



Koronakommisjonen

Kommisjonen er oppnevnt i statsråd 24. april 2020

INTERVJUREFERAT –JAN FRICH

Intervju av:	Jan Frich, vise administrerende direktør/fagdirektør i Helse Sør-Øst.
Sted:	Tollbugata 12, Oslo
Tid:	26.11.2021 kl. 12.00 – 14.00
Digitalt eller fysisk:	Fysisk
Leder av intervjuet:	Geir Sverre Braut, kommisjonsmedlem
Øvrige deltagere som deltok fysisk:	Kommisjonsmedlem Nina Langeland. Marianne Aasland Kortner fra sekretariatet. Anni Haugen fra PwC.
Øvrige deltagere som deltok digitalt:	Kommisjonsmedlem Ayan Bashir Sheikh-Mohamed
Ev. bisittere	Hilde Kristin Morfjord

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:

Jeg kan innlede med å si at vi har jo skrevet noen artikler sammen, men jeg har vurdert at ikke er inhabil på grunn av det.

Jan Frich: Jeg er enig i det. Vi har ikke hatt noen felles stipender eller lignende.

Geir Sverre Braut presenterer deltakerne til stede.

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

- Det er satt av 2 timer 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.

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

Nei, det er greit.

Geir Sverre 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 Sør-Østs rolle og situasjonen for sykehusene i regionen da sykehusene måtte oppskalerte intensivkapasitet våren 2020
3. Helse Sør-Østs rolle og situasjonen for sykehusene i regionen da sykehusene skulle tilbake til normal drift mellom og etter smittebølgene
4. Helse Sør-Østs rolle og situasjonen for sykehusene i regionen gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen
5. Helse Sør-Østs samarbeid med sykehusene i regionen, med de andre regionale helseforetakene og med Helse- og omsorgsdepartementet gjennom pandemien
6. Utrulling av vaksiner til helsepersonell
7. Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner om kapasitet, konsekvenser og læring

FORKLARING

Innledning

Kan du redegjøre kort for din stilling i Helse Sør-Øst?

JF: Jeg begynte i Helse Sør-Øst i januar 2018. Jeg har vært ansatt i organisasjonen i snart 4 år. Jeg begynte som direktør for medisin og helsefag, også kalt fagdirektør. Fra august 2019 var jeg viseadministrerende direktør. I det ligger det at jeg ivaretar fagdirektørfunksjonene, men har også vært fast stedfortreder for administrerende direktør. Jeg har i prinsippet vært fagdirektør gjennom hele perioden. Tilbake i tid er min kliniske utdanning som nevrolog. Jeg jobbet i 2001-2017 i ulike stillingsbrøker kombinert med tilknytning til universitet. Fra 2011-2017 var jeg professor I på UiO. Sideutdanningen er innen nevrokirurgi, mens hovedfeltet er nevrogenetikk og arvelige sykdommer.

Hilde: Jeg har jobbet i Helse Sør-Øst med beredskap. Jeg har hatt ansvar for dokumentasjon sendt inn til Koronakommisjonen.

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?

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?

I 2014 ble det levert en regional intensivutredning i Helse Sør-Øst. Den ble behandlet av fagdirektørene og sendt ut til alle helseforetakene med anbefalinger. Det ble poengtert at de hadde ansvar for å følge opp og dimensjonere intensivkapasiteten. En av tingene som kom ut av den var at man opprettet et fagråd for intensiv i Helse Sør-Øst. Lederen av fagrådet var klinikkleder på Oslo universitetssykehus. Han tok kontakt med meg tidlig i 2018, for å innlede en diskusjon om intensivfeltet. De samtalene ledet frem til mandatet i oktober 2018. Det jeg oppfattet som bakgrunnen for at han ville drøfte med meg, var primært at man skulle samstemme bedre hvem som skulle behandles på intensivenhet, interkommunal transport, flygning av pasienter. Slik jeg husker det snakket vi ikke primært om å etablere flere intensivplasser, men at koordinering var en utfordring. Jeg diskuterte et utkast til mandat med han, som jeg tok med opp i interregionale fagdirektørmøtet.

Hans Flaatten fungerte som leder i den arbeidsgruppen. De leverte en rapport til oss desember 2019. Før rapporten kom ble jeg oppmerksom på at det var en del uro og konflikt allerede. I

retrospekt var det to ting vi burde tenkt på med gruppen. Det ene var at jeg ikke var klar over at det var en så anspent konflikt på intensivfeltet i Norge. Jeg kjente ikke historikken godt nok, med krevende konflikter rundt eierskap av intensiv. Gruppen ble nedsatt med personer med anesthesi/intensiv bakgrunn. Jeg skjønnte i løpet av 2019 at det var uheldig. Jeg fikk mailer og telefoner om de som ikke var inkludert i det som foregikk. De hadde ikke fått rapporten på høring. Vi i fagdirektørgruppen hadde ikke tenkt at den skulle på høring. Vi tenkte den skulle til oss fagdirektører, også skulle vi se hvordan vi skulle ta det videre. Gruppen var effektiv og sendte rapporten på høring til utvalgte miljø. Så konflikten var et faktum innen vi fikk rapporten. Det var de indremedisinske miljøene som ikke var blitt inkludert.

Da er vi inne i den interne profesjonskampen på dette feltet. En måte å forklare det på er ved å se på nivåene av intensivsenger. I Norge har vi få intensivsenger fordi vi bare regner intensivsenger som den øverste kategorien med den største bemanningen og utstyr. Det finnes et sjikt som er overvåkningssenger og intermediærsenger. De anerkjennes ikke av intensivregisteret i Bergen, eller av enkelte i miljøet som intensivsenger.

Den neglekten av miljøet var derfor en utfordring. I tillegg utsagn i rapporten om hvem som skulle lede intensivene. Lønning, som var fagsjef i Legeforeningen, ringte meg og spurte hva vi hadde satt i gang. Hun sa at nå var det full krig. Hun hadde fått henvendelser fra indremedisinere som var rasende.

Vi fikk rapporten 30. desember 2019. Vi hadde et møte i januar om hvordan vi skulle få dette på skinner igjen. Vi ønsket å løfte opp problemstillinger og drøfte problemer. Vi begynte med en veldig konflikt. Vi konkluderte med å ha en bredere innspillsrunde. Før vi kom videre, kom pandemien. I vår region var vi allerede i slutten av januar tunet inn mot det som rørte seg i Kina. Vi agerte med kartlegging, e-poster og utstyr. Vi gikk i pandemimodus, selv om vi formelt ikke gikk i beredskap før 9.mars.

Da kom rapporten i bakgrunnen?

Da kom rapporten i bakgrunnen. Det var mer fokus på akutte problemstillinger, enn rapporten som hadde havarert litt i konflikt.

Hva har skjedd med rapporten etter desember 2019?

Nye innspillsrunder har det vært. Det er fortsatt en del spenning i feltet. Det har kommet høringsinnspill på høringsinnspillene. Vi oppsummerte det som var kommet i dokument, og vi hadde en ny runde i fagdirektørmøtet. Da fikk vi parallelt med dette oppdraget fra HOD om å

utrede intensivområdet i 2021. Vi har vært preget av pandemi og beredskap i ulike faser, så dette utredningsarbeidet ble lagt litt til side underveis.

Det vi gjorde våren 2021 var å ta et initiativ til å runde av rapporten og se på hva vi kan ta med oss videre inn i oppdraget fra HOD, fra intensivrapporten. Vi inviterte utredningsgruppen, så vi måtte få inn en representant fra indremedisin i hver region, ha et møte og diskutere hva vi kunne ta med oss videre. Vi var opptatt av om det var mulig å enes om definisjoner. Gruppen fikk et par uker, før de skulle melde tilbake i notat hva vi skal ta videre i utredningsprosjektet. Det som skjedde da var at anestesimiljøet opplevde at vi hadde startet den nye utredningen uten at de var involvert. Det ble brukt sterke uttrykk som “fagforeningsknusere”. At vi ikke hadde forholdt oss til tillitsvalgte i fagforeningene. Vi pleier forholde oss til konserntillitsvalgte. Planen vår var å lage et mandat og ha et interregionalt prosjekt, og ta med det vi kunne videre fra rapporten. Dette ble eskalert helt opp til statsrådnivå. Det ble så betent, at jeg lurte på hvordan vi skulle komme videre. Sykepleierforbundet ble koblet seg også på. De kritiserte at dette var diskutert uten at de hadde vært med.

Når man ser reaksjonene i etterkant, så skjønner man at man skulle rigget dette på en annen måte. Vi har prøvd å se på hvordan vi kan rigge dette videre, med et mandat, noen definisjoner og ved å prøve å sette punktum for arbeidet fra 2019. Sykepleiere skal være med i den interregionale gruppen vi skal etablere, men vi hadde ikke kommet dit enda. Opplevelsen av at vi startet uten alle involverte var der selv om prosjektet ikke var startet.

Var det gitt noen tidsfrist i oppdragsdokumenet fra HOD?

Det sto kun at det var bare gitt et oppdrag i 2021. Implisitt betyr det at man skal gjøre oppdraget i 2021 og rapportere i årlig melding for 2021. Hadde vi ikke hatt smittebølger og pandemien så hadde vi kommet lenger. Prosjektet har fått mandat, styringsgruppe og er i gang. Fagdirektørene er ikke styringsgruppe. Vi har lagt det ned et nivå, slik at det kan heves et nivå hvis nødvendig. Det er et tofasert prosjekt. Definisjonsavklaring er første fase. Deretter går det ut til hver region for å se hvordan det er der. Vi kommer til å bli forsinket med arbeidet, men vi er igang. Vi har prøvd å sammensette gruppen bredt, for å lage rammen rundt det. Vi ønsker veldig gjerne å komme i mål med det prosjektet.

Vi hadde en diskusjon internt i RHFet før pandemien ble en realitet, om rapporten. Det vi merket oss var at man som en minstenorm bør ha minst 4,9 intensivsenger per 100 000 i Helse Sør-Øst. Det sto en tabell i rapporten som sa 9,5 senger per 100 000. I tillegg fikk vi telefoner fra folk som sa at enkelte senger ikke var talt med. Vår oppfatning var at vi ligger på greit nivå, selv om noen helseforetak opplever å ha for få intensivsenger. Da vi fikk rapporten i 2019 tenkte vi at det kanskje ikke sto så dårlig til hos oss og at andre regioner hadde større utfordringer enn oss i Sør-

Øst. Det gikk ingen panikkalarm i RHFet da vi fikk rapporten, det var mer at vi så dette var ting vi måtte tenke på.

Vi har lært av pandemien. Vi valgte å gjennomføre en kartlegging av det helseforetakene selv definerte som intensivsenger. Helseforetakene rapporterte 157 sengeplasser. Mellom 144 og 157 sengeplasser ligger plassene som ikke følte seg telt med.

Vi har fått et overblikk over profilen til helseforetakene. Vi har hatt en dialog med AHUS om dette i flere runder. De har hatt stor befolkningsvekst, og der var vi allerede før pandemien på med en plan for å styrke kapasiteten der. Regionen fungerer som et helhetlig system, men Ahus var et av helseforetakene vi hadde oppmerksomhet mot.

Var det regionalt man fikk definere intensivsenger selv, eller på sykehusene?

I mars 2020 ble det mye oppmerksomhet rundt kapasiteten. Sør Øst tiltok seg en type koordinerende rolle. Det fulgte av at departementet besluttet at administrerende direktør hos oss skulle være med i morgenmøter med FHI, HDIR. etc. Det ble dermed vi som representerte RHFene. Da fikk vi indirekte flere koordineringsoppgaver. Da vi fikk i oppgave å kartlegge antall intensivplasser sendte vi samme ordlyd til alle. HDIR og HOD ønsket tall. Vi gjorde dette i to runder, hvor vi standardiserte spørsmålene i kartleggingen. I vår region var tilbakemeldingen at vi hadde 157 senger, det foreligger planer om å øke til 392, i krisesituasjon 598. Da brukte man alt man hadde. Summen var 925 totalt nasjonalt i en krisesituasjon. I mars 2020 var vi opptatt av å gi et realistisk bilde av kapasiteten. Det var 925 intensivplasser om man trakk alt ut. 289 intensivplasser var antall plasser som var bemannet for med personell i en normalsituasjon.

Det oppsto konflikt om tall som det ble opplyst om, og tall vi ikke hadde opplyst om. Vi var ulykkelig over det. Reaksjonen fra tjenestene inn mot oss kom kontant. At vi overhodet ikke hadde peiling. Vi er eid av linjen, men satt med disse tallene. Når et tall først er ute er det vanskelig å trekke det tilbake. * ved gjennomgang: Dette avsnittet kan slettes. Det er uklart hva det henger sammen med. Forklaring kommer i neste avsnitt.

Det kom en modellering fra FHI samtidig. Det var et objektivt modellert behov for 1200 plasser. Det kom oppdrag fra HOD i neste runde, om å nå FHIs modell. Vi måtte gjøre det vi kunne for å utrede dette. Jeg er glad vi var tydelig på hva som skulle til for å få dette til. I dokumentet som vi styrebehandlet og sendte oppover til HOD, så lagde vi en risikovurdering. Vi sa at det var mulig å planlegge for, men ulike faktorer er det stor risiko med. Bemanningssituasjon er en av risikofaktorene. Det var uttrykk for at vi hadde strukket trekkspillet lengre, de følte seg nesten forrådt. Vi skal svare på et behov som er der, på oppdrag, men være tydelig på risikoene for hva

som skal til. Det har gjort det enklere å stå inne for det, når vi har vært tydelig på risiko og mangler.

Du nevnte bestillingen fra HOD i 2021, og at den faglige konflikten eskalerte helt opp på statsrådnivå. Var det mellom RHFet og HOD?

Det var en enkeltperson som er leder i norsk anesthesiologisk forening som tok saken ut fra et slags varslingsmodus og sendte e-post til legeförening og sykepleierforening. Det ble et tema hvor vi fikk tilbakemelding fra HOD om at sykepleiere måtte være med.

Hvor var HOD i denne prosessen? Var de informert om utfordringene HOD?

Vi hadde diskutert intensivutfordringer i oppfølgingsmøter. Da de ga oppdraget om å utrede intensivkapasitet visste de at vi allerede hadde begynt å jobbe med dette. HOD formaliserer det.

HOD var da kjent med utfordringene som hadde ligget der lenge?

Man må skille embetsverket og den politiske ledelsen. Til embetsverket hadde vi formidlet at det var vanskelig å komme videre på grunn av faglig uenighet. Jeg vet ikke i hvilken grad politisk ledelse var orientert.

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

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

I januar så jeg at dette kunne vi ikke se bort ifra. Det var knapt noen smittetilfeller utenfor Kina, men vi så en spredning som var urovekkende. Vi gikk gjennom planverket og ba helseforetakene gjøre det samme. Vi ba om å få tilsendt planer. Vi var nok preget av den første risikovurderingen til FHI. Vi fikk inntrykk av at det kanskje kunne treffe oss på høsten. Fra midten av februar initierte jeg, som regional fagdirektør, faste fagdirektørmøter med helseforetakene i regionen for å følge opp. Til tross for risikovurderingen fra FHI var magefølelsen at vi ikke skulle ta lett på det.

Den 28.januar innførte vi rasjonerer av smittevernutstyr. Vi bestilte mer utstyr tidlig. Vi gikk i direkte dialog med Sykehuspartner og personer fra Sykehusinnkjøp. Vi hadde god oversikt over hva vi hadde av smittevernutstyr. Vi ba dem bestille mer. De ekstra leveransene kom ikke. Vi identifiserte nye aktører for bestillinger, det kom heller ikke. Vi kom til et punkt hvor vi skjønnte at her var det transport og logistikk som var hovedutfordring. Ingenting kom til landet.

Flyoperasjon ble etablert, men da var vi i midten av mars (19. mars). Det var kritisk lavt nivå på utstyr.

Parallelt med dette begynte vi systematisk oppmerksomhet mot intensivområdet. Jeg hadde en nytilsatt avdelingsdirektør, med kjennskap til feltet. Jeg koblet henne med en anestesisykepleier, som vanligvis driver med innkjøp. De to begynte å se på hva vi hadde av utstyr, hva var på lager. Vi besluttet å begynne å bygge opp et intensiv-utstyrslager. Samtidig hadde vi oppmerksomhet på legemiddelfeltet. De første initiativene var opptakt til det som ble covid-legemiddellageret. Vi koordinerte dette. En ting er å telle senger, men det er mange innsatsfaktorer som må være på plass.

Det var en annen gunstig omstendighet som var at vi allerede hadde igangsatt regional utskifting av respiratorparken vår. Mange helseforetak hadde bestillinger under leveranse. Vi kom til ca 280 respiratorer tidlig i mars, og bestillinger vi visste kom inn. Det vi gjorde var å iverksette regional bestilling. Dette fordi vi ikke var sikre på summen av det helseforetaket hadde bestilt, var nok. Vi kunne utnytte at vi fikk nytt utstyr samtidig som vi hadde det gamle. Vi utnyttet det momentet, og la en regional bestilling på toppen av det. Det var gjort på bakgrunn av estimat om hvor mange som ville ha behov for respirator.

Det som trigget dette ytterligere var videointervjuet med legen fra Italia som direktoratet inviterte til. Det var nok avgjørende for situasjonsforståelsen. Helse Sør-Øst ble truffet tidlig den 28.februar, med smittetilfeller på øyeavdelingen. Dette eskalerte litt for oss. Det traff en seksjonen med seks av åtte overleger ute. Vi klarte da ikke ivareta vårt sørge for ansvar. Vi kunne ikke håndtere akuttnettthinneavløsning og det var kritisk tilstand. At det videomøtet kom i stand var nok en vekker, også for intensivmiljøene. Da forberedte vi oss virkelig for dette.

Midt i mars 2020, hvor mange respiratorer fantes det da?

Ca 280.

Hva var det meste dere brukte samtidig den våren?

Jeg er usikker på eksakt tall. Slik dette var de facto så var det slik at Covid-19 pasientene fortrengte annen kapasitet. Vi måtte kansellere planlagte operasjoner. Det har ikke vært problem med respiratorkapasitet etter vi fikk de respiratorene.

Det var vel også mye pasientkansellering, hvor de selv kansellerte og andre akutte sykdommer gikk ned i perioden.

Ja. Det finnes statistikk på det. Det vi hadde oppmerksomhet rundt kreftsykdom og akutte livstruende tilstander. Det måtte vi ivareta.

Dere gikk gjennom planverket deres og helseforetakene sine. Hva måtte dere justere for, eller lage nye planer for?

Det er et system av beredskapsplaner med regional beredskaps- og smitteplan. Det er en pandemiplan som del av dette.

Var pandemiplanen dere hadde hensiktsmessig?

Pandemiplanen sa noe om roller, ansvar og oppgaver på overordnet nivå. Når du konkret skal begynne å planlegge er den ikke så konkret. Den viser nivå mellom regionale og lokale helseforetak. I RHFet ble alle veldig operative og tok beslutninger om for eksempel innkjøp av utstyr, noe vi aldri ellers ville gjort i en normalsituasjon. Et læringspunkt er at vi supplerer planverket med en egen delplan for kapasitetsutvidelse. Det har vært for lite beskrevet.

Sett i etterkant. Var det fornuftig å sentralisere det?

Hilde: Vi har gjennomført en devaluering av pandemihåndteringen. Funnene viste at det var hensiktsmessig.

JF: I en slik situasjon ble Norge et lite land hvor man må bruke den styrken man har. Det er tempo på ting. Innkjøpet av utstyret var en beredskapsbeslutning. Noe som normalt skulle vært tuftet på utredning og vurdering, blir beredskap når man ikke har anledning til å utrede. Jeg mener vi var nødt til det. Mange følte det var lite informasjon og transparens over smittevernutstyr. Det skjønner jeg, men vår kapasitet i den situasjonen var slik at det viktigste var å få kjøpt inn utstyr.

Hilde: Jeg kan skyte inn at den delplanen vår, den var knyttet til ansvar, roller og føringer. Men det man ikke kunne basere seg på, var planleggingsgrunnlaget i planen. Man følte nok at man tidligere kunne hatt dimensjonering.

Vi opplevde at hvis vi spør hvor mye utstyr man trenger, så finnes det regnestykker. I denne situasjonen er grunnforbruket så økt, at vi utviklet en helt annen fremskridningsmodell for utstyrsbruk.

Det har vært skrevet mye om smittevernutstyr. Fordelingen av smittevern utstyr sett i etterkant, i hvilken grad opplevde dere å se kommunenes behov? Hva kunne vært gjort annerledes, er det noe å lære?

Som et RHF har vi ca. 190 ansatte totalt. Vi tok oppgaver vi fikk. Vi hadde ikke et ønske om å skaffe smittevernutstyr til kommunene. Men vi tok den oppgaven vi fikk, og gjorde det beste ut

av det. Fordeling ble gjort av HDIR ut fra antatt behov i kommunene. I vårt system kunne vi få opp eksakt antall utstyr på sykehuset. Kommunene hadde ikke den oversikten. Vi sto overfor en situasjon hvor vi opplevde at vi manglet utstyr på sykehus. Jeg kan ta et eksempel som beskriver situasjonen. En av fagdirektørene på et sykehus så et intervju i lokalavis med en legevaktlege som testet pasienter. Han sto med FFP3 masker og uttalte seg om at det var mye jobb med at de hele tiden måtte ta de på og kaste dem etter hver pasient. Fagdirektøren ringte rett til legevakten, for dette skjedde i en kritisk mangelsituasjon. Intensivpersonell sto samtidig med for lite utstyr. Den typen dialog tok vi.

Jeg tror det ble kommunisert fra HDIR at det bare var å sende inn bestilling så kunne man få. Det var ikke sånn, det tok tid å få volum på utstyret. Spørsmålet er hva kommunen lærte av det. Jeg har oppfordret Hdir om å ta dette opp med KS, at kommunen må lage kapasitet for felles innkjøp. Det ble aldri noe til av det. Det ble slik at RHF skulle fikse det, men andre aktører i kommunal sektor kunne tatt ansvar. En av lærdommene er at vi burde ha et felles nasjonalt lager.

Hvordan informerte og kommuniserte Helse Sør-Øst med helseforetakene? Var det andre kanaler enn fagdirektørmøtene, som du har nevnt?

Vi hadde formelle beredskapsmøter med direktørene. Vi hadde møter med fagdirektørgruppen flere dager i uken. På det tidspunktet i mars hadde vi delegert ansvar for koordinering av intensivbehandling til OUS, gjennom et oppdrag. Sykehuset i Vestfold var sekretariat. Der hadde RHFet en observasjon som lyttet av møtene. Da kom informasjon om den situasjonen tilbake til oss på den måten. Møtene ledet av fagfolk på OUS.

Hilde: Det var også faste møter mellom HR direktørene, IKT direktørene etc.

Var funksjonaliteten i det oppdraget som ble iverksatt tilfredsstillende?

En ting var å diskutere utnyttelse og felles kapasitet. En annen dimensjon var å få standarder for behandling. Gruppen har også fungert som moralsk støtte. Flere har sagt at de satt pris på å være del av det fellesskapet. Bakgrunnen for at vi måtte gjøre det sånn er at vi har en betydelig intensivkapasitet på OUS, mens for eksempel AHUS hadde lavere kapasitet. Vi måtte finne en fordeling av belastningen. Vi var opptatt av at vi ikke skulle kjøre et helseforetak i senk.

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

Det var kanskje noe fordeling mellom HFene. Vi fikk betydelig hjelp fra andre regioner, dels friske hender og hoder og samtidig var det en moralsk støttefunksjon. De tilreisende reiste hjem etter noen uker, hadde lært mye og vi fikk bygget kapasitet i andre regioner.

Sykehus Telemark avså personell til Vestfold. Martina Hansen avså personell til Bærum. Martina Hansen-avtalen var viktig for Bærum.

Var det dere som fikk i stand den avtalen?

Vi var fasilitator for den. De avtaler seg imellom. Martina Hansen har en avtale med oss og får ramme og økonomi fra oss. Meldingen fra oss at det ikke straffes økonomisk på slutten av året når man skal avregne, selv om de ikke hadde gjort det som var avtalt før pandemien.

Flytting av pasienter. Hvordan var dette i Helse Sør-Øst? Flyttet dere bare pasienter når en avdeling var for hardt belastet, eller ble det vurdert å omfordele primærpasienter?

Vi fordelte pasienter på tre måter. Den ene måten var at OUS og AHUS rutet sannsynlig tiltrengende dårlige pasienter fra AHUS til OUS. Vi kunne også flytte en etablert pasient. Det var også mulig å holde igjen pasient man normalt ville flyttet, for å avlaste. Det ble mange flyttinger og det går ressurser med på det.

Tema 3: Helse Sør-Østs 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. Hvor raskt klarte dere dette og hvor mye klarte dere ta igjen av fast kapasitet?

Jeg mener at vi i det store relativt raskt kom i mer normalt modus. Mange har forpliktelser mot sin pasientgruppe og har jobbet på for å få til det i mulighetsrommet. Vi kommuniserte at gjør så mye dere kan, men sørg for ordentlig ferie. Overraskende fort så skrudde man om og kom i gang med normal drift. Det var min opplevelse.

Helseforetak har ulike ledere og strukturelle forutsetninger, enkelte hang mer igjen i beredskap, andre gikk fort ut av det. Ahus var fort på å komme inn i normal modus igjen.

Pakkeforløp kreft har vært en bekymring hos flere. Hvordan var det hos dere?

Vi kommuniserte at vi måtte prioritere kreft. Det kom færre inn i pakkeforløpene, men de som ble det, de ble utredet som før.

Hvordan har det gått frem til nå?

Vi hadde måloppnåelse på 77 prosent samlet i regionen i vår i oktober for pakkeforløp. Vi hadde en nedgang i sommer og høst på 70 prosent. Før pandemien har vi hatt fokus på pakkeforløp av kreft og også gjennom pandemien. Det er nok en effekt av at færre har blitt utredet. De som har kommet til oss i vårt system har blitt tatt godt vare på. Det har vært enkelte utsettelse av kreftkirurgi, og da er det snakk om dager.

Det som ble tatt ned betydelig var for eksempel øre-nese-hals kirurgi. Det er gjort fornuftige prioriteringer og vi fikk hjelp til prioriteringer av HDIR. Den typen kirurgi er normalisert igjen. Man utsatte ting som kunne utsettes uten fare for liv og helse.

Vi har fått inntrykk av at store livsnødvendige operasjoner ble utsatt. Det kan ikke du bekrefte?

Det spørres hvem som ser. Ved kreftoperasjoner opplevdes det dramatisk selv ved korte utsettelse, men det var kanskje ikke medisinsk sett dramatisk.

Intensivmiljøet har måttet melde til kirurger at pasienter ikke kan tas nå. Historien vil vise konsekvenser på sikt. Fagdirektørene med administrerende direktørs tilslutning ga oppdrag om å studere effekten av pandemien.

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

Vi ønsker også å høre om Helse Sør-Østs rolle og situasjonen på sykehusene i regionen gjennom den andre, tredje og fjerde smittebølgen. Hvordan har dette fortonet seg?

Personell og bemanning er det som har vært tema. Dette har vært utmattende for personalet over tid. Det å finne riktig balansenivå har vært viktig. Det å balansere vanlig drift med beredskap er krevende. Det som har kommet tydelig fram under pandemien er hvor avhengig vi er av utenlandsk arbeidskraft og intensivsykepleiere. Det kan vi ikke fortsette å være så avhengig av. Det utgjør en betydelig risiko som ikke er grei. Vi brukte tid på å forhandle oss til unntaksordninger fra karanteneplikten og reiseordninger. Utgangspunktet for dette er at vi har skapt oss denne avhengigheten. Vi må utdanne flere så vi ikke har den avhengigheten. Det har blitt meldt oss fra helse-vest, at de i mindre grad er avhengige av utenlandsk arbeidskraft. Så det er mulig å løse dette.

Har Helse Sør-Øst, gitt bedre bemanning, nok intensivplasser?

Vi har dette utredningsarbeidet som pågår nå. Det er i utgangspunktet det enkelte helseforetaket som må vurdere sitt behov. Vi har ikke regional styring av antall plasser. Men, vi som RHF må være trygge på nok antall plasser gitt ansvaret vi har. Det er noe av bakgrunnen for utredningen, at vi trenger helhetlig bilde av det. Vi mener vi trenger noe mer plasser, også i fredstid. Vi skal vokse fra 3 millioner til 3.5 millioner på 19 år. Vi må se på hvordan planlegge for den veksten. I en vanlig situasjon har enkelte helseforetak for lite intensivkapasitet. Vi har nylig hatt diskusjon med Ahus om dette, som planlegger for flere plasser.

Vi er gitt i oppdrag om å si noe om kapasiteten. Kan du antyde hvilket nivå du tenker det bør ligge på? 10, 20, 30 prosent?

Kanskje litt over 10 prosent. Det er viktig å si at intensiv og overvåking må sees som en helhet. Når vi dimensjonerer OUS nå, de har 75 i dag, vi legger inn tre bydeler. OUS planlegges da med 132 intensivsenger.

Sett at man hadde fått større bevilgning. Hadde du fortsatt prioritert intensivplasser?

Man kan ha optimaliseringsteori rundt dette. Har man hele tiden litt for få senger, får man suboptimal drift i andre deler. Det å utsette inngrep og operasjoner har kostnader menneskelig og ressursmessig. Det å finne nivået hvor man har tilstrekkelig antall er viktig. Man må også ta høyde for befolkningsvekst.

Dersom man har få intensivsenger, vil det kun være tunge pasienter i disse. Man får høyere pasienttyngde-score og høyere bemanning. Poenget er at det kommer inn i negativ spiral hvor det er eksklusivt og tungt, og man stadig trenger mer ressurser. Det er slik sett bedre med en enhet med mer variasjon og flere personell.

Hvordan har kommunikasjon vært mellom RHFene og hvordan har dialogen vært med HOD? Dere har jo hatt en primus inter partes funksjon.

Vår rolle mot HOD som primus inter partes, fulgte av konstellasjonen av gruppene som møttes i fase 1 av pandemien. De andre syntes det fungerte suboptimalt, og de ble derfor med. Alle de fire fagdirektørene ble derfor med på morgenmøter, slik at det bare var helt i starten vi hadde den rollen alene. Morgenmøtene har de fortsatt med på. Det er gjort mye viktig koordineringsarbeid der. Vi hadde regelmessige møter med fagdirektørene i regionene. Interregionalt hadde vi møter, i perioder nesten daglige møter. Vi hadde Komite for utstyrsfordeling [KUF]. De andre regionene ble med i den strukturen. Den strukturen vi formelt har er det interregionale fagdirektørmøtet. Det består av fagdirektørene i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord-Norge. Nord ledet de møtene og kalte inn til disse.

I disse møtene greier dere å bli enige og diskutere ting på en god måte?

Ja, jeg opplever det som løsningsorientert fellesskap. Vi har oppmerksomhet mot å være konstruktive. Vi kjenner godt hverandre også. Det er et godt samspill. Der det av og til kan oppstå spenninger er når noen regioner får delegert enkelte oppgaver. For eksempel satt jeg tungt med utstyr.

Jeg synes det er et godt eksempel på at likhets-prinsippet i krisehåndtering fungerer også under press.

Tema 6: Utrulling av vaksiner til helsepersonell

Kan du si litt om din rolle og interesse i prioriteringen av vaksiner av helsepersonell? Hva har arbeidet og utfordringene bestått i?

Det som ligger til grunn her er en etablert pandemiplan. Der ligger helsepersonell prioritert øverst. Det er et utgangspunkt. Da vaksiner kom på agendaen, hadde vi ingen rolle i dette. Det ble satt ned en egen gruppe for dette. Vi opplevde at man i realiteten satte til side eksisterende planer og skulle innkalle til en gruppe med folk som er dyktige på prioriteringsarbeid. Jeg synes gruppen kunne vært supplert med noen som kunne si noe om hvordan helsetjenesten fungerte. Noe av det jeg opplevde som problematisk i resonnementene til gruppen i FHI var at de gikk inn i et nytteoptimaliserings-perspektiv som er relevant og gyldig i noen perspektiver, hvis man tenker enkeltmennesker i kompartmentalt perspektiv. Da er det riktig å si at vaksinasjon av de eldre har mest nytte. Det er riktig, men vårt perspektiv var at man måtte se på hva som skjer hvis helsetjenesten kollapset. Det får betydelig påvirkninger på andre grupper. Rapporten ble utviklet i en setting hvor det var rolig etter bølge to. Man tenkte man hadde lagt det bak oss. Så dro det seg til mot jul. Vi fikk mer og mer i behov for tydelig føringer. Vi tok kontakt mot HOD før jul, før vaksinene kom. Vi sa at vi trodde det var smart å avse noen vaksiner til helsepersonell. Både fordi helsepersonell forventer å bli sett og fordi vi var bekymret for kollaps i kapasitet. Vi fikk forhandlet frem 15 000 doser i første runde. Helse Sør-Øst hadde størst trykk, men vi var opptatt av kapasitet, så vi fordelte dosene per kapita til regionene. Vanligvis benytter vi en annen modell når vi fordeler økonomisk, her brukte vi en per kapita-modell.

Vi har vært opptatt av å ikke være brems og å få dette gjennomført så snart som mulig. Vår jobb i RHFet var, gitt hensikten med å sikre intensiv akuttkapasitet, å sette opp en fordeling som speiler andel av dette i helseforetakene. Da ble vi nødt til å fordele mest til OUS. Jeg opplever vi fikk til entransparent og god prosess rundt dette, hvor vi alltid har delt tankene våre rundt dette. Jeg opplevde at vi fikk forankret våre vurderinger. RHFet besluttet det. Hadde vi gitt dette ut til noen hadde alle kjempet for sine. Der måtte vi bare ta det ansvaret. Etter hvert har målsetting ved vaksinasjonen endret fra kritisk kapasitet til å vaksinere alle. Da er det annen logikk igjen. Vi har oppnådd å vaksinere 80 prosent av våre medarbeidere i regi av oss. Hos ansatte hos oss ligger vaksinasjonsdekningen på 96 prosent, slik at flere har fått vaksine gjennom kommunen.

Det som har vært veldig krevende har vært avtalespesialistene. Vi har 920 avtalespesialister i regionen. De har praksiser hvor de er tett på pasienter. For eksempel de som jobber på øre-nese-hals. De har vært bekymret for smitte personlig. Det var vanskelig i den først perioden hvor vi måtte si at vi ikke skulle sikre praksisens økonomi, eller beskytte enkeltleger. Vi skulle sikre akutt- og intensivkapasitet på sykehusene. Det å stå i de prioriteringene har vært ekstremt krevende og en ekstrem belastning på enkeltpersoner i vår administrasjon. Tre av fem av de som arbeidet med avtalespesialistene sluttet i år. Ikke bare på grunn av dette, men på grunn av dette og. Det har vært en ekstrem belastning inn mot dette. Vi har hatt ukentlige møter med

legeforening. De har opplevd enorm press om dette. Vi må finne en bedre måte å ivareta den gruppen. Jeg skjønner dem godt. De sitter med egen økonomi og praksis, slik at hvis de kommer i karantene får det en enorm økonomisk effekt. Likevel måtte vi si at det var akutt- og intensivsykepleiere som ble prioritert.

Har du noen tanker om de valgene man tok for prioritering, og om de har hatt noen konsekvenser for smitteutbredning og forløpet av pandemien?

De prioriteringene vi gjorde?

Nei. De prioriteringene FHI gjorde.

Jeg tror det er mye riktig tenkt i måten de prioriterte på. Det er klart at risikoen for alvorlig sykdom og død økte med alderen, det var ikke tvil om det. Det som preger en i pandemien er at man står på et tidspunkt og skuer inn i noe ukjent. Vårt perspektiv var at vi ønsket å formidle at vi måtte sørge for å behandle syke mennesker på god måte.

Det var vel også kommunisert fra sentrale styringsmakter, at man skulle ha kapasitet til å behandle syke mennesker?

Vi opplevde at vi ble hørt i noen grad. Det var veldig viktig. En ting er å bli hørt, en annen ting er å bli sett for det man gjør. Det ligger en psykologisk kontrakt i dette. Det er en gjeng med personell som har stått i tung belastning. De har over tid stått med dårlig utstyr. De måtte gå løs på ny bølge uten vaksiner. Det var derfor helt avgjørende at vi fikk det.

Hvis vi skal se på vaksinasjonsprogrammet i stort, så var vår opplevelse var at det var lite planmessighet og forutsigbarhet i det, sett fra vårt perspektiv. Kunne vi kommunisert tidligere hvordan planen ble, så kunne vi lagt en mer helhetlig plan. Nå har vi hele tiden hatt en litt ad hoc-tilnærming. Men jeg vet godt at vaksineleveranser ikke har vært planmessig og forutsigbart. Jeg kjenner også AstraZeneca- historien. Så jeg skjønner at det har vært krevende for FHI.

Du nevnte at en 70-80 prosent var vaksinert på sykehusene. Har sykehusene hatt tilstrekkelig infrastruktur til å gjøre det? Sagt på en annen måte; ved en ny runde, skulle sykehusene vaksinert egne ansatte på samme måte?

Jeg mener bestemt at sykehusene burde vaksinere sine egne ansatte. Vi tilbød sykehusapotekene til FHI.

Du tenker nå på at sykehusapotekene har forsynt både egne ansatte og kommunene?

Ja.

Du mener det har fungert bra?

Det har fungert veldig bra. Det var en modell vi jobbet ut i fellesskap med hjelp fra Sykehusapotek i Helse Sør-Øst. Jeg mener det har vært en fornuftig arbeidsdeling. Kommunen hadde nok med sitt. På sykehusene er kapasiteten til å kaste seg rundt og vaksinere er stor. Kollegavaksinasjon går fort. Det som er et poeng når man planlegger vaksinasjonen er at man må ta høyde for bivirkninger. Det var en viktig erfaring vi gjorde oss. Vi tok først en hel avdeling på en gang. Så var plutselig alle borte på en gang med bivirkninger.

Nina Langeland kommenterer at det ble forsket på dette med sykefravær på Haukeland.

Når vi nå planlegger vaksinasjon gjør vi det sekvensielt, derfor kan ikke vaksinen til personell på sykehusene administreres av kommunen.

Hilde: Det ble tidlig startet en kartlegging med tanke på å bruke ultrafrysere. Det var en god dialog med sykehusapotek i opptakten før man mottok vaksiner. Vi gjennomførte en øvelse for masse-vakinasjon i Helse Sør-Øst i 2017 og hadde utarbeidet en veileder på bakgrunn av det. Så vi var klare for å vaksinere helsepersonell.

Hadde dere nytte av den øvelsen?

Hilde: Ja, vi gjorde en sammenstilling av den øvelsen. Det er en tråd vi har tatt opp i beredskapsmiljøet i etterkant.

Tema 7: Avsluttende spørsmål / overordnede refleksjoner

Intensivsengene har vi spurt om. Vi har også i oppdrag å se på den totale sengekapasiteten. Vi må nesten spørre deg om den og. Du kan gjerne også si noe om betydningen finansieringsmodellen har for intensivkapasiteten? Er det noe der som kunne vært annerledes i lys av hva vi har sett under pandemien?

Slik ISF-finansiering fungerer i dag med 50/50 fordeling så tar man for de fleste tilfeller ikke ting på margin. I praksis er vi i hovedsak mer rammestyrte enn innsatsstyrte. Ser man på totalbudsjettet er under 30 prosent innsatsstyrt.

Når det gjelder spørsmålet om antall senger så har det i somatikk vært en reduksjon. Nasjonalt ligger vi på 11 000 senger per nå. Vi har en løpende diskusjon om vi har nok kapasitet og riktig kapasitet. Vår region la tidligere til grunn 90 prosent utnyttelse. Det ble endret desember 2018 da styret vedtok en ny regional utviklingsplan. Da sa man at vi måtte planlegge for 85 prosent utnyttelse. Vi dimensjonerer nå med større bufferkapasitet. Det mener jeg er nødvendig at vi gjør. Det finnes litteratur som sier at hvis man er over 85 prosent kapasitet så får man ikke optimal drift.

Spørsmålet, i lys av utviklingen, er hva som er riktig tall. Vi bruker en felles fremskrivningsmodell. Den justeres og gjennomgås regelmessig. Jeg mener vi jevnt over har nok senger nå, men Østfold og Ahus har for få. Andre sykehus har mer ledig kapasitet.

Det har vært en forskjell i belastning i de ulike faggruppene på sykehusene, særlig midt i en bølge. Når man tar opp igjen den elektive virksomhet så vil det fortsatt være behov for intensivopphold. Har den faggruppen kommet seg mellom bølgene? Eller har det vært en jevnt driv og frykt for å miste folk?

Det har vært rom for ferie og for å puste i bakken, men fra mars og frem til nå har det mer eller mindre vært en kronisk belastning. Det er etterslep på ferie og permisjoner. Vi har hatt mindre vikarer fra Sverige, enn før. For mange oppleves det nok som at det begynte i mars 2020 også er vi ikke gjennom enda. Det er et slitent korps vi har å gjøre med. Mens andre feiret at samfunnet åpner, så tenkte de “jaja vi får se”. Deler av sykepleier- og legegruppen har levd med denne pandemien i snart to år.

Noe du vil tilføye til slutt? Har dere ivaretatt pasientsikkerheten?

Vi har ivaretatt pasientsikkerhet i stor grad. Det tilsier rapportene fra SKDE også. Men, vi er enig om at ting kan ha vært neglisjert som vi først avleser om noen år. Vi må ha oppmerksomhet mot og følge for eksempel kreftdødelighet videre. Nedtak av mammografiprogrammer og screening kan ha konsekvenser etter noen år. I stort nå er vårt inntrykk at norsk helsetjeneste har håndtert dette bra.

Jeg vil også si at det har gått bra fordi vi i det store har hatt et politisk nivå som har vært villig til å ta upopulære beslutninger. De har også sett helsetjenestens kapasitet på godt og vondt. Vi har aldri vært der at det har ligget pasienter strødd rundt i korridorene. Vi har opprettholdt en grunnleggende tillit til helsetjenesten og det har en verdi som ikke bare kan måles i levedager og leveår. Vi trenger en grunnleggende tillit til våre samfunnsinstitusjoner og det har vi.

Digital gjennomgang 24.01.2022. Referat godkjent av Jan Frich.

Oslo, 24.01.2022 Linda Aamodt