



INTERVJUREFERAT – MARIT HERMANSEN & ANNE-KARIN RIME

| | |
|--|---|
| Intervju av: | Marit Hermansen, tidligere president i Legeforeningen og Anne-Karin Rime, president i Legeforeningen. |
| Sted: | Tollbugata 12, Oslo |
| Tid: | 26.11.2021 kl. 09.00 – 11.00 |
| Digitalt eller fysisk: | Fysisk |
| Leder av intervjuet: | Egil Matsen, kommisjonsleder |
| Øvrige deltagere som deltok fysisk: | Geir Sverre Braut og Nina Langeland fra kommisjonen. Henrik Shetelig og Marianne Aasland Kortner og Erik Sundet fra sekretariatet. Erik Sundet fra PwC. |
| Øvrige deltagere som deltok digitalt: | Rune Jakobsen og Ayan Bashir Sheikh-Mohamed fra kommisjonen. |
| Ev. bisittere | Gjøril Bergva |

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

Egil Matsen ønsket velkommen og presenterte deltagere til stede fra sekretariatet og kommisjonen. Deltakere fra Legeforeningen presenterte seg:

Anne-Karin Rime (heretter «AKR»): Jeg er nåværende president, og er anestesilege og indremedisiner.

Marit Hermansen (heretter «MH»): Jeg var tidligere president, og er spesialist i allmennmedisin. Jeg var fastlege og kommuneoverlege før jeg ble heltidstillitsvalgt. Jeg begynner som sjefslege i NAV 1. februar 2022.

Gjøril Bergva : Jeg jobber som rådgiver i seksjon for helsepolitikk i Legeforeningen

Henrik Shetelig informerte om 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 dere 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.
- Spørre om det er merknader eller spørsmål til innkallingen eller det som er gjennomgått her.

Marit Hermansen og Anne-Karin Rime hadde ingen merknader eller spørsmål til de praktiske og rettslige rammene for intervjuet.

Egil Matsen informerte om temaer for intervjuet, herunder:

- Kommunelegens situasjon under pandemien og refleksjoner rundt organisering av kommunelegefunksjonen som dere måtte ha.
- Legens situasjon på sykehusene under pandemien, herunder senge- og intensivkapasiteten og intensivberedskap.

FORKLARING

Kan dere si hvor lenge dere har jobbet i legeforeningen?

AKR: Jeg begynte i styret i OF (overlegeforeningen) i 2015. Jeg har sittet i sentralstyret i 4 år og var visepresident i forrige periode. Jeg overtok som president fra 1. september.

Jeg er anestesilege og intensivlege, og har vært seksjonsoverlege ved Kalnes. Jeg har vært med på diverse utredninger, og føler meg ganske opplyst om intensivtemaet. Jeg har også sittet i fagmedisinsk forening fra 2017-2019.

MH: Jeg har vært fulltids tillitsvalgt i 10 år. Jeg var først leder i Norsk forening for allmennmedisin i fire år, og president i Legeforeningen fra 2015 til 1. september i år.

Tema 1: Kommunelegenes situasjon under pandemien

Hva er deres inntrykk av kommunelegenes situasjon under pandemien?

AKR: Det var veldig få som visste hvem kommuneoverlegene var og hva gjorde før pandemien. Nå er det en funksjon alle kjenner til. Kommunelegens situasjon før og under pandemien er veldig varierende avhengig av hvor i Norge du er. Det er alt fra 20%-stillinger til fulltidsstillinger. Noen kommuner har flere kommuneoverleger, mens andre deler på én kommuneoverlege over større avstander. Det er en manglende vaktordning. Det har også vært tatt opp tidligere. Det vil alltid være spørsmål om hva man skal ha vaktordning for og når. Det vi har sett under pandemien er at kommuneoverlegene har vært tilgjengelig 24/7. Det har vært nødvendig. Det har vært manglende systemer for kommunikasjon, noe som har gjort arbeidet til kommuneoverlegene tungvint. Det har kommet på plass noe underveis, men det har fortsatt ikke blitt laget systemer for vaktordninger og samarbeid.

Kommuneoverlegene har hatt ulike roller med tanke på hvor kommuneoverlegene har sittet rundt rådmannens bord. Det var ikke mange steder det forelå konkrete planer for når kommuneoverlegene skulle inn og hvor mye de skulle være med. Der hvor ting fungerer, og det er åpenhet, har det gått bra. Der det ikke er så systematisk, for eksempel på grunn av uklare forhold eller lave stillingsprosenter, er det vanskeligere. De har gjort en utrolig innsats, ikke bare i starten med å vurdere smitte, men også med vaksiner og TISK.

Kommuneoverlegene kommer til å jobbe under pandemien, det er ikke en kollaps, men vi må ta vare på dem. Vi må få på plass systemer slik at oppgavene blir håndterbare.

Vi forventer fortsatt økning av smitte. Da samfunnet åpnet igjen visste vi at smittetallene ville øke. Det var nok grunnet et politisk behov som ikke var helt delt av fagfolket i hverken kommuner eller andre steder. Vi vet hvordan smittesituasjonen er i dag og vi vet at det er en del systemer vi kanskje kunne lært av. Vi står nå i en situasjon hvor det fremdeles er pandemi og jeg er usikker på hvor mye vi har lært på systemnivå. Dette gjelder spesielt systemene rundt kommuneoverlegene.

Har dere fått tilbakemeldinger fra kommunelegene om hvorvidt det er en plassering i organisasjonen som fungerer bedre enn andre, for at de skal kunne løse oppgavene sine under rimelige vilkår?

AKR: Det er nok bedre for dem som sitter i beredskap, altså tett på rådmannen og den administrative ledelsen. Det er det ikke tvil om. Det vil variere om man snakker om normaltids sammenlignet med en krisesituasjon, fordi de kommuneoverlegene som har deltidsstillinger ikke ønsker å sitte daglig rundt rådmannens bord. Det må derfor være systemer som er tilpasset hvilken stilling man har og hvor mye du er inne i det daglige arbeidet i kommunen. I en beredskapssituasjon er det en fordel at de sitter tett på dem som har beslutningsmyndighet.

Har dere oversikt over frafall eller sykemeldinger blant kommuneoverlegene for de siste 18 månedene?

AKR: Vi har ikke tall på sykemeldinger. Vi har et tilbud på Modum bad hvor man tilbyr rådgivning og ev. behandling av leger som er utbrente eller slitne. Det har det vært en markant økning, særlig av antall kommuneoverleger som trenger rådgivning for å mestre sine oppgaver. Vi har en kommuneoverlege sentralt som har en enorm arbeidskapasitet. Når han sier han er oppe i 18 timers arbeidsdager blir jeg bekymret fordi det har vart så lenge. Det begynner å bli en viss resignasjon knyttet til hvorvidt man skal klare det. Det var en rekke kommuneoverleger som var ute på vårparten og kritiserte at de får vite om tiltakene gjennom media. Kommunikasjonslinjen fra sentrale myndigheter via statsforvalter er tungvint. Legeforeningen har en innsatsgruppe som sender ut nesten daglige brev og informasjon som vi har fått gode tilbakemeldinger på, og de som styrer det arbeidet har vært tett på myndighetene og dermed fått informasjon som de har kunnet sende ut. Linjen fra sentrale myndigheter via statsforvalter fungerer ikke helt i slike situasjoner som vi er i nå. Det virker som vi er de som når flest fortest. Det kan man forbedre.

MH: Dette ble tydelig under svineinfluensapandemien. Da var både informasjonen ut til kommuneoverlegene og fastlegene alt for tung og treg. Det var noe legeforeningen påpekte til Hdir og FHI. Det gjelder de to linjene og SYSVAK som ikke hadde mulighet for direkteoppslag eller var tjenlig, og som FHI ikke prioriterte å gjøre noe med. Vi har prioritert dette inn i EPJ-løftet som er en fremforhandlet pott med penger mellom departementet og allmennlegene, men som er blitt skjøvet på. Det har også vært motstand, spesielt fra KS, mot å lage et system for journalopplysninger for fastlegene. Ikke alle fastleger er klinikere og kan motta labsvar i et journalsystem, men det er helseopplysninger og må sendes på en ordentlig måte. Det har vi fått på plass, men med betydelig motstand fra KS. Størrelsen på kommuneoverlegestillingen, at det skal være et minimumskrav til hvor stor stilling kommunene skal ha og om man skal ha en vaktordning, har vært et gjentagende tema i alle møter med KS. Jeg tror også den underliggende grunnen til at man ønsket motstand mot å sende labsvar til kommuneoverlegen, var fordi det ville fremtvunget en pålagt vaktordning. Det å ha en "en-til-mange-løsning" med helsepersonell, alle fastlegene og helsedirektoratet, har ikke blitt utviklet. Det samme kunne vært gjort for kommuneoverlegene. Det hadde gjort det mye enklere.

I det siste har departementet forsøkt å ha noen møtekvelder med kommunene før de har pressekonferanser. Hva er deres erfaringer om det?

AKR: Vi har ikke fått tilbakemeldinger på om det har fungert eller ikke fungert. Tilbakemeldingene vi får er at det fortsatt mangler retningslinjer. Det er mye som er overlatt til kommunene og kommuneoverlegene, og det er mange vurderinger som er vanskelige. Spesialisthelsetjenestene og kommunene har klart å stå sammen. Politisk sett skulle

pandemien være over, men det er den ikke. Vi forstår at det er behov for å åpne samfunnet igjen, men vi får tilbakemeldinger om at kommuneoverlegene må ta en del vanskelige etiske vurderinger, slik som å bestemme om uvaksinerte skal kunne arbeide på sykehjem. Det er umulige problemstillinger for den enkelte kommuneoverlege å ta.

Er det eksplisitt kommunisert fra nasjonale myndigheter at kommunene skal gjøre dette?

MH: Ja.

Geir Sverre Braut opplyser om at han er kjent med lignende tilfeller.

Det er utviklet nye meldesystemer for covid. Kommunene og smittevernoverlegen får en kopi, men de som deretter må følge opp pasienter og familie er fastlegene. Fastlegene får ikke disse meldingene. Stemmer det med det dere har fått tilbakemeldinger om?

MH: Det stemmer nok, uten at jeg har inngående kunnskap om det. Dette kan vi sjekke i etterkant av intervjuet. Problemet er at man ikke klarer å se dette i sammenheng. Man lager for eksempel et nettbasert system som passer FHI, men som kanskje ikke passer med systemene til sykehusene eller kommunene. Det overrasker meg ikke om det stemmer.

Kjenner dere til om det er et støtteapparat rundt kommuneoverlegene lokalt som har gjort situasjonen enklere? For eksempel tekniske systemer, kommunikasjons hjelp eller lignende.

AKR: Det er som vi sa i sted. Der hvor det fungerer bra går det bra fordi du har tilgang på et system rundt deg. Jeg vet ikke om enkelte kommuner hvor det fungerer godt, men det er stor forskjell fra kommune til kommune.

I Fredrikstad har jeg inntrykk av at det fungerer bra. De har systemer og er i en situasjon hvor de ansatte er i 100%-stillinger. Dermed er de flere og kan diskutere med hverandre. Jeg tror at grunnen til at det fungerer bra henger sammen med det.

Det er noe annet om man står alene i en liten stilling og ikke er vant til å håndtere dette. Jeg tror kommuneoverlegene har fått på plass kommunikasjonsordninger seg imellom og at de har vokst i oppgaven, men dette var en helt ny situasjon og det var mange systemer som ikke var på plass. Det har også vært en faglig usikkerhet om hva som er riktig å gjøre. Veldig mange av beslutningene man tar må gjøres på sviktende grunnlag. Man ønsker som lege å vite at man har hold for de beslutningene man tar. Når man lever i den usikkerheten, er man avhengig av å sparre med folk rundt seg.

MH: Så har du den merkantile støtten. Da vi beskrev kommunelegestillingen i fredstid, så er det mange kommuner som har organisert dette nærmest som en papirtjeneste. Man har en for liten stilling, men man er nødt til å ha en kommuneoverlege. Da gjør kommuneoverlegen det absolutt nødvendige. Det er mange som er skrint organisert, som opplever at de har rasjonert dyr og spesialisert kompetanse på å gjøre merkantile oppgaver slik som å bestille hotell, ringe rundt mv. Underveis i pandemien har man kanskje fått et apparat å støtte seg på, men veldig mange kommuneoverleger har meldt tilbake at de kunne hatt behov for hjelp fra noen. Det må man lære av. Det er en kommuneoverlege og en helsetjeneste som må ha profesjonell og merkantil støtte rundt seg.

Er det noe statlige myndigheter burde ha gjort underveis for å gjøre det mer håndterbart?

AKR: Man er ikke engang villig til å diskutere minimum beredskapsordning under pandemien. Det førte til at vi streiket. Det har vært en viktig sak for oss lenge. Noen steder er det kanskje noe kompensasjon og en særlig uavhengig lederstilling, men det er ikke en ordning hvor man har en vaktordning. Da snakker jeg ikke om at man skal ha 24/7 tilstedevakt, men en form for vaktordning.

Vi er kjent med et brev som ble sendt fra Hdir til alle landes kommuner i forbindelse med Ebola-utbruddet hvor det sto at de forventet at det skulle være 24/7 beredskap i kommunene. Det virker som det har forsvunnet litt og ikke har blitt operasjonalisert. Er dere kjent med det og hvorfor det ikke er blitt fulgt opp?

MH: Jeg vet ikke hvorfor, men det er helt tydelig ikke fult opp. Det har vært umulig å få gjennomslag for det i forhandlinger. Det er en bør bestemmelse og veldig få kommuner som har det.

AKR: Det står bør, men man får det ikke til. Det er vanskelig å ha beredskap når du ikke har nok til å gjøre det du skal der og da.

I kommisjonens første del ble det pekt på at man kanskje burde bruke fastlegene som reserve. Hvor mye jobber egentlig fastlegene i forhold til kommuneleger? Er reserven fraværende?

AKR: Ja, reserven er fraværende. Mange av kommuneoverlegene har en fastlegestilling. Det vi vet det har fungert bra er der kommuneoverlegene kunne gå over til en 100% kommuneoverlegestilling, og hvor det var fastleger som tok over pasientlistene deres. Samtidig er vi i en fastlegekrise hvor vi mangler folk til fastlegestillingene. Legene føler en forpliktelse for pasientlistene sine, så det føles som en personlig byrde om man ikke har noen som kan følge pasientene. I tillegg skulle man kommuneoverlegejobben som ble vel så stor. Det har slitt veldig på mange at du har et sørge-for-ansvar for en liste som ingen tar over, og et-sørge-for-ansvar for befolkningen som kommuneoverlege.

MH: Det er gjort en fantastisk innsats. Her har man strukket seg langt. Det er morsomt å se hva man har fått til lokalt, til tross for veldig fragmentert og manglende informasjon fra statlige myndigheter i perioder. Jeg tror pandemien har vært en oppblomstring for samfunnsmedisin som fag. Mange er stolte og har gjort en fantastisk innsats, og vil gjøre det fremover. Men det er et læringsaspekt ved håndteringen knyttet til hvordan man kan hindre at man skjærer tilbake til beinet, slik at man står igjen alene med for liten stilling og manglende merkantil støtte.

Helt i starten av pandemien ble det i Oslo gjort forsøk på å beordre fastlegene til å ta vakter. Det ble ikke noe av, men hvordan har rollen deres vært underveis? Hvor mye større har fastlegekrisen blitt?

AKR: Fastlegen har hevet seg rundt. Dette med dynamisk vaksinerings ble mye diskutert. Man burde kanskje hatt den rollemodellen i kommunehelsetjenesten og fastlegekrisen. Det fastlegene, kommunelegene og kommunene gjorde som fungerte bra, var å etablere feberklinikker og få faset ut de som var syke med luftveissymptomer for å hindre smitte

videre. De fleste fastlegekontorer er ikke så store at man kan sitte med to meter avstand. I fjor satt man derfor i gang tiltak som takster og mellomtid mellom pasienter så man ikke skulle møtes i døra. Alle sånne ting ble bare stoppet i sommer, fordi da var pandemien «over». Kommunene skulle spare penger og tok derfor ned luftveisklinikkene. Det betyr at alle forkjølede barn og voksne kommer på legekontoret, og sitter sammen med de som kanskje har hjerteklaffefeil og som har fått utsatt operasjon på grunn av fulle sykehus. Vi savnet den dynamiske vurderingen. Ting må kunne eskaleres opp og ned. Når det blir brått stoppet så tar det lang tid før det kommer opp igjen. Jeg tror at kommunene burde ha planer for opp -og nedskalering. Vi har kommunisert til både direktoratet og FHI at vi mener at alle pasienter bør bruke munnbind, både på sykehus og fastlegekontorer. De fleste som oppsøker lege, er syke og har derfor større risiko for alvorlig sykdom dersom de blir smittet. Dette kommenterte også Nils Kristian Klev og Marte Kvittum Tangen i Aftenposten for ikke lenge siden. Det er en frustrasjon blant fastlegene og kommuneoverlegene at feberklinikkene og vaksinerer er stanset. Vi har en sendrektighet. Vi hadde et system, det burde vært satt i gang litt før.

Vi hørte i går om imponerende simulering for å forberede sykehuset for redusert elektiv virksomhet. De kunne ikke svare på om tilsvarende ble gjort for kommunehelsetjenesten. Kjenner dere til dette?

MH: Denne pandemien er preget av at man har hatt veldig fokus på sykehusene og kapasiteten der, men man har ikke hatt samme fokus på kommunehelsetjenesten. Fastlegekrisen forverrer seg bare for hver eneste dag. Jeg tror deler av kontrollen på sykehusene skyldes at vi har en sterk primærhelsetjeneste, men det var fastlegekontorene selv som i starten organiserte feberklinikkene og som la ned hele driften av kontorene sine for å kunne ta hånd om pasienter og ikke få smitte. Kontakt med myndighetene var vanskelig. Etter hvert har man fått på plass retningslinjer for fastlegekontor, og senere også smittevernstyr. Smitteutstyr for fastlegekontorer var fryktelig vanskelig å få på plass. Fokus har vært rettet mot sykehuset og ikke fastlegekontorene. Informasjonen til fastlegekontorene kommer fra ulike steder, fra arbeidstilsynet, Hdir og FHI. Det var derfor vi opprettet informasjonsgruppen vi snakket om tidligere. Man må forstå betydningen av primærhelsetjenesten, rette oppmerksomhet dit og lage simuleringer. Man har simulert for sykehusene, men man har lagt ned mange feberklinikker. Vi forhandlet normaltariiffen i vår. 1. juli skulle det ikke lenger være flere covid-takster. Selv om vi ikke er ferdig med pandemien var ikke det snakk om å få igjennom. Da ble alle covid-takster lagt ned for fastlegene.

AKR: Da snakker vi om takster for arbeid utover kvelden og muligheten til å jobbe kveld.

Tema 2: Refleksjoner rundt organiseringen av kommunelegefunksjonen

Har dere i legeforeningen gjort vurdering av om stillingsgraden til kommuneoverlegene burde vært normert?

MH: Vi har forsøkt å få til minst 50% i forhandlingene. Det har vi prøvd, og vi har streiket for det. Vi ga oss på det kravet og beholdt kravet om obligatorisk beredskapsordning. Det har vi fremført så lenge jeg har jobbet her.

Kan man tenke seg at kommuneoverlegefunksjonen legges til større enheter og med større stillingsprosenter, eksempelvis at en heltids kommuneoverlege i en storkommune også fungerer som kommuneoverlege i tilgrensende småkommuner?

MH: Jeg tror det er en god løsning. Så er jeg i tvilende sinn rundt normering. Om man lager det for rigid klarer man kanskje ikke å lage gode systemer for det landstrakte landet vi er med mange ulike kommuner. For å unngå vannskjøtsel må man ha noen minstekrav. I denne pandemien har jeg tenkt med sorg i stemmen om det er kommunen som bør ha ansvar for dette.

Hva er alternativet?

MH: Nei ikke sant, hva er alternativet? Da kommer man for lang fra der tjenesten skal være.

AKR: Jeg har snakket med en del kommuneoverleger og det er klart at i en normaltids skal de ha veldig mye lokalkunnskap. Det er den viktigste delen. Ja, det er samarbeid mellom kommuner om kommuneleger allerede, men det er vanskelig å ta veldig mange kommuner sammen. Da mister man funksjonen. Vi er ikke mot å finne felles og større satsinger. Dyrlegen har vært igjennom det samme hvor de ble tatt ut og plutselig aner man ingenting om det kommunale. Man ender opp med å sitte veldig langt ifra. Så kanskje svaret er ja takk begge deler, og at man har systemer for å oppskalere igjen når store kriser inntreffer. Men om du ikke kan det lokale, klarer du ikke tilby den kunnskapen du skal.

Har dere inntrykk av om det har vært god kontakt mellom kommuneoverlegene og sykehuslegene under pandemien? Jeg vil også gjerne at dere sier noe om spesialistutdanningen fordi pandemien kom midt i omleggingen av spesialistordningen.

AKR: I starten av pandemien tror jeg samarbeidet mellom kommunelegene og sykehuslegene gikk veldig bra. Forrige regjering hadde startet helsefelleskapene. De var til stede de fleste stedene, men i noe varierende grad. Det ble plutselig en mye mer direkte kontakt. Basert på de tilbakemeldingene jeg har fått har det fungert mye bedre når det er lege til lege kontakt. Så har jeg noen konkrete eksempler hvor det begynner å bli mer splid. Kommunelegene er presset og sykehusene står i en belastning som gjør at man er helt på grensen til forsvarlig behandling av pasienter. Kommuneoverlegene sitter med all makt for hva man skal gjøre i kommunen. Det er nok en del sykehuslegetopper som mener det bør være innført større smitteverntiltak fordi de kneler snart. Det er litt mer uro nå.

Kommuneoverlegene forsøker så vidt vi forstår å forankre lokale smitteverntiltak i den politiske eller administrative ledelsen, så det er ikke nødvendigvis kommuneoverlegene man skal peke på nå hvis sykehusene er misfornøyde med lokale tiltak?

AKR: Du er ved et sentralt problem. Det her er komplisert fordi det er en totalitet som skal vurderes, men enkle ting som munnbind er ikke veldig inngripende for den enkelte. Jeg kan ikke dokumentere at det vil føre til nok smittereduksjon, men det er et enkelt tiltak. Noen sier at enkelte politikere mener munnbind er det samme som å holde en meter avstand, men det er det ikke. Det er et neste steg. Jeg tror ikke vi vil gå til kamp mot hverandre, men jeg liker ikke at det begynner å være en splid. Det sitter mye mer smittevernkompetanse på sykehusene enn hos kommuneoverlegene.

Tidligere har vi i kommisjonen diskutert smittevernloven. I smittevernloven finnes det situasjoner hvor det beskrives at kommuneoverlege og infeksjonsmedisinere skal samhandle. Nå snakker du om større tiltak. Har dere diskutert smittevernloven og revisjoner av den?

AKR: Nei, vi har ikke diskutert det. Vi har diskutert hva man har mulighet til å bruke smittevernloven til med tanke på kapasitet på sykehusene. Da er man inne på spørsmålet om hva man har hjemmel for å gjøre.

Og noen ord om spesialistutdanningen?

MH: Jeg opplever at det er en ny gruppe leger som går inn i samfunnsmedisin enn før pandemien. Det er unge leger som er interessert i samfunnsmedisin. Da jeg ble kommuneoverlege var det fordi det hørte med til stillingen. Nå er det en del som går inn i det fordi de ønsker å jobbe med samfunnsmedisin og kanskje det istedenfor klinisk arbeid. Jeg opplever at det er en økning i spesialistutdanningen. Det er i alle fall en større fremdrift, og det er obligatorisk spesialistutdanning for alle leger, ikke bare allmennleger. Jeg opplever at det fungerer og at det er bra. Så er det nok en opplevelse av at arbeidsgiver ikke forstår betydningen av det på samme måte som man ser andre steder, at det er en kompetanse som anerkjennes og at det gjenspeiles i lønn osv.

Jeg vil også si noe om delte stillinger. Det er ikke bare bra med 100%-stilling. Er man to stykker som er i 50% stilling har du noen du kan diskutere med og en som er der når du er på ferie. Da har du også en nærhet til klinikken og en kjennskap til primærhelsetjenesten. Samtidig er det også kjempebra med en del sterke 100%-stillinger som samfunnsmedisinere. Men du skal ikke sitte alene i en 20-50%-stilling med ingen å snakke med.

AKR: Du spurte om det var bra nå. Vi får tilbakemeldinger om at dette er en salderingspost. Jeg er bekymret for det. Det gjelder de unge, men i enda større grad etterutdanning for overleger. Det har gått to år uten nesten noe kompetanseheving for overleger og vi går inn i en ny vinter hvor det ser dårlig ut. Det er vanskelig.

Det får konsekvenser som man ikke helt kunne overskue?

AKR: Ja. Drift kommer foran. Du drar ikke på kurs når det er fulle avdelinger på sykehuset. Vi har stått i det lenge og skal stå i det lenge. Vi må sikre at en av kommunens og fastlegens viktigste oppgaver også er å være veiledere, og sørge for at de har kompetanse fremover.

Hva tenker dere er viktig for å sikre god nok rekruttering til kommunelegestillingene når vi ser fremover?

AKR: Det er en stillingsbrøk, det er en vaktordning, det er merkantil støtte og det handler om å føle at faglige råd blir tatt til etterretning. Og forståelse for at man trenger faglig støtte. Vi har fått tilbakemelding om at det ikke er forståelse for at man trenger å kunne diskutere faglige ting også i normaltid.

Er lønnen for kommuneleger god nok, om man ser på forskjellen mellom å være allmennmedisinere i egen praksis og å være kommunalt ansatt fastlege?

MH: Det varierer. En god allmennlegepraksis er godt lønnet, men de unge allmennlegene som har etablert god praksis opplever kanskje ikke at lønnen er god nok. Det er nok ikke lønn som

er vårt store tema, men de faktorene som Anne-Karin nevnte nå. I tillegg må man se på plasseringen i organisasjonen og at man har en fornuftig tilgang på ledelsen.

Enkelte fra små kommuner har nevnt for oss at mangelen på fagmiljø eller et lite fagmiljø påvirker rekruttering. Er det en tilbakemelding dere får at det er mange som føler seg ensomme faglig?

AKR: Det gjelder alle, også fastleger. Nå snakker du om små kommuner og det er vanskelig å få akademikerne til å bo i små kommuner. For å ha et faglig felleskap må man ha mulighet til å møtes og det har nok blitt enklere nå som alle er på Teams. Vi ser en generell utfordring med å få leger og kommuneleger til de små distriktene.

Tema 3: Legenes situasjon på sykehusene under pandemien

Hva er deres inntrykk av legenes situasjon på sykehusene under pandemien?

AKR: I starten var det mye usikkerhet rundt smittevernutstyr. Legene var redde. Vi har aldri opplevd så mange telefoner og vi hadde daglige møter på Teams med tillitsvalgte. Det gikk særlig på bekymringer for egen helse. Vi fikk ingen tilbakemeldinger om at noen ikke ville gå på jobb, og de ga uttrykk for at det var fordi arbeidsgiver trengte dem på jobb. Det var en mistillit og skepsis til om det var godt nok og trygt nok å gå på jobb.

Hva med utstyr og lokaler?

AKR: Ingen av de nye sykehusene er bygget for en pandemi. Enerom er ekstremt ressurskrevende og gjør det vanskelig å lage kohorter. Alle sykehus har ikke hatt flotte simuleringsøvelser. Jeg synes det er viktig å ta med at man er avhengig av å ha ildsjeler og folk som kan ting. Man kan aldri ha gode nok systemer, man er avhengig av ildsjeler som lager systemene og forstår dem. Det har vi veldig mange steder. Beredskapsplanene var for dårlige. Vi hadde en svineinfluensa i 2010. Etter det har knapt respirator og intensivkapasitet vært nevnt. Vi kjøpte inn flere respiratorer i 2010 og vi måtte støvsuge markedet igjen i 2020.

Jeg husker et foredrag fra 2015 med en fra Hongkong. De måtte tilpasse ulike masker for å jobbe med farlige virus. Han var veldig klar på at man klarer aldri å øke intensivkapasitet med kvalitet på mer enn 50 %. Det sykehusene fikk i oppdrag var å øke med tangeren. Det er helt urealistisk. Tilbakemeldingene vi fikk var at det var som å kaste blå i fagfolkets øyne. Det ble også sagt at vi skulle klare å behandle 1200 pasienter, mens vi visste at vi knapt ville klare 250. Å skulle behandle 1200 ville ikke gått bra. Det er også en erkjennelse at man skal ikke bygge opp en intensivkapasitet til å takle en pandemi uten samfunnsmessige tiltak, men man må ha en organisering som er robust. Vi har meldt inn år etter år at det er en for lav kapasitet på intensivavdelingene/overvåkningsavdelingene, og som gjør at vi daglig ellers i året må stoppe operasjoner som vil kreve intensivbehandling etterpå fordi vi ikke har intensivkapasitet. Vi har vært tydelige på at den kapasiteten må økes. Det er snart to år siden pandemien startet, og kapasiteten har fortsatt ikke økt. Vi har ikke noe mer å gå på, vi står med slitne folk og jeg liker ikke tilbakemeldingene vi får. Jeg er redd for alt det vi utsetter av alvorlige syke. Det er ingen til å ta det og de kommer også akutt inn på et tidspunkt.

Det er lovet 100 nye stillinger til sykepleierne uten finansiering. De er ikke startet. Hadde de startet i fjor hadde man snart hatt et kull ferdig. Det er altså en sendrekthet og vi føler manglende vilje til å prioritere helse som sektor. Vi hadde et budsjett hvor helse ikke var den store vinneren, til tross for at vi er midt i en pandemi. Vi har en utrolig god offentlig helsetjeneste hvor vi har en likeverdighet i hele samfunnet. Det er jeg bekymret for, fordi vi ser hvordan det helprivate vokser opp. Det er ingen som kan føde privat i Norge. Vi har et godt helsevesen og det er ingen private som driver med intensivbehandling. Det har ergret meg som lege når de har godkjent operasjoner privat og det er vi som får komplikasjonene.

Legene har uten tvil brettet opp ermene. De har sagt ifra. Det var en stor omstillingsvilje i starten. Da hadde vi en grei dialog med Spekter på Teams hvor vi fikk på plass noen avtaler. Vi har hatt lite bråk i ettertid om det. Legene har jobbet mye. Nå er vi i en litt annen situasjonen fordi nå er det fullt, men det er de samme legene og sykepleierne som har nøkkelrollen. Det er ikke blitt flere spesialister.

Nå er det også mye etterspørsel på tredje dose. Helsepersonell ble vaksinert først og de ble vaksinert med Pfizer, så vi vet at de har dårligst beskyttelse nå. Det kommer ikke til å kollapse, men de jobber mye.

Er belastningen ujevn på sykehusene?

AKR: Ja, det er den og det kommer den til å være. Den er ujevn fra sykehus til sykehus også.

Vi har fått tall fra intensivregisteret. De nasjonale tallene for covid-behandling er ikke kolossalt bekymringsverdige. Har dere følelse av at det har fungert godt nok med Helse Sør-Øst som har flyttet pasienter mellom sykehus? Kunne nedtrekk av elektiv virksomhet ha blitt håndtert bedre?

AKR: I starten tok man ned alt. Det var en helt annen situasjon. Vi hadde nesten ikke ulykker, suicid og slikt. Situasjonen nå er at man har alt det normale pluss covid-19-pasientene som krever isolering. Vi mener det burde blitt satt beredskap tidligere på enkelte sykehus. Det er en fin tanke at man kan flytte pasienter, men det opptar ekstremt mye av den prehospital virksomheten vi har. Der er det en skremmende utvikling av sykemeldinger.

Ahus har for lite kapasitet og jeg liker ikke situasjonen på Ahus spesielt. Det har vært utfordringer med at de har holdt på med elektiv drift veldig lenge og de har et veldig lavt antall intensivplasser i forhold til den befolkningen de skal behandle. De flytter pasienter, men det å flytte pasienter er ekstremt krevende og tar veldig mye tid. Å bli flyttet er den mest usikre perioden for pasienter og vi ønsker ikke å flytte pasienter. Vi ønsker i alle fall ikke å flytte pasienter som følge av kapasitet og fordi det er fullt.

Burde man primært lagt inn pasienter på andre steder enn på Ahus? Helse Sør-Øst ga oppdrag til OUS i april 2020 som ikke ble implementert før senere. Men det er kanskje ikke en problemstilling som dere har vært spesielt inne i?

AKR: Når skal du vite hva en pasient kommer til sykehus for? En utfordring er at man kan komme til sykehuset med noe annet, men så viser det seg at man er smittet av covid. Det å skulle flytte en pasient uten at man vet om det fører til at pasienten blir dårligere eller ikke, innebærer at det blir en annen type logistikk enn det man er vant til. I Helse Sør-Øst er det

daglige møter, så det er god kommunikasjon og stor vilje til å hjelpe hverandre der. Det er noen sykehus som har hatt stor belastning hele tiden og så er det annerledes på andre sykehus.

Samler dere informasjon og data om sykefravær blant sykehuslegene?

AKR: Nei.

Det du nevner, er det anekdotisk?

AKR: Jeg snakket med klinikkssjef på prehospitalt som fortalte om prosentene.

Hva med turnover, har dere tall på hvor mange leger som slutter?

AKR: Leger slutter ikke. Jeg har ikke tall på at det er økt turnover. På intensiv er det så spesialiserte funksjoner og jeg tror det skal mye til. Jeg har fått beskjed om at det er en økning av sykefravær, men det er vanskelig å vite hva som er bakgrunnen for dette. Leger totalt sett ligger på 2 % fravær, mens kvinnelige leger ligger på 4%. Vi vet at det er økt antall leger som er kvinner.

MH: Så er det noen fag som ligger høyere, slik som psykiatri.

Hvordan var situasjonen for legene på sykehusene når den elektive virksomheten skulle tas opp igjen etter den første smittebølgen?

AKR: Jeg tror veldig mange har jobbet ekstra fordi man har følt på en forpliktelse for de som har vært utsatt. Det er nok ulikt, men de fleste fikk nok tatt ut ferie i sommer. Vi har liten oversikt over hvor mange som har jobbet ekstra på poliklinikker. Vi får noen meldinger om at det ikke er «frivillig», og sånn vil det alltid være i arbeidslivet. Spesielt de yngre legene kjenner nok på at om de ikke sier ja, så får de ikke fortsette i jobben. Selv om man har fått faste stillinger, er det sånn at mange av de yngre går i vikariater veldig lenge. Det er en utfordring.

MH: Vi samarbeider med arbeidsgiver og har tett kontakt med sykehusledelsen på sykehusene. Vi opplever at man har hatt god kontakt i denne perioden, og årene med pandemi har vært årene hvor det har vært minst kringel om ferieavvikling. Det er gitt ressurser til sykehusene og man har tatt ned elektiv virksomhet om sommeren sånn at man har fått det til. Bekymringen er ressurser til sykehusene for å ta det økte som kommer nå og etterslepet.

Har det vært og er det et vesentlig problem at leger har vært i karantene?

ARK: Ja, men jeg har ikke hørt så mye om det i det siste. Det vi ser veldig klart er at hos de sykehusene hvor tillitsvalgte blir tatt med i beredskapsmøter, så fungerer det mye bedre. Vi er en fagforening, men vil det samme. Legeforeningen ønsker å drive en best mulig helsetjeneste. Det fremkommer mye verdifull informasjon på disse beredskapsmøtene, så det er nyttig å være til stede i møtene. Det er vanskelig å lede leger fordi de er vant til å ta egne beslutninger. Derfor er det nødvendig å gi dem informasjon, også om bakgrunnen for beslutningene man tar.

MH: Min opplevelse av mårs måned var at vi kringlet oss inn til samtaler med Hdir og FHI. Etter hvert fikk vi etablert ukentlige møter med arbeidsgiversiden. Jeg husker jeg snakket med en fra den danske legeforeningen som snakket om sin sentrale kriseledelse hvor både leder i

legeforeningen og sykepleierforbundet deltok, og hvor vi i Norge var helt fraværende. Det tenker jeg også er noe vi bør se på. Om dere spør FHI, direktorat og departement, er erfaringen at det er viktig å ha Legeforeningen, Sykepleierforbundet og organisasjonene tett på for å sikre informasjon og sikre legitimitet. Vi må tenke trepartssamarbeidet der også.

Vi vil utfordre dere litt på det dere beskriver om for liten intensivkapasitet i Norge. Hvor stor trenger den å være i fredstid og hvordan skal man lage trekkspill av dette? Og si gjerne noe om intensivenheten versus intermediærenheter.

AKR: Laake og Flaatten skrev en artikkel 2010 hvor de kun ser på demografiske forhold. Det manglet da omtrent mellom 26% og 37% intensivplasser. Så kjenner vi utviklingen som har kommet i tillegg. Så er det også spørsmål om hva en intensivplass er. Regionene har nok en gang fått i oppdrag å se på kapasiteten. En intensivplass er ikke det samme som den en gang var, den er ikke lik i ulike regioner i Norge eller opp mot utlandet. Jeg synes ikke en intensivplass bør defineres ut ifra antall sykepleiere, fordi en intensivplass har endret seg med tanke på hvilke personell man behøver. Om man for eksempel ser på ECMO-behandling ved Rikshospitalet behøver man teknikere, noen som kan ta røntgengjennomlysninger, samt personale til å passe på. Det er det mest ressurskrevende. Til sammenligning har vi de små enhetene, eksempelvis i Hammerfest og Kirkenes, hvor man kanskje har en respiratorpasient i ny og ne. Det er også er intensivplasser. Ofte defineres en intensivplass ut ifra hvor mange sykepleiere man har rundt senga, men man må ha kompetanse. Vi trenger helt klart flere intensivplasser hvor du har pustehjelp, en anestesilege slik at man har overvåkning og har noen som kan redde en dersom utstyret svikter.

Man trenger også en økning av “step-up og step-down”, altså overvåkningssteder som driver avansert behandling med maskebehandling og suppressor. Man trenger kunnskap om luftveishåndtering og pasientene må ha hyppig tilsyn. Man må ha riktig kompetanse fordi tilstanden til pasienten endre seg og er ikke stabil. Har man den kunnskapen vil man både ha nytte av den i normaltid, men den gjør det også mye lettere å oppskalere når man trenger mer intensivkapasitet. Man trenger robuste enheter. En intensivenhet krever også samarbeid mellom ulike typer leger fordi man har så kompliserte pasienter.

For to år siden kostet en intensivseng på Kalnes kr. 62 157 for et døgn. Så det er dyre senger sammenlignet med vanlige senger som er mellom kr. 4000-8000 per døgn. Både leger og sykepleiere er utrolig arbeidsomme, men jeg er særlig imponert over strukturen i opplæringen av sykepleierne. Sykepleierne på det fleste intensivavdelingene er utrolig strukturerte på opplæring når de har lite pasienter. Det er masse kompetanse og e-læring som skal opp. Intensivavdelingen er etter min erfaring flinke til å forstå hele systemet. Det er ikke kun pasientbehandling de skal drive med, men også opplæring og testing av utstyr. Laake og Flåtten har rett i at vi må utdanne flere intensivsykepleiere, men vi må også se på organiseringen.

Det er krevende å telle opp intensivplassene og sammenligne med hva vi eventuelt skulle hatt ut ifra en faglig beregning. Det er som du sier spørsmål knyttet til hva som er en intensivplass, hva som skal til for at du kan si at dette er en intensivplass og hva som er forskjellen mellom en intensivplass og en intermediærpost. Det er også en teknologisk endring her som gjør at kompetansen rundt en intensivplass endrer seg. Man kommer dermed ikke så langt ved å telle intensivplasser?

AKR: Du må kompetanse, plass og utstyr.

Mange har sagt til oss at den knappe ressursen er personell?

MH: Når jeg har fulgt denne diskusjonen med et praktisk utgangspunkt, også før pandemien, har situasjonen for meg vært historiene om at man hele tiden må utsette behandling i en vanlig situasjon fordi det ikke er nok plass. Jeg tror det er de relativt store sykehusene vi snakker om. Da er det kanskje ikke Hammerfest vi snakker om.

Men i en pandemi kan det ramme der også?

MH: Men da er det også mangler på plass i andre enden på sykehuset. Man må å ha noe på midten, med en viss strikk-kapasitet, slik at man kan flytte pasienter og skalere opp i en pandemisituasjon hvor man egentlig har en full intensivavdeling med litt varierende utstyr. Man må sette seg i en situasjon hvor man faktisk har beredskap, det er det beredskap handler om. Det koster. Da er vi over på sykehusbyggene som må bygges store nok og fleksible nok. Det er personell som er dyrt.

AKR: Neste nasjonale krise er trolig ikke en pandemi, men kanskje en masseulykke. Man bør ha beredskapsteam som kan reise og hjelpe til på ulike steder. For eksempel kan man ha større ulykker i nærheten av små sykehus. Vi kan ikke ha daglig organisering rundt det, men vi må ha planer for det.

De 62 157 intensivplassene på Kalnes, er det gjennomsnittet?

AKR: Ja, det er gjennomsnittet.

I en krise skal man kunne skalere opp og ned, og man må ha beredskapsplaner og kunne flytte på personell. Men hva med i en normalsituasjon? Jeg forstår at man også før pandemien måtte utsette planlagte behandlinger på grunn av for lav kapasitet?

AKR: Det er helt riktig. Dette har vært godt beskrevet over flere år. Legeforeningen har «pushet» Hdir på dette med kapasitet og retningslinjer. Det er ikke tvil om at man trenger økt kapasitet i normaltid, spesielt på de større stedene, men det er også mindre operasjoner på småsykehusene. Vi må anerkjenne at det er ulike problemer og behov på ulike steder. Man må ha en beredskap på de små stedene. Det forelå ingen planer for dette i 2020. Vi må lage planer for ulike scenarier slik at vi vet hva vi skal gjøre. Kunnskap er aldri tung å bære, og man må satse på utdanning. Dessverre er ikke utdanning sidestilt med behandling og blir ofte nedprioritert. Vi har ingenting som måler kvalitet. Vi har en god dialog med Hdir i høst på å gå gjennom kvalitetsindikatorene.

Tema 4: Refleksjoner om senge- og intensivkapasitet, intensivberedskap og læring

Hvis vi går tilbake til vinteren og våren 2020. Hva var deres oppfatning av hvorfor intensivkapasiteten var sånn den var da?

AKR: Grunnen til at intensivkapasiteten var slik knytter seg til budsjettspørsmål. Det er kostnader og krancling om småting slik som vakter osv.

Tok Legeforeningen opp intensivkapasiteten før mars 2020 med myndigheter og ledelsen i helseforetakene?

AKR: Det må i så fall ha vært gjort med ledelsen i foretakene, og vi vet ikke hva man har gjort på hvert enkelt foretak. Det går ofte på bemanningsnorm og hvor mange sykepleiere man skal ha på vakt. Det går enormt mange timer med til å ringe rundt for å få tak i sykepleiere og leger. Lederne bruker også enormt mange timer på møter for å finne ut hvor man skal legge pasienter.

Det planlegges nå et budsjett på medisinsk avdeling med 111 % belegg. Det er klart at det går utover intensivkapasiteten fordi man mister rom til å utvide, og det vi bruker når intensivavdelingene er fulle er postoperativ avdeling. Det medfører at folk ikke blir operert og dermed får man kjeden på nytt. Man bruker mye tid på ting man ikke burde bruke tid på.

Jeg var på Mayo-klinikken i 2012 og forstod ikke hvorfor de hadde så mange tomme rom. Så leste jeg meg opp på Amerikansk bygging og de skal jo tjene penger på helse. Det er aldri rom det står på, mens både Ahus og Kalnes leter etter fysiske rom og må skrive ut og inn pasienter.

Det du sier er at problemet er mer enn personell?

AKR: Ja, det er mer enn personell. Man kan alltid utdanne mer personell, men det å bygge ut kapasitet når sykehuset allerede er bygd er veldig komplisert. Det er høyteknologi. Det er utvilsomt begge deler. Ahus bygget en ekstra fløy som de kunne utvide. Det er omtrent et driftsbudsjett og vi bygger for at alle sykehus skal vare i 50-60-70 år. Det er altså drift som koster noe. Det å bruke litt mer penger på bygg slik at vi har mer robuste sykehus vil være god økonomi.

Vi vil utfordre dere på når man sammenligner intensiv i Norge med Europa. De har flere senger, men lavere bemanning. Hva er det ideelle her? Det kan hende at man i land hvor de ikke har intermediærsenger kaller alt intensivenheter. Jeg tror du i stad antydte at intermediærenheter kunne utvides til å bli rene intensivenheter hvis man under normal drift hadde lavere bemanning på intermediærenhetene, slik at man kunne få til en trekkspilløsning. Var det det dere mente?

AKR: Både ja og nei. Du er inne på et faglig problem. På overvåkningsenheter er det normalt indremedisinere som ikke har kompetanse til å gi sovemedisin som man trenger på respirator. Det er også mer utredningsposter på syke pasienter som kommer inn. For sykepleiere så er det visstnok sykehjem som har intermediærplasser, så det er umulig å rekruttere sykepleiere til intermediæravdelinger. Men det er det samme, de trenger overvåkning og tettere personell.

Hadde man hatt et tillitssystem som gjorde at man kunne variere hvor mange folk man hadde på jobb etter hvor mange syke pasienter man hadde og hvor syke pasientene var. Systemene er ikke sånn, de er tvert imot veldig rigide. Hvor mange som skal være på jobb går på normer og avhenger ikke av pasientbelastning. Det er slikt man krangler om.

Man trenger også tilhørighet til avdelinger. Det er det god dokumentasjon på, også internasjonalt. Å ha 10-12 senger på en intensivavdeling er ideelt for kunnskap og personalet, fordi når man skal lære må man se på hva en annen gjør. I tillegg må teamet være drillet i

akutte situasjoner. I Norge trenger man flere rene intensivsenger, men vi behøver også flere intermediærsenger med overvåkning. Noen synes det er vanskelig, men det er et ledelsesproblem og et fagproblem. Intensivpasienter blir mer og mer kompliserte, og man har nå veldig mange krevende pasienter. Det er skjedd flere endringer. Nå skal blant annet pasientene være våkne selv om de har et rør i halsen, de skal bevege på seg noe som krever fysioterapeuter, man behøver ernæringsfysiologer osv. Da blir det spørsmål om de skal på intensivavdeling eller intermediær. Jeg ønsker meg et pakkeforløp ut av intensiv fordi vi tar inn så mange som vi ikke kan ha liggende på intensiv og så dør de på post. Jeg kan ikke bruke 62 000 i døgnet, så dør de fordi ingen klarer å passe på dem. De vi satser på må vi følge helt til de er rimelig friske.

Hva er løsningen?

Det er å øke step-up og step-down slik at vi vet at vi har nok plasser. Når man ligger på et enerom i tillegg, så ligger man der alene ganske syk. Dette er VG-historiene. De er jo sanne. Vi trenger utvilsomt mer fleksibilitet på antall senger. Spesielt på sentrale Østlandet. Så må man se på de stedene hvor man trenger beredskap. Beredskap koster og da må man legge planer. Det er ikke nødvendigvis pandemi som rammer oss neste gang.

Fikk kapasiteten i mars 2020 konsekvenser for driften på sykehuset?

AKR: Alt ble stengt ned. Kapasiteten fikk utvilsomt betydning for driften på sykehuset.

Var det bare på grunn av smittevern eller var det kapasiteten, eller var det vektingen mellom smittevern og kapasiteten?

AKR: Jeg tror at grunnen til at det ble stengt ned, både skyldtes kapasiteten og smittevern fordi vi hadde ingen planer. Vi fikk situasjonsbeskrivelser fra Italia ganske tidlig. Jeg husket fortsatt da jeg fikk det, og jeg tenkte da at det ikke kunne stemme. Dit kom vi heldigvis aldri og jeg tror ikke vi kommer dit heller. At alt ble tatt ned var på grunn av intensivkapasiteten og mangel på smittevernutstyr. Det er ikke tvil om at det hadde noe å si at man visste at vi ikke hadde større intensivkapasitet og pasientene ville bli liggende lenge.

MH: I etterkant skal man huske på hva man ikke visste. Jeg husker møtene i Hdir og RHF-direktørene. Det var mye vi ikke visste og da er det tryggeste å dra i bremsen. Det er krevende for en sykehusleder å ikke vite om man har smittevernutstyr og om det vil bre seg stor smitte ut. Jeg tror det var en salig blanding.

Fikk kapasiteten konsekvenser for legenes situasjon? Dere har nevnt at det var uro for smittevernutstyr?

AKR: Det er ikke mye forskning på turnover på legesiden. De kan nok bytte sted, men vi har ikke fått tilbakemelding om at det har økt. Folk bretter opp ermene. Det er alltid et hierarki på sykehussystemet også. Det er ulik variasjon på hva man tror andre kan hjelpe til med. Det er mer krevende å ha med en du skal lære opp en dag, enn om du skal gjøre jobben alene. Men det er ikke tvil om at det ble lagt gode planer. Det var stor velvilje til å både oppgradere seg og å kunne hjelpe til med ting blant legene som ble tatt ned. Det var få som var så redde at de ikke kom på jobb. Det var karantenen som var utfordringen. Gravide leger ble skjermet tidlig, men det gikk også stort sett greit. Velvilligheten til endring var høy hos alle, men vi hadde ikke klart å opprettholde kvaliteten uansett fordi sykehuspasientene er så syke. Det med

mageleie har vært en faglig diskusjon lenge og det kan være lønnsomt, men å snu pasienter er en risikosport og det krever seks mennesker å få til.

Intensivavdelingen viste enorm fleksibilitet og omstillingsevne i denne situasjonen. Hvordan skal vi bevare det?

AKR: Jeg tror man må legge troverdige planer. Når det kommer til frykt for smitte så viser erfaring fra utlandet at arbeidsgiver må gi arbeidstaker en opplevelse av trygghet på jobb.

Skal jeg forstå det slik at du påpeker betydningen av at planverket er mer realistisk og at det øves?

AKR: Ja, det synes jeg var en god konklusjon.

MH: Så er det det forrige temaet. Det må være rom nok. Man må ha rom for videreutdanning, trening og kvalitet.

AKR: Det er også viktig med simulering i normaltid, altså å kunne øve på ting. Det koster, fordi du må dra ned en elektiv virksomhet for å øve. Det kan gå 50 år mellom ulike hendelser. Sykehusene må forstå at det er en beredskapsinstitusjon i tillegg. Simuleringer har blitt vanligere på enkeltcasetilfeller og man øver fra tid til annen på større ulykker som f.eks. trafikkulykker med 10 skadde. Men også det er tatt ned og gjort til skrivebordsøvelser fordi man er så presset på kapasitet. Totalkapasiteten i den offentlige helsetjenesten er på strekk. Over flere år er det kommet løfter om medisinsk utvikling og nye rettigheter til pasienter, men uten at budsjettene økes.

Om man ser nærmere på Sverige, som hadde en betydelig høyere belastning enn Norge, hvordan kunne de klare det? De hadde ikke så mye bedre intensivkapasitet. Har dere rapporter fra Sverige?

AKR: Ja. Vi har rapporter fra Sverige og det er mye verre. Det som er bra med Norge er at vi klarte å opprette elektiv virksomhet på en del kreftkirurgi. Vi har klart å ha samme diagnoser, det har de ikke klart i verken Danmark eller Sverige. I Sverige har man hatt det hakket tøffere, og de har også turnover på legene. Veldig mange ble smittet. På intensivavdelinger fra Gøteborgområdet var det mange sykemeldinger fordi det døde mange og det gikk særlig utover de unge legene. Det er en helt annen situasjonsbeskrivelse enn det vi har her i Norge. Vi har ikke fått mange tilbakemeldinger om at ansatte sliter fordi de ikke kan yte nok helsehjelp.

MH: Det er også en del som sliter med hjertetrøbbel, fatigue og slikt. Det ble også rapportert fra Sverige at de skiftet fra postoperativ til intensiv lokalt. Det hørte ut som de hadde flere kvadratmeter å gå på, men at de måtte gå kompetansemessig ned. De stengte veldig mye på sykehusene.

AKR: Vi hadde et møte med overlegeforeningene i april. De støttet deres håndtering. De var litt irriterte over at grensen over til oss var stengt. Så var det tydelig splitt i laget mellom de som jobbet klinisk og de som var lenger unna.

Hvis vi går tilbake til oss selv og planlegging og dimensjonering av intensivkapasiteten. Hvor viktig er ledelse?

AKR: Ledelse er alltid viktig, men du må ha med fagfolkene som vet hvor skoen trykker. Det er alfa omega at du har realistiske planer og god ledelse som i normalsituasjoner tar høyde for trening og for at man har en plan. På sykehusene har det kommet mer og mer inn de siste 10-15 årene, men det er presset ved at man ikke likestiller det med pasientbehandling. Når man har knapphet på tid og ressurser så blir det nedprioritert.

Du sier at vi også må tenke på sykehusene som en beredskapsinstitusjon, ikke bare en institusjon som løpende skal behandle pasienter. Du nevner at det må være ressurser og kapasitet i sykehusene til å ivareta beredskapssituasjonen også når det ikke er en krise?

AKR: Det er helt riktig.

MH: Myndiggjort ledelse er noe vi har vært opptatt av. Lederne må ha ressurser og myndighet til å gjøre det de skal. Vi så under pandemien at man fikk litt blanko-fullmakt til å gjøre tiltak og da skjedde det utrolig mye spennende på sykehusene og i kommunene med myndiggjort ledelse. For eksempel simuleringsavdelinger på Haukeland og at man på steder i Oslo snudde hele mottaket av pasienter.

Var det myndiggjøring av sykehusledelsen eller klinikklederne?

MH: Det var myndiggjøring «nedover» Man fikk rom til å gjøre noe «der nede». Det var faktisk mulighet til å bruke kompetansen og energien som finnes der ned ved at lederne ikke bare er et ledd i en lang rekke, men faktisk er myndiggjort.

AKR: Da er det ressurser ned på kaffemaskinnivå. Bare det at noen kjøpte inn mat til å ha i et kjøleskap på jobb var viktig. Det at leder også kan være ledere og ikke bare administratoren er viktig. Det er mange gode ledere, men det er et problem at budsjettene er så trange. På Haukeland har man for eksempel tatt vekk kaffemaskinen på intensiv og det er vanskelig å se at det er et nyttig tiltak.

Sykehusene er nå ekstremt presset, og man må forsøke å finne lavest mulig omsorgsnivå og alternativ behandling ute i kommunene. Sykehusene som er presset, skal også være utdanningsinstitusjoner og beredskapsinstitusjoner. Har det vært diskutert om man skal styrke primærforebygging og primærhelsetjenesten for å styrke sykehuskapasiteten?

AKR: Det enkle svaret er ja. Jeg tror de fleste pasienter ønsker å være hjemme eller på lavest mulig opptaksnivå. Når man har så lite kapasitet på sykehusene som man har nå, får man svingdørpasienter og det er man ikke tjent med. Vi har en god primærhelsetjenestene i Norge, med en god fastlegeordning og muligheten til å behandle folk på et lavere nivå. Det var en høyrepolitiker som spurte om hva som skjer dersom henvisningsraten til sykehusene øker med 10 %. Det hadde vært krise. Det å ha sammenheng mellom god primærhelsetjenestenes og at man har spesialisthelsetjenesten på et lavt nivå er alfa omega. Det er veldig utfordrende for fastlegene å få beskjed om at de ikke kan legge inn pasienter, særlig med tanke på deres ansvarsfølelse. Man trenger en god primærhelsetjeneste, men jeg tror ikke man skal ha mer ansvar for barn i kommunal helsetjeneste. Jeg tror de barna som ikke blir tatt imot på sykehus kan være hjemme til de blir dårligere. Men det er alltid vanskelig å få nei fra barneavdelingen.

MH: Men hvis man har en veldig sterk fastlegeordning kan man komme til fastlegen hver dag.

Vil ikke en styrking av primærhelsetjenesten avlaste sykehusene?

AKR: Du er egentlig inne på samhandlingsreformen nå. Det å få til bedre pasientbehandlingsforløp vil helt klart hjelpe, men det forutsetter at man får til god samhandling og det er vanskelig. Det begynner å bli bedre på digitale verktøy, men det går tregt. Oppgaveoverføring skal skje fordi det er faglig riktig og ikke fordi sykehusbyggene er for små. Det kommer til å være en medisinsk utvikling. Det er ikke gjort gode undersøkelser av om det er lønnsomt å flytte pasienter fra sykehus til kommunen, men vi vet at totalbehandlingsløpet tar mye lenger tid dersom en pasient blir flyttet. Dette fordi man skal ha rapporter og de ansatte må bli kjent med pasienten. Det hadde vært mer lønnsomt å beholde pasienten på sykehuset i et døgn til og så sende vedkommende hjem istedenfor gjennom en institusjon.

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

MH: Jeg har tenkt på dette og stilt meg spørsmålet om vi egentlig har lært noe. Jeg tror opplevelsen ute i primærhelsetjenesten er at det er som vi starter på en ny pandemi. Vi har ikke fått videreført luftveisklinikker og det er en treghet med å få det opp igjen. Jeg møtte kommisjonen på et hotell i starten av kommisjonens arbeid. Da var ett av budskapene at vi ønsket oss flere rapporter som vi kunne lære av underveis. Det kom en rapport som var veldig tydelig på ledelsens håndtering, men mange opplever nok at vi ikke har lært med så kort horisont.

Geir Sverre Braut kommenterer: Jeg har drevet forskning på effekten av granskningsrapporter. Det er ingen som har overbevist meg om at de har lært noe av en granskningsrapport. Det er det ledelsen tar fatt i etter en granskningsrapport som er av betydning. Hvis det ikke blir gjort så er det ingen som lærer noe.

AKR: Det er et godt poeng. Det har nesten blitt ansvarsfraskrivelse overalt og det blir ikke tatt fatt i.

AKR: Jeg kan si litt om faglige råd og prioriteringer. Vi bisto Hdir rundt februar/mars 2020, med hva vi skulle prioritere. Det er ikke sånn at hjertepasienter er mindre verdt en covid-19-pasienter. Vi har bedt FHI om at man begynner å se på at man tar ned mye elektiv virksomhet. Det må være en plan for prioritering. Vi må ha helsepersonellet gjennom vinteren fordi det kommer ikke noen nye inn. De nye som kommer inn, er nyutdannede leger og sykepleiere. De har ikke like mye erfaring. Vi vet at det er vanskeligere å takle prioriteringer og det å ikke kunne gi hjelp når man er ung. Vi må se på faglige prioriteringer og man bør jevnlig se på hvordan vi skal vurdere hva som skal prioriteres når vi står i en reel prioriteringssituasjon. Det gjør vi nå. Vi har begynt på det, men det er ikke veldig strukturert.

Betyr det at vi ikke er villig til å ta den prioriteringen og dermed blir det tilfeldig hvem som prioriteres og ikke?

AKR: Ja, jeg tror resultatet av at man ikke er villig til å ta prioritering medfører at det blir tilfeldig hvem som blir prioritert. Vi har ikke brukt prioriteringsreglene fordi vi prioriterer barn og kreft nå. St. Olavs hospital har måttet utsette kreftkirurgi. Vi har ikke noe samlet nasjonalt register for hvem som er sykest. For eksempel har ikke Ahus oversikt over hvor syke deres pasienter er sammenlignet med andre sykehus sine pasienter.

Vi har fristbrudd og det har vi tall på i kommisjonen. Det er det som tidligere definert som prioriteringer, altså når er det fristbrudd på en gitt diagnose.

AKR: Det sier ikke så mye om prognosetap fordi det har du på alle sykdommer. Om det for eksempel kommer inn en covid-19-pasient, utsetter man hjerte -og kreftoperasjon. Da kan man stille spørsmål ved om det er riktig å prioritere covid-19-pasienten sammenlignet med det som må utsettes fordi vi ikke har større kapasitet. Vi begynte på den diskusjonen i fjor og så stengte samfunnet ned, og da kom det færre andre pasienter. Nå har vi en julebordsesong foran oss og vi vet da at det kommer inn flere med alkoholintoks, slåsskamper og bilulykker. Man vil gjøre alt man kan for å redde dem.

Dere har nevnt at man sluttet med covid-takstene og la ned luftveisklinikkene. Anne-Karin nevnte i stad at dette var en slags vedtakelse av at pandemien er over. Hvordan kan man myndighetene gjøre slike vedtak, hvis det faglig sett ikke anses for å være over?

MH: Det må være rent økonomisk. Det er for å få økonomien i gang igjen. Fra kommunenes side er det fryktelig vanskelig å bruke penger på at beredskap består når de har lite tilfang av covid-19-pasienter. Det er ikke alle kommuner som har lagt ned luftveisklinikken.

Hva tror dere om befolkningens aksept for å ha tiltak hvis man bare har 10 pasienter med covid-19 på norske sykehus?

AKR: Vi ble latterliggjort av Finland, Sverige og kanskje også Danmark. «Hvordan er det mulig å oppheve alle tiltak kl. 16. på en lørdag?» Vi ønsker også et åpent samfunn, men istedenfor å si at pandemien var over, kunne man heller sagt at vi var i en rolig fase og det kan vi klare å bevare om vi fortsetter å holde avstand og vaske hender. Faglig sett ville det vært mer fornuftig fordi vi visste at det kom til å blomstre igjen. Det er håp, men dette kommer til å vare i noen år.

FHI er veldig på å dobbeltdokumentene alt, men vi har en viss anelse om hvordan virus oppfører seg. Sendrektigheten med tredje dose til alle, også helsepersonell, viser at det er gjort en feilvurdering fordi det tar for lang tid. Det er 3-4 uker siden de sa det til helsepersonell.

Der er det også stor kommunal variasjon?

AKR: Ja, veldig. Kommunene må lære av hverandre og samarbeide på tvers. Man må se på de kommunene hvor det har fungert og hva de har gjort. For eksempel om de kommunene som ikke har tatt feberklinikkene helt ned, har det vært lettere å ta dem opp raskt igjen.

Digital gjennomgang 26.01.2022. Referat godkjent av Marit Hermansen, Anne-Karin Rime men Gjøril Bergva som bistitter.

Oslo, 26.01.2022 Linda Aamodt