt forbruk at hele regionen ville gå tom i løpet av noen dager. Det var også nødvendig å ha en streng regulering av tilgang på testustyr. Det var noen områder hvor det var regionale vedtak, men det ble tatt i beredskapsmøte under konsensus.

Var befolkningen i Helse Vest, etter RHF-et sin mening, fått forsvarlig helsehjelp i den perioden koronaen har vært i fokus.

B: Ja, befolkningen har fått forsvarlig helsehjelp, men det betyr at folk som har tilstander som kunne vente, men som gir plager og helsetap, har måttet vente. Det som har overrasket oss litt er at pakkeforløpet for kreft aldri har vært bedre enn nå. Det kommer kanskje av det nedtrekket man har hatt. Det har gjort at man har kunne rendyrke de tingene som er viktigst og som haster mest utenom Covid. Vi vet det er masse helsehjelp som gis og som ikke er livreddende eller livsforlengende, men som bidrar til et bedre liv, og det tilbudet har nok blitt dårligere. Det er også en del tilstander som er blitt mindre vanlige av andre tiltak, eksempelvis hjerteinfarkt, og det har hjulpet oss ved å redusere kravene til tjenesten.

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

O: Vi har ikke grunn til å tenke at det har vært uforsvarlig for våre ansatte. Helt innledningsvis, da vi visste at det var marginalt med smittevernutstyr, lurte man på om man skulle kartlegge hvem som hadde gjennomgått viruset for å kunne be dem om å jobbe uten smittevernsutstyr. Den situasjonen kom ikke, men det var den mest prekære innledningsvis.

B: Det er to ting ved spørsmål om hvordan arbeidsforholdene var. Det ene er om arbeidsforholdene fysisk sett ikke har vært forsvarlig. Det andre er om arbeidsmengden har vært en stor belastning. På det siste kan vi svare ja: arbeidsmengden var en stor belastning. Hvis man møter en konfrontasjon mellom arbeidsmiljølovens krav vedrørende arbeidsmengde og belastning opp mot hensynet til forsvarlighet ovenfor pasientene, vil ledelsen vektlegge forsvarlighet overfor pasientene ved press.

Hvis dere skal oppsummere erfaringene fra den første fasen, hva var det dere synes fungerte og hva var stikkordet for de viktigste utfordringene.

B: Vi skulle vært mer aktive til å kjøpe mer smittevernutstyr tidligere, allerede fra februar. Jeg er ikke helt enig i den sterke dommen nettopp ut ifra den oppfatning om at smittevernutstyr kom til å bli en global mangelvare. Jeg oppfattet etterhvert at føringene ble ganske klare, vi skulle forsøke å sikre oss det smittevernutstyret som vi kunne få tak i. Jeg oppfatter egentlig at det var alt som ikke var forberedt før pandemien som var problematisk, og ikke det som ble håndtert under pandemien. Jeg ser ikke at vi kunne gjort så veldig mye annerledes enn vi gjorde da vi kom ut i slutten av februar - begynnelsen av mars. Å gå tom for utstyr var det store problemet.

O; hovedsuksesskriteriet den våren var evnen til å agere raskt ved ny informasjon. Det tror jeg var nasjonalt et godt bilde. Da vi gikk over i mer vennlig fase, med mer vanlig drift, så synes jeg den midtperioden var preget av klokskap og evne til tilpasning. Vi hadde godt og riktig pasientfokus, så jeg var veldig fornøyd med det som kom fra departementet og direktoratet i den midt-perioden.

I midten av april 2020 fikk helseforetakene sentrale føringer om å gå tilbake til mer normal drift. Parallelt med dette skulle det fortsatt planlegges og forberedes for et høyt antall intensivpasienter. Hvordan følte dere at informasjonen fra og hvordan var samarbeidet med HOD?

B: Da vi gikk over i mer vennlig fase, med mer vanlig drift, så synes jeg den midtperioden var preget av klokskap og evne til tilpasning. Vi hadde godt og riktig pasientfokus, så jeg var veldig fornøyd med det som kom fra departementet og direktoratet i den midt-perioden.

Det er fristende å legge til at man kan kombinere disse tingene med at man skal ha høy beredskap. Man måtte hele tiden ta hensyn til covid-smitte ved drift av akuttmottakene, noe som gjorde driften mye mer komplisert. Man kan sammenligne det med å gå med kladder under skiene: man kommer seg frem, men det går tregere. Dessuten var det et etterslep som skulle tas igjen.

Hvilke signaler sendte dere til de underliggende helseforetakene om taktikker eller tiltak for å komme tilbake til en normal drift?

B: Det var de budskapene vi hadde fått fra departementet og at de måtte kritisk se på behovet for ekstratiltakene og tilgangen til sykehusene, altså alt det som bremsset den daglige aktiviteten. Men samtidig oppfattet vi at det måtte være en stor grad av vurdering innad i det enkelte helseforetak hvordan de ville praktisere dette. Det var ulik smittesituasjon. Førde for eksempel har ligget lavt på smitte hele tiden og det åpner opp mer for dem enn f.eks. Stavanger hvor det var mer smitte. Ellers tror jeg det er viktig å få frem at RHF-et ikke er et HF. Veldig mye av driften i systemet gjøres i det enkelte HF som er store organisasjoner og veldig mye av tilpasningene må være tilpasset dem. Det er nok derfor ikke mulig eller klokt å drive noen detaljstyring av dem.

Knyttet til den scenariofremskrivningen som analysefolkene gjorde, i hvor stor grad evnet de fire ulike tjenesteytere i Helse Sør -Vest å nytte disse scenariofremskrivningene på egne premisser?

B: Ja, jeg synes det var en kontinuerlig positiv sak. Vi har minimum ukentlige visninger av disse tallene og fremskrivningene. Det var en veldig trygghet og jeg mener man med god grunn kunne lene seg på lokale fremskrivninger. Det var til dels betydelig skille mellom de nasjonale og lokale fremskrivningene. Utover høsten da vi hadde mer kontroll kom spørsmålene om innreiseregler, karantenereregler osv. Disse ordningene var igjen noe som fungerte som «klabbene under skiene» for den daglige drift.

Hvor langt kom man i løpet sommeren og høsten med å ta igjen det tapte på de mindre alvorlige tilstandene og hvordan ligger man an i dag?

B: Ila høsten kom man ikke så langt unna normaltilstand. Ventetiden var kanskje 5-6 dager lenger. Jeg har ikke sjekket, men jeg tror det er omtrent det vi ligger på nå også. Fristbrudd lå noen prosent over. Det viktigste for oss var at vi fikk en bedre situasjon når det gjaldt barne- og ungdomspsykiatri. Vi oppfattet at pasienter med somatiske lidelser kunne vente uten at det skjedde noen prognoseforverring. Men vi fikk betydelig økning av henvisninger til BUP, noe som medførte at ventetiden gikk betydelig opp. Det bekymret oss sterkt. Det var viktigere for oss at det ble løst, selv om det var en mindre pasientgruppe, enn at man fikk ned ventetiden for ventende elektiv somatikk. I løpet av høsten ble det bedre.

O: Hvis vi snakker om rollene og oppgavene og dialog med HOD, så var det en lettelse at man fikk en form for benådning for de fristbruddene som var oppstått da man la ned virksomhet. Og at de fristbruddene som var oppstått var noe vi kunne jobbe med på siden av at vi kom tilbake til normaldrift slik at vi ikke akkumulerte flere fristbrudd.

B: Fristbruddordning ble endret for noen år siden. Før ble pasientene henvist til spesialisthelsetjenesten i to grupper, det var de som fikk en frist og de som ikke fikk det, men som skulle få et tilbud før eller senere. Tanken var at de som fikk en frist ville ha et prognosetap dersom de ikke fikk behandling i tide. Den nye ordningen innebar at alle fikk en frist og nå settes det en god del frister som ikke er medisinsk begrunnet ut ifra prognosetap, men de er begrunnet ut ifra en servicetilnærming. Det betyr at da vi gikk inn i pandemien så fikk vi masse fristbrudd, men hvor fristbruddene ikke var knyttet til manglende medisinsk forsvarlighet. Det som var viktig for oss, og som vi tok opp med departementet, var at vi måtte få lov til å se bort fra fristbruddene og heller se på medisinsk forsvarlighet. Det fikk vi lov til.

**Hvordan har planverk blitt justert og endret inn mot andre, tredje og fjerde bølge?
Hvordan har organiseringen i helsevesenet, beredskap gått igjennom metamorfose? Er det noe dere har endret på eller er de organisatoriske ordningene og beredskapsmessige tiltakene stort sett videreført fra første fase?**

B: vi har hatt en lengre periode nå uten regelmessige beredskapsmøter fordi man har oppfattet at situasjonen er så rolig. Dessuten møtes mange av deltakerne månedlig uansett og man kan raskt få til et møte uansett på kort varsel. Alt dette er tatt opp igjen mtp. at vi er på vei inn i en ny smittebølge. Ellers har all prognostisering av dette også vært på pause fordi man ikke så behovet for å gjøre noe før, men det er nå tatt opp igjen.

O: Det er også underveis satt i gang en stor revisjon av planverket. Det har vært en risikotilnærming som vi har lært oss på ny og vi har saumfart hvordan man evt. kunne stille bedre forberedt. Bare de siste dagene har det blitt tatt initiativ til å se på andre konsekvenser av pandemien, slik som logistikk og levering. For eksempel hva er levetiden på det man får levert

og hvordan skal man lagre utstyr i tilfeller man av logistiske årsaker ikke får levert nytt utstyr. Det er også en stor prosess. Jeg vil si det har vært betydelig endring av planverk.

Den logistikkprosessen er den parallell med det som gjøres i andre RHF eller det noe dere har uavhengig av andre har initiert?

B: Når det gjelder legemidler så har det vært et nasjonalt samarbeid når det gjelder lagring og innkjøp. Jeg mener vi var dårlig forberedt, både som RHF og nasjonalt, på legemiddelbiten og den burde vi ha forutsett på en annen måte. Nå trekker jeg frem det som var min hovedbekymring før pandemien, og det var der det ville være krise. Hvordan vi organiserer det internt i regionen tas av den enkelte region. En annen ting er at vår økonomi og finansdirektør er nesten blitt lagerdirektør. Samtidig har vi fått et IT-system som gir en helt annen mulighet til å holde orden på lagerbeholdningen. Nå er dette blitt formalisert på en helt annen måte og det er mye lettere for oss å holde oversikt over hva vi har. Vi har vil også få et regionalt beredskapslager som sannsynligvis bli utvidet utover.

Er humøret bedre ved inngangen til denne vinter sesongen enn det var ved inngangen til forrige vintersesong?

B: Hvis du hadde spurt meg for tre uker siden, så hadde jeg svart ja. Men jeg er litt fortvilet over at vi ikke tok nok tak i de signalene som kom i sommer og våre signaler til sentrale myndigheter, om at når man har skjermet befolkningen over 18 måneder, så er potensiale for alle luftveispatogener veldig stort og vi må gjenåpne og komme tilbake til normalen med en klokere tilnærming.

O eller B (sjekk på båndet) Når man tenker på at man med relativt moderate tiltak kunne dratt oss bedre gjennom vinteren, så tenker jeg at det er trist at man ikke gjør det. Det har også være mye diskusjoner på intensivsiden at vi ikke egentlig har større kapasitet, men den store forskjellen er at vi nå har utstyret som vi trenger. Vi er nå i en helt annen situasjon og jeg er ikke bekymret for at vi skal klare å ta hånd om covid-pasientene, men jeg er mer bekymret for det etterslepet vi har.

Hva sa de som lagde scenarierefskrivningne i sommer om hva vi kunne forvente oss utover høsten?

O: Vi hadde en avflatning av aktivitet frem mot sommeren og var da enige om at det var siden tallene var så små var det meningsløst med fremskrivninger på så små nivå. Det var krystallklar enighet om det.

B: Man må også ta med at de modellene kun er for å planlegge for noen uker frem i tid.

Hva sier prognosene nå om fremtiden?

B: Prognosene nå viser potensiale for dobling. Vi har hatt rundt 40 innleggelser nå, men vi kan komme opp til 80 denne uken dersom befolkningen ikke skjerper atferden sin.

Dere sa at nå har man kontroll på utstysfronten og det medisinsk-tekniske, men har dere tanker om hvordan personellsituasjonen er nå etter å ha stått i en slik krise over så lang tid?

B: Gruppene som har stått tett inni dette er presset og slitne. Vanskelig å være mer presis enn det. I mitt gamle liv, da bemanningen var helt annerledes, har jeg selv opplevd hvordan det er når tredjeparten av legestaben er borte og man må holde ting gående. Da kan man snakke om utbrenthet og manglende motivasjon og det er nok et problem. Det er nettopp derfor vi har et ønske om at man strammer inn mer.

Vi har oppfattet at noe som blir kalt vest-norsk intensivnettverk ble opprettet i mars 2020. Hadde Helse Vest noe rolle i etableringen av det?

B: Ja, det var enighet om det i beredskapsmøtene og det kom et ønske om det fra fagmiljøene. Det var flere hensikter med å opprette det. Dette gikk på at man møtte en pasientgruppe der man hadde lite kunnskap om dem, også intensivmessig i starten. Det var flere spørsmål knyttet til dette: hvordan håndterer man dette, hvilke medikamenter bruker vi, hva skal vi gjøre om vi får akutt medikamentmangel, er det aktuelt å flytte pasienter, er det aktuelt å flytte andre intensivpasienter og hvordan utveksler man informasjon og kunnskap som man har om dette. Det var også nasjonalt samarbeid om dette og det var nyttig for oss ettersom man har vesentlig flere covid-pasienter på sykehus på Østlandet. De fikk dermed hurtig mer erfaring med denne pasientgrupper enn våre intensivleger. De var også sterk inne når det gjelder både respiratorer og forbruksmateriell. De måtte også gi innspill til hva vi måtte anskaffe og hvordan vi skal organisere lagrene våre. Dette er typisk eksempel på at slike dag-til-dag-samarbeid går bedre om de går rett mellom fagfolkene og de må kjenne hverandre.

Slik jeg tolker det så var dette arbeid likevel forankret i RHF-et sin beredskapsgruppe.

B: Ja. Dette var forankret i RHF-et sin beredskapsgruppe. På beredskapsmøtene var det ofte innslag om hva intensivnettverket mente om den aktuelle saken man hadde til behandling.

O: Det ble også opprettet et covid 19-fagråd regionalt nivå. Det var i starten ganske få medlemmer, men når det ble revitaliser for en uke siden og nå er det med smittevernoverlege fra de fire HF-ene, det er smittevernansvarlig i det regionale kompetansesenteret og så leder jeg fagrådet som agerer på oppfordring fra beredskapsmøte og kommer med tilbakemelding.

Er det smittevern faglige arbeidet på tvers av HF-ene forankret i RHF-ene?

O: Ja.

B: Det oppstår et uttal av praktiske ting om hvordan man skal aggere og reagere på ting. Det bør være en viss logikk i det.

Har dere opplevd at det har vært mediaoppmerksomhet knyttet til at sykehusene i Helse Vest har agert ulikt i de ulike fasene?

B: Ja, det har vært noen små, enkeltspørsmål fra journalister ved enkelte tilfeller, men det har vært veldig enkelt å forklare at det dreier seg om lokale smittevern vurderinger. Jeg har ikke opplevd at det har vært noe intensitet i de henvendelsene jeg har fått.

Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner

Hvordan er den totale sengekapasitet i regionen når det gjelder somatiske spesialisthelsetjenester og hvordan er intensivkapasitet både i en normal situasjon og under en pandemi?

B: jeg tror noe av det viktigste er å se på alle grader fra vanlige senger til de mest avanserte intensivsengene og ser det under ett. Løsningen er ikke å opprette x-antall intensivsenger alene. Jeg tror vi vil trenge flere intensivsenger, men jeg er i tvil om man trenger en drastisk økning. Hvis man ser på f.eks. Helse Bergen så var deres løsning at de trengte flere intermediaerplasser.

Hvis jeg slenger ut et tall og sier at 20 % økning av intensivplasser, er det for mye eller for lite?

B: I vår region vil 20 % økning tilsvare 7-8 plasser. Det er veldig ulikt hvordan man teller i regionene også. Jeg tror ikke 20 % økning er så langt unna virkeligheten. Det er klart at man får også en større befolkning, så man må ha en viss økning bare for å kompensere for det. Samtidig så er dette også et prioriteringsspørsmål. Disse plassene er svært kostbare og vi møter politiske krav som ikke alltid går i samme retning. Vi får jo kritikk for å ikke ha prioritert rus og psykisk helse og så får vi kanskje kritikk for å ikke ha prioritert intensivbehandling, som er blant den dyreste somatiske behandlingen vi har.

Det er også forskjell på ordinær intensivdrift hvor vi sier at vi må gjøre prioritering mot alle andre gode ting contra i en beredskapssituasjon. Jeg tror at hvis du snakker om en 20 % økning så vil det koste omtrent 100 millioner i året. Jeg tror det er i den retningen det ligger.

Og i det ligger det en erkjennelse at den kapasiteten man hadde i februar - mars var i det laveste laget?

B: Ja, hvis du sier i det laveste laget og ikke for lav. Igjen så er veldig mange andre gode formål som man også skal ivareta her. De miljøene som driver akutt og intensivmedisin er relativt sterke miljøer som lar seg høre tydelig. Et felt vi tror vi må gjøre mye med er tjenester for alvorlig psykisk syke og innenfor sikkerhetspsykiatri. Vi får også hele tiden kritikk fordi vi ikke tar i bruk

ny og kostbar somatisk behandling som jeg ønsker at vi skulle jf. «Nye metoder». Man må ha klart for seg at hvis man vurderer intensivmedisin i en fredstid, så må det vurderes opp mot annen kostbar behandling. Da er jeg ikke sikker på om vi har ligget så lavt.

En utfordring vi har møtt på i dette arbeidet knytter seg til finansieringsmodellen som gjelder for aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten. Har dere noe synspunkter på det?

B: Hele finansieringssystemet er et evig kompromiss fordi uansett hvordan du ordner det så får du destruktive effekter. Jeg har arbeidet under et helt rammefinansiert system og det var helt forferdelig. Samtidig medfører en rendyrket stykkprisfinansiering at viktige oppgaver ikke blir gjort. Mitt inntrykk er at den modellen vi har nå er en lunken, pragmatisk kompromiss som er i nærheten av å være det minst dårlige vi kan ha.

I et verstefallsscenario av den type som FHI dristet seg til å legge frem før påsken 2020, hvilke konsekvenser ville det hatt for smittespredning, behandlingsmuligheter, arbeidspress. Var det en realisme i det å håndtere det utover en mulig fryktfremkallende følelse?

B: I møte med HOD var vi veldig tydelig på at vi var usikre på om vi ville komme opp på 1200 eller 1350 intensivplasser. Fagmiljøene var veldig skeptiske og vi sa at det kanskje kunne gått noen 2-3 uker. Vi hadde aldri prøvd dette og så skulle det skje fort. Jeg var i betydelig tvil og det var ikke noe man kunne gjort i mer enn en kort periode. Hadde man gjort det hadde man stoppet alt annet enn øyeblikkelig hjelp. Det ville bli en totalt unntakssituasjon.

Har dere opplevd eller diskutert konkrete situasjoner knyttet til smitte av covid fra pasienter til ansatte, altså smittsomheten av covid som en arbeidsmiljøtrussel?

O: Ja, det har vært diskutert kontinuerlig hvordan man skal ivareta pasientsikkerheten og HMS. Det har alltid vært med noen fra HMS og tillitsvalgt når dette har vært på agendaen. Jeg opplevde en viss ro knyttet til dette, i alle fall på bakrommet, fordi det kommer til et punkt hvor man ikke kan ha flere på respirator uansett hvor mange reserveløsninger du tar i bruk. Da var det en drøfting av om man skulle lage kriterier for hvem som ikke skulle på respirator. Vi var i gang med å ha en faglig og etisk refleksjon rundt det og det synes jeg var betryggende.

B: For mange år siden gikk jeg på offiserkurs og da forberedte man seg på en mulig krigssituasjon. Da sa man at den maksimale nytten man kunne gjøre ved masseskader er ikke å fokusere på de hardeste skadde, men å fokusere på de med mer moderate skader som kan reddes. Det er en tankegang som er totalt fremmed fra den sivile helsetjenesten. Jeg synes egentlig at Hdir sine prioriteringskriterier var veldig myke og jeg var redd personellet skulle bruke mye tid

på pasienter som det ikke var mulig å redde. Jeg tenkte at i en slik situasjon så må man med hard hånd si at de og de får ikke behandling.

I Helse Vest har dere noen rimelig oppegående, kommunale døgnplasser. Har dere noen tanker om de kunne ha blitt brukt som en slags buffer?

O: Nei, jeg kjenner til at det har vært en diskusjon om det i Bergensområdet. Man ryddet på avdelingen på Danmarks plass mtp. å ta inn covid-pasienter, så den ble stående nærmest ubrukt i en periode. Det foregikk ikke i regi av RHF-et, men som en dialog mellom helseforetak. Fra mitt utkikkspunkt så var det kanskje umulig å anerkjenne den innsatsen som ble gjort i kommunal helseomsorg. Det var grunnfjellet som vi hvilte på uten å se det.

Dere snakket om arbeid med utrykningsteam innad på sykehuset som en måte å drive kompensere virksamhet på for å forhindre at pasienter kom i en situasjon hvor de må overføres på intensiv. Er det mulig for dere å tenke dere at man kan se for seg at sykehusenes plikt er å yte hjelp til kommunene og kunne omfatte en form for prehospital støtte.

B: det er en interessant tanke og jeg vet det var initiativ fra foretakene om å rykke ut ved smitteutbrudd hvis det var enkelte veldig kritiske situasjoner på sykehjem. Premisset for det må være et ekstremt hurtig og stort med geografisk begrenset utbrudd. I et slik perspektiv kan det vært nyttig og livreddende.

O: Det må også være noe som er gjennomtenkt på forhånd.

Har du noen tanker rundt hvilke hensyn som må vektlegges når kapasitet og intensivkapasitet skal planlegges fremover og dimensjoneres både i Helse Vest og på landsbasis?

B: For det første så tror jeg at tanken om at man skal ha egnede lokaler i tilfelle en pandemi innad i sykehuset, altså lokaler som bare står der, er ikke så veldig realistisk. Man kan tenke seg at man kan ha lokaler utenfor som kan klargjøres og forberede. I Bergen f.eks. gjorde de om en gymsalen (på sykehusområdet) slik at de kunne ha 25 - 30 pasienter der. Slik tror jeg kan være nyttig.

Når det gjelder intensivkapasiteten så tror jeg man må skille veldig mellom de å øke den generelle kapasiteten kontra det å forberede seg på en veldig økning. Jeg vil tenke at f.eks. det å trene andre personellgrupper til å gå inn i en intensivrolle kan være mer verdifullt for å møte en kjempetopp senere enn å bare øke antall intensivplasser i fredstid.

O: Jeg tror også at en planlegging for kritiske situasjoner med massiv tilstrømninger av veldig dårlige pasienter handler mer om å tilrettelegge for fleksibel bruk av lokaler man har. Det må

være mulig å få lys, strøm og varme til flest mulig lokaliseringer på et sykehusområde. Jeg er litt uenig med Baard-Christian. Specialisthelsetjenesten bør man holde innomhus, dersom man skal legge det utenfor så må det være veldig tett utenfor.

De utfordringene som man så på intensivområdet også før pandemien og det som kom til uttrykk i den regionale intensivutredningen som kom i 2019, er det noe RHF har tatt opp med HOD. I så fall i hvilket fora og hvordan har det eventuelt blitt gjort?

B: Selve rapporten ble laget av RHF-ene og den forelå knapt før pandemien kom. Da kom de hensynene litt i bakgrunnen opp mot andre mer akutte problemer knyttet til intensivbehandling. Jeg vil si at rapporten blir mer aktuell etter pandemien. Jeg har sendt over til dere den utredningen som Helse Vest har gjort når det gjelder det fremtidige behovet for intensivsykepleiere. Men selve rapporten er ikke tatt opp med departementet fordi vi har oppfattet at vi er i en krisesituasjon og vi må nå håndtere den og så kan vi planlegge for den elektive virksomheten når situasjonen blir mer normal. På RHF-et har vi derimot gjort denne utredningen og planleggingen for å ta hånd om behovet for intensivsykepleiere. En viktig side der er hvordan vi kan organisere både arbeidsfordeling og drift slik at det økte behovet for intensivsykepleiere ikke blir så stort. Det er uansett ikke en aktuell problemstilling at vi skulle få for mange av dem.

Det er vanlig at man forbereder seg på de kriser man har hatt, og ikke de som kan komme, og som kan være helt annerledes. En fordel oppi dette er at det har skjedd i et velorganisert og fredelig samfunn. Når vi nå planlegger for fremtiden så ser vi at vi må ha oksygen og lokaler, men det er for denne problemstillingen. Det er en haug andre problemstillinger som kan komme, f.eks. omfattende hackerangrep, krig etc. Jeg ser for meg at mange av de tingene om er skreddersydd for en pandemi kanskje ikke er nødvendigvis er dekkende for utfordringer som kan dukke opp i fremtiden.

O: Jeg hadde veldig lyst til å bli spurt om det at vi hele tiden har levert veldig gode data til FHI. Data som vi vil hatt nytte av å få tilbake systematisert og presentert på en slik måte at vi kunne håndtert pandemien. Vi kjempet fra mai i fjor til i høst for tilgang til å legge inn f.eks. MSIS-data i en kartløsning for å se på immunstatus og smittespredning i befolkning. For meg hadde det vært utrolig viktig om vi kunne få en annen innretning på lovverket slik at vi kunne få nytte av dataene. Dette er generisk, neste gang det kommer noe som sprer seg hurtig, så vil den type samhandling med FHI kunne stått seg mye bedre.

Jeg har sett en del av arbeidet som analytikeren har gjort og jeg kan avsløre at når han har vært avhengig av data knyttet til kommunale hold, så har ikke minst Stavanger Aftenblad og VG er de viktigste informasjonskildene hans og ikke data fra FHI.

Digital gjennomgang. Referat godkjent av Baard-Christian Schem 12.01.2022.
Oslo, 12.01.2022 Linda Aamodt