



STORTINGET

Innst. 144 S

(2020–2021)

Innstilling til Stortinget
frå helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:144 S (2019–2020)

**Innstilling frå helse- og omsorgskomiteen om
Representantforslag fra stortingsrepresentantene
Ingvild Kjerkol, Tellef Inge Mørland, Hege
Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tore Hagebak-
ken om å styrke norsk intensivkapasitet**

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet blir det fremja følgjande forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen sikre at det utdannes et tilstrekkelig antall sykepleiere i hele landet, og at det legges bedre til rette med tilbud om fulle utdanningsløp med bachelor- og masterutdanning for spesialsykepleiere.
2. Stortinget ber regjeringen utarbeide en nasjonal oversikt og en forpliktende opptrappingsplan for utdanning for spesialsykepleiere og anestesileger i intensivmedisin.
3. Stortinget ber regjeringen gjennomgå finansieringsordningen for sykehusene og påse at den ikke gir incentiver for å bygge ned intensivkapasiteten.
4. Stortinget ber regjeringen sørge for at evne til raskt å øke intensivkapasiteten tas med i vurderingen ved oppføring av nye sykehusbygg.
5. Stortinget ber regjeringen sikre oppdatert og tilgjengelig informasjon om nasjonal intensivkapasitet og beredskap, og at denne inkluderes i den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.
6. Stortinget ber regjeringen utrede en enhetlig orga-

nisering av intensivmedisin i norske sykehus for å sikre ivaretagelse av pasientsikkerhet, ensartede retningslinjer, koordinert fagutvikling og samordnet forskningsaktivitet, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Ein viser til dokumentet for ei nærare utgreiing om forslaga.

Merknader frå komiteen

Komiteen, medlemmene frå Arbeidarpartiet, Tore Hagebakken, Ingvild Kjerkol, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, frå Høgre, Mats A. Kirkebirkeland, Erlend Larsen, Mari Holm Lønseth og Sveinung Stensland, frå Framstegspartiet, Åshild Bruun-Gundersen og Kari Kjønaas Kjos, frå Senterpartiet, Kjersti Toppe, frå Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, frå Venstre, Carl-Erik Grimstad, og frå Kristeleg Folkeparti, leiaren Geir Jørgen Bekkevold, viser til forslaga i Dokument 8:144 S (2019–2020) om å styrke norsk intensivkapasitet. Statsråd Bent Høie har uttalt seg om forslaga i brev til komiteen av 5. oktober 2020. Brevet følgjer som vedlegg til denne innstillinga. Komiteen har også bedt om skriftlege innspel og har mottatt fire slike innspel.

Komiteen viser til at intensivmedisin i forslaget blir skildra som «den delen av medisinen hvor hovedvekten ligger på behandling av pasienter med akutt og livstruende skade eller svikt i ett eller flere av kroppens vitale organsystemer [...], og svikt i immun- eller koagulasjonssystemet».

Komiteen vil understreke at intensivbehandling krev både personell med spesialkompetanse og erfaring og tilgang på respiratorar, gasstilførsel, intensivmedisinske forbruksvarer, samt medikament. Komiteen viser til Meld. St. 16 (2012–2013) Beredskap mot pandemisk influensa, om erfaringane etter svineinfluensa-pandemien i 2009. I denne meldinga vart behovet for tilstrekkeleg medisinsk utstyr av god og oppdatert standard, samt tilgang til personell som er kompetent til å handtere det, understreka. Komiteen viser til at ifølgje Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap er ein pandemi det mest sannsynlege beredskapsscenarioet som vil kunne treffe Noreg, og at direktoratet i ei rekke rapportar har påpeika at Noreg manglar intensivplassar, utstyr og kompetanse til å handtere ein pandemi. Komiteen viser til at covid-19-pandemien har aktualisert behovet for tilstrekkeleg intensivkapasitet, og til at Noreg i dag har omtrent det same talet på intensivplassar som for ti år sidan. Komiteen viser til Regional intensivutredning, som vart ferdigstilt i desember 2019. Utgreiinga seier mellom anna at behovet for intensivsenger vil auke med 25–30 prosent fram mot 2040, men at det er store usikkerheitsfaktorar knytte til variablar som sjukdomsutvikling, busetjingsutvikling og sjukehusinfrastruktur med meir. Utgreiinga viser til at Noreg har eit lågare tal på intensivsenger per 100 000 innbyggjarar enn andre land som det er naturleg å samanlikne seg med. Ho viser også til behovet for auka kapasitet for rehabilitering av tidlegare intensivpasientar.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Fremskrittspartiet har pekt på behovet for å ta i bruk all ledig privat kapasitet under koronapandemien. Det private LHL-sykehuset ved Gardermoen har i dag en fullt utstyrt intensivavdeling med 13 plasser. Det har ved flere anledninger blitt satt spørsmålsteget ved regjeringens manglende bruk av private aktører for å avlaste det offentlige helsevesenet i pandemien.

Disse medlemmer viser til at private aktører i mars ble bedt om å hjelpe, og LHL-sykehuset var raskt i gang med å omstille seg for å klare å møte de utfordringene pandemien medførte. Likevel har ikke Helse Sør-Øst vært villig til å ta i bruk denne kapasiteten. Det mener disse medlemmer er kritikkverdig.

Utdanning av helsepersonell for ein styrkt intensivberedskap

Komiteen viser til forslag 1 om å utdanne nok sjukepleiarar og at det blir lagt betre til rette med tilbod om fulle utdanningsløp med bachelor- og masterutdanning for spesialsjukepleiarar.

Komiteen viser til høyringsinnspel frå Sykepleierforbundets landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS),

som i fleire år har understreka behovet for auka utdanningskapasitet og for å behalde intensivsjukepleiarar i jobb. Ifølgje NSF er beredskapen i kriser ikkje tilstrekkeleg, og dei viser til at ein i stor grad nytta utanlandske vikarar for å dekke opp ein allereie eksisterande mangel på intensivkapasitet. Dette viste seg under pandemien å bli kritisk då ein mista tilgangen på vikarar og opplevde auka behov for intensivkapasitet. Komiteen viser til høyringsinnspel frå Norsk intensiv- og pandemiregister, der det blir påpeika at mangel på personell ofte blir sett som eit større hinder enn mangel på utstyr. Norsk anestesilogisk forening åttarar i høyringsinnspellet sitt mot lettvinde løysingar og peikar på at det er nødvendig å auke både fysiske (areal, utstyr) og menneskelege (intensivsjukepleiarar, anestesilegar og anna helsepersonell) ressursar. Komiteen viser til innspel frå Den norske legeforening om behovet for at fleire anestesilegar blir vidareutdanna i intensivmedisin, og at Noreg i dag importerer om lag 40 prosent av ferdige spesialistar i anestesi frå utlandet. Komiteen viser til svaret frå statsråden, der det blir vist til at studieprogram innan intensivsjukepleie blir tilbode ved 11 utdanningsinstitusjonar. Statsråden viser til at vidareutdanningar innan «ABIOK» (anestesisjukepleie, barnesjukepleie, intensivsjukepleie, operasjonssjukepleie og kreftsjukepleie) til saman hadde 833 studentar i 2019. Komiteen merkar seg at departementet også viser til at det i revidert nasjonalbudsjett vart gitt midlar til ein plan som ferdig opptrappa vil gi 80 nye studentar innan ABIOK i året, samt til 250 nye studie-plassar i sjukepleie. Komiteen deler statsråden si oppfatning av sjukepleiarutdanninga som ei utdanning der det er særleg viktig at ein oppnår minstemåla for uteksaminerte kandidatar.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til svaret fra statsråden, hvor det presiseres at det i revidert nasjonalbudsjett 2020 ble bevilget midler til om lag 1 100 studie-plasser i helse- og sosialfagutdanningene, samtidig som det opprettes 100 nye midlertidige LIS1-stillinger allerede fra i år, slik at enda flere ferdig utdannede leger kan starte sitt spesialiseringsløp.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Dokument 8:75 S (2015–2016), jf. Innst. 408 S (2015–2016), og forslagene der for å bedre tilgangen på spesialsjukepleiere, som ble nedstemt av regjeringspartiene og Fremskrittspartiet. Disse medlemmer mener regjeringen i lang tid har latt en mangelsituasjon utvikle seg, at det de siste fem årene har blitt utdannet færre spesialsjukepleiere enn kandidat-måltallene, og at Riksrevisjonens rapport om beman-ning i sykehusene i fjor, Dokument 3:2 (2019–2020),

viser at behovet har vært ansett som prekært de siste tre årene. Disse medlemmer mener det bør stilles en klar forventning om at det utdannes tilstrekkelig med intensivsykepleiere og helsepersonell til at vi får en reell økning i intensivkapasiteten.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at det utdannes et tilstrekkelig antall sykepleiere og helsefagarbeidere til å øke intensivkapasiteten i hele landet, og at det legges bedre til rette med tilbud om fulle utdanningsløp med bachelor- og masterutdanning for spesialsykepleiere.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at den økende mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere i Norge blir tydeligere for hvert år. Også Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) understreker behovet for å øke utdanningskapasiteten i sitt innspill.

Flertallet viser til at det er mangel på arbeidskraft innenfor helsesektoren. Navs bedriftsundersøkelse 2019 viser at Norge i dag mangler 4 500 sykepleiere og 1 100 spesialsykepleiere. Det ligger heller ikke an til at dette løser seg i tiden som kommer. Flertallet viser til at tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at Norge i 2035 vil mangle hele 28 000 sykepleiere og 18 000 helsefagarbeidere. Det er ikke annet enn bekymringsfullt.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at noe av det viktigste vi kan gjøre for å løse de behovene helsesektoren står overfor i de kommende årene, er å sørge for at vi utdanner folk til det vi mangler folk til. I april i år var det registrert nesten 14 000 førstevalgssøkere til sykepleierstudiene, en økning fra 2019. Selv om søkertallet til sykepleierutdanningen hadde gått ned, ville det fortsatt ikke være plass til alle førstevalgssøkere som ønsker denne studieretningen. Disse medlemmer understreker at det altså er langt flere søkere enn det er studieplasser, samtidig som Norge går inn i en periode der mangelen på helsepersonell vil øke drastisk de neste årene.

Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet i årevis har påpekt at universiteter og høyskoler må ta et større ansvar for å utdanne folk til den kompetansen arbeidslivet har behov for, men erkjenner at partiet har stått helt alene om å legge press på UH-sektoren for å prioritere dette målet. Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet i sitt alternative budsjett har satt av 140 mill. kroner til 2 500 studieplasser innen sykepleie.

Disse medlemmer understreker viktigheten av å sikre et tilstrekkelig antall praksisplasser for sykepleiere og medisinstudenter under utdanning. Regjeringen bør derfor snarlig gå i dialog med kommuner, helsefore-

tak og private sykehus om å etablere forpliktende samarbeid om nettopp tilstrekkelige praksisplasser for sykepleiere og medisinstudenter under utdanning.

Medlemene i komiteen fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at ein av fem sjukepleiarar har forlate arbeidet i helsevesenet ti år etter fullført utdanning. Desse medlemmene vil understreke at dersom ikkje fleire sjukepleiarar fortset i yrket, vil underskotet på sjukepleiarar bli enda større i framtida. Desse medlemmene meiner det er svært viktig å legge til rette for ein arbeidskvardag i helsesektoren som gjer at utdanna sjukepleiarar ønsker å bli i yrket.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti er glad for at Fremskrittspartiet forstår at vi har en bemanningskrise etter nesten åtte år med Fremskrittspartiet i regjering eller som støtteparti.

Dette medlem viser til at det er et stort behov for flere og bedre praksisplasser for sykepleiere, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Mange sykepleierstudenter får ikke praksisplass, og utdanningsløpet stopper dermed opp. Dette medlem vil påpeke at en forutsetning for å utdanne nok sykepleiere er at de får en god praksis. Dette medlem mener også at det må settes av øremerkede midler til praksisveiledning i kommunene og spesialisthelsetjenesten, som må pålegges å tilby flere praksisplasser.

Dette medlem mener at det derfor ikke er nødvendig å øke antall studieplasser før gode kvalitetssikrede praksisplasser er på plass.

Dette medlem viser til at ved å endre finansieringskategorien for sykepleierutdanningen vil det lønne seg for høyskolene og universitetene å utdanne sykepleiere. Flere sykepleierstudenter faller av i utdanningsløpet, og dette medlem mener at flere ressurser til disse sykepleierstudentplassene kan øke utdannings takten, og viser til Sosialistisk Venstrepartis forslag i forbindelse med statsbudsjettet for 2021, der det foreslås å endre finansieringskategori.

Dette medlem viser til at Sosialistisk Venstreparti ved behandlingen av statsbudsjettet for 2021 har fremmet en rekke forslag for å styrke utdanningen av sykepleiere, inkludert praksisplasser og lønnede utdanningsstillinger for at studentene skal få bedre opplæring. Norge har dyktige sykepleiere, men mange får ikke hele og faste stillinger. Hvis Norge får flere hele og faste stillinger i helsesektoren, med gode faglige rettigheter som sykepleiere kan leve av, vil helsesektoren få ansatte som kan redusere bemanningskrisen vi har. Dette medlem mener sykepleiere bør få tilbud om hele og faste stillinger med gode faglige rettigheter og en lønn de kan leve av.

Nasjonal oversikt og ein forpliktande opptrappingsplan

Komiteen viser til forslag 2 om å be regjeringa utarbeide ei nasjonal oversikt og ein forpliktande opptrappingsplan for utdanning for spesialsjukepleiarar og anestesilegar i intensivmedisin.

Komiteen merkar seg at regjeringa har bedt Helse- og omsorgsdepartementet om å opprette eit nasjonalt system for å følge med på behovet for og tilgangen på spesialsjukepleiarar, men at regjeringa ikkje ser behovet for ein eigen opptrappingsplan for utdanning av spesialsjukepleiarar og anestesilegar. Komiteen viser til høyringsinnspel frå Norsk Sykepleierforbund (NSF), der dei uttrykkjer eit ønske om ein nasjonal, forpliktande opptrappingsplan for mastergradsutdanning av intensivsjukepleiarar. NSF finn det problematisk at ein i dag kan stoppe etter å ha tatt delar av masterutdanninga (90 studiepoeng) og likevel få tittelen intensivsjukepleiar. NSF meiner også at det må utarbeidast retningslinjer for bemanninga i intensivverksemd, og at det må sikrast eit system med korrekt oversikt over faktisk bemanning og reelt behov for intensivsjukepleiarar. Norsk anestesio- logisk forening viser til at ingen andre spesialitetar i medisin har intensivmedisin inkludert i grunnutdanninga, eller har intensivmedisin som vidareutdanningsprogram, og til personellet sin viktige funksjon i oppbygginga av betre kapasitet. Legeforeninga skriv i sitt høyringsinnspel at dei meiner utdanningskapasiteten, også for legar, må aukast og styrkast innan intensivfeltet, og meiner ei nasjonal oversikt og ein opptrappingsplan er heilt nødvendig. Norsk intensiv- og pandemiregister fører slår at styresmaktene bør setje krav til intensivkapasitet både på HF- og RHF-nivå, og at kravet til nivå må ta omsyn til lokal geografi og lokale vertilhøve. Komiteen viser også til Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringar i helseføretaka (Dokument 3:2 (2019–2020)), som viser at kvar sjette intensivsjukepleiar er over 60 år, at nesten tre av fire einingar der det arbeider intensivsjukepleiarar har ledige stillingar, og at leiarar fortel om store utfordringar med rekruttering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at svaret fra statsråden peker på at regjeringa har bedt om at det skal opprettes et nasjonalt system for å følge med på behovet for og tilgangen på spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flertallet understreker at det årlig følges med på utviklingen av legestillinger i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, slik at man kan fange opp medisinske spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Ven-

streparti viser til at intensivkapasiteten har vært tilnærmet uendret de siste ti årene, selv om behovet har økt. Disse medlemmer vil understreke at et økende antall eldre forsterker behovet for en satsing på intensivkapasitet.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en nasjonal oversikt og en forpliktende opptrappingsplan for utdanning av spesialsykepleiere og leger med spesialisering i intensivmedisin og annet helsepersonell med intensivkompetanse.»

«Stortinget ber regjeringen øke intensivkapasiteten i Norge og stille krav til intensivkapasitet på HF-nivå og RHF-nivå som ivaretar beredskap i normalsituasjonen og ved fremtidige pandemier og andre helsekriser, og informere Stortinget på egnet måte.»

Medlemene i komiteen fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti meiner det er kritikkverdig at talet på intensivplassar har stått stille i ti år. Ifølgje Norsk intensivregister hadde Noreg 235 operative intensivsenger i 2011. Då koronapandemien braut ut i Noreg våren 2020, var det tilsvarande talet 248. Justert for befolkningsauken er talet praktisk talt det same. Desse medlemene viser til at talet plasserer oss blant dei dårlegast stilte landa i Vest-Europa som det er naturleg å samanlikne oss med. Ifølgje den regionale intensivutgreinga som vart gjort i 2019, er kapasiteten kun lågare i Skottland. Desse medlemene viser at helse- og omsorgsministeren den 10. mars 2020 opplyste frå Stortingets talarstol at norske sjukehus har 1 200–1 400 intensivplassar i ein krisesituasjon. Etter at fagmiljøa reagerte på dette talet, vart det nedjustert til 950. Desse medlemene viser til at statsminister Erna Solberg i Stortinget den 13. oktober 2020 uttalte at «når det gjelder intensivkapasitet, er det slik at som ekstraordinære tiltak planlegger man for 1 200 intensivplasser.» Desse medlemene registrerer at det framleis er stor usikkerheit om kor tid 1 200 intensivplassar kan vere på plass i ein krisesituasjon, og ikkje minst kva bemanning og kompetanse som er planlagt rundt desse plassane.

Gjennomgang av finansieringsordninga

Komiteen viser til forslag 3, der regjeringa blir bedt om å gjennomgå finansieringsordninga for sjukehus og sjå til at ho ikkje gir incentiv til å bygge ned intensivkapasiteten.

Komiteen viser til at sjukehusa i dag er finansier- te med 50 prosent innsatsstyrt finansiering og 50 prosent rammefinansiering. Komiteen viser også til at det er vanleg praksis i norske helseføretak at innsats- styrt finansiering blir vidareført frå regionale helseføre-

tak ned på helseføretaksnivå, og vidare ned på sjukehusnivå og avdelingsnivå. Innsatsstyrt finansiering er basert på utrekning av DRG-poeng (diagnoserelatert gruppe) for kvar pasient.

Komiteen viser til svaret frå statsråden, der det går fram at Helsedirektoratet har kontinuerleg dialog med dei regionale helseføretaka om endringsbehov i den innsatsstyrte finansieringa.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til at de regionale helseforetakenes økonomi ble vidare styrket i 2020, noe som legger til rette for å ivareta beredskapsplanleggingen, bemanningssituasjonen og smittevern hensyn, samtidig som det trappes opp til mer normal pasientbehandling og jobbes med å redusere ventetider som har oppstått som følge av covid-19.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at bruken av innsatsstyrt finansiering ikke premierer beredskapskapasitet, og at det er klart at sykehusene i møte med koronapandemien både hadde lav intensivkapasitet og ikke tilstrekkelig med smittevernutstyr eller legemiddellagre. Disse medlemmer mener det er viktig å sørge for at finansieringsordningene vi har, ikke bidrar til å svekke vår beredskap etter pandemien.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå finansieringsordningen for sykehusene og påse at den ikke gir incentiver til å bygge ned intensivkapasiteten.»

Medlemene i komiteen frå Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil endre på dagens finansieringsmåte for sjukehus. Dagens finansieringsmåte med 50 prosent innsatsstyrt finansiering premierer ikkje beredskap. Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil at norske sjukehus i all hovudsak skal rammefinansierast ut frå behov, på same måte som ein finansierer eldreomsorg og skule. Desse medlemmene viser til at innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetenesta blei innført i 1997 og var saman med innføring av bestillarutførar-modellen og helseføretaksmodellen ein del av ein samla reform for auka marknadsretting av helsevesenet, som Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti heile tida har vore kritisk til.

Medlemene i komiteen frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti meiner det er på høg tid å gjennomgå denne finansieringsordninga for sjukehusa. Desse medlem-

mene viser til Dokument 8:49 S (2017–2018), jf. Innst. 111 S (2017–2018) der følgande vedtak blei fatta, jf. Vedtak 471 og 473 (2017–2018):

«Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014:12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»

»Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 redusere andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.»

Desse medlemmene viser til at regjeringa ikkje har følgd opp desse stortingsvedtaka.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til representantforslag om fjerning av innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten under koronapandemien, Dokument 8:94 S (2019–2020), jf. Innst. 367 S (2019–2020). Disse medlemmer viser til at Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Miljøpartiet De Grønne og Rødt stemte for dette forslaget:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om stans i ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) for 2020, slik at alle midler som ligger under ISF i statsbudsjettet, gis som rammefinansiering.»

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Endringer i statsbudsjettet 2020 under Helse- og omsorgsdepartementet, jf. Prop. 42 S (2020–2021). Dette medlem viser til at sykehusene vil tape 2,94 mrd. kroner på grunn av tapt inntekt fra innsatsstyrt finansiering. Regjeringen foreslår å øke særskilte tilskudd med 2,55 mrd. kroner, noe som ikke vil oppveie hele tapet sykehusene får. Dette medlem viser til at sykehusene vil tape 388 mill. kroner over kap. 732 Regionale helseforetak med post 70 og post 76 til sammen.

Kapasitet i nye sjukehusbygg

Komiteen viser til forslag 4 om å be regjeringa sørge for at evna til raskt å kunne auke intensivkapasiteten blir tatt med i vurderinga ved oppføring av nye sjukehusbygg. Komiteen merkar seg svaret frå statsråden, der det kjem fram at erfaringar frå inn- og utland nyttast i planlegginga av nye sjukehusbygg. Vidare peikar statsråden på at nye bygg har andre føresetnader for smittevern og har teknologiske og tekniske løysingar som gjer dei betre rusta i store kriser enn eksisterande sjukehus. Komiteen merkar seg høyringsinnspelet frå Den norske legeforening, der det blir vist til at norske sjukehus i lang tid har blitt bygd for små. Legeforeninga understrekar behovet for fleksible areal som raskt kan tilpassast situasjonar med behov for auka intensivkapasitet. Dei meiner nye sjukehus må byggast med luftsmitt-

teisolat, og med areal som egnar seg til å behandle mange på ein stad. Komiteen viser til Norsk anestesilogisk forening, som understrekar at også dei fysiske ressursane (areal, utstyr) må aukast om intensivkapasiteten skal betrast.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at erfaringene som er gjort med Sykehuset Østfold Kalnes og andre sykehusprosjekter, viser at sykehus bygges for små. Disse medlemmer mener koronapandemien er en klar påminnelse om at nye sykehusbygg må ha fleksible løsninger som legger til rette for å øke intensivkapasiteten raskt.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at evnen til raskt å øke intensivkapasiteten tas med i vurderingen ved oppføring av nye sykehusbygg.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til tidligere erfaringer med nye sykehusprosjekter, hvor prisen på bygget ofte blir styrende for hvordan prosjektet til slutt gjennomføres. Selv om vi alltid skal ha et kritisk blikk på kostnad, må ikke dette gå på bekostning av funksjonalitet og fleksibilitet. Skal et sykehus ha den fleksibiliteten som er nødvendig når sykdomsbildet endres drastisk eller store hendelser inntreffer, er det et stort behov for å bygge på en slik måte at sykehusene kan møte disse utfordringene. Måten utbygginger og nybygg finansieres på, er ofte til hinder for å kunne tenke langsiktig. Disse medlemmer har flere ganger tatt til orde for et eget investeringsbudsjett for sykehusene.

Medlemmene i komiteen fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Dokument 8:147 S (2019–2020), som ligg til behandling i helse- og omsorgskomiteen, om ein ny politikk for finansiering og dimensjonering av offentlege sjukehus. I dette representantforslaget blir det foreslått at Sykehusbygg HF utarbeider ein ny modell for bygging av sjukehus, der nye sjukehusbygg må planleggast ut frå behov og ikkje ut frå ei forventning om effektivisering og ytterlegare kutt i døgnbehandling og oppgåveoverføring til kommunane. Det blir også foreslått å sikre at smittevern og beredskap for epidemiar og pandemiar blir vektlagt ved planlegging av nye sjukehus.

Disse medlemmene viser til planane for bygging av eit nytt OUS på Gaustad og er ueinige i at eit nytt sjukehus bygd på lite areal og i høge tårn er planlagt ut ifrå gode smittevernomsyn. Disse medlemmene viser til eit intervju med fungerande assisterande helsedirektør

Espen Rostrup Nakstad i NRK 28. mars 2020, der han uttalte følgande:

«Kanskje må vi ha systemer med sykehus med mer plass, ikke bygge svære høye tårn, men på en måte ha smittevernensyn inn i måten vi bygger sykehus på.»

Disse medlemmene viser til at smittevern og katastrofeberedskap på generell basis har fått svært liten plass i planprosessen for nye sjukehusbygg i Oslo universitetssjukehus. Disse medlemmene viser til Oslo universitetssjukehus sin Utviklingsplan 2035, der ein reduserer den framskrivne aktiviteten i 2035 med rundt 140 000 somatiske liggedøgn. Disse medlemmene fryktar derfor at ein i Oslo gjentek den same feilen som vart gjort ved både Ahus og Sykehuset Østfold Kalnes, der sjukehusa var underdimensjonerte frå dag ein. Disse medlemmene meiner at den pågåande pandemien har vist behovet for sjukehus med tilstrekkeleg behandlingsskapasitet, også fordi det er vanskelegare å hindre smittespreiing i overfylte sjukehus.

Årleg informasjon om intensivkapasitet og beredskap

Komiteen viser til forslag 5 om at regjeringa må sikre oppdatert og tilgjengeleg informasjon om nasjonal intensivkapasitet og beredskap og at denne blir inkludert i den årlege stortingsmeldinga om kvalitet og pasienttryggleik. Komiteen viser til at den årlege meldinga er ei oppsummering av status og utfordringar slik mellom anna pasient- og brukaromboda, Statens helse-tilsyn og Norsk pasientskadeerstatning ser det. Komiteen merkar seg at statsråden meiner at det er betre å omtale og vurdere intensivkapasiteten spesifikt i andre proposisjonar og meldingar enn i den årlege meldinga om kvalitet og pasienttryggleik.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, peker på svaret fra statsråden, hvor det fremkommer at Norsk pandemiregister ble etablert gjennom en utvidelse av Norsk intensivregister i slutten av mars 2020. Intensiv- og pandemiregisteret samler opplysninger om alle sykehusinnleggelser som følge av covid-19-sykdom og inkluderer pasienter som får intensivbehandling. Flertallet merker seg at regjeringen har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å etablere et nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det per i dag er dårlig oversikt over norsk intensivkapasitet, noe som ble tydelig da koronapandemien traff. Disse medlemmer mener det er avgjørende å ha løpende oppdatert informasjon om dette. Disse medlemmer merker seg at stats-

råden ikke vil gjøre dette i den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, og ikke anser det som avgjørende at Stortinget informeres gjennom denne.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre oppdatert og tilgjengelig informasjon om nasjonal intensivkapasitet og beredskap, og at Stortinget årlig får en oppdatering om dette på egnet måte.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til svaret fra statsråden, hvor det bemerkes at det er krevende å sammenligne intensivkapasitet i ulike land, men at Norge har en intensivkapasitet på nivå med de andre nordiske landene. Flertallet påpeker at det må være en balanse mellom bemanning og utdanning i en normalsituasjon, og behovet som oppstår for økt kapasitet i en krisesituasjon.

Greie ut organisering av intensivmedisin i norske sykehus

Komiteen viser til forslag 6 om å greie ut ei heilskapleg organisering av intensivmedisin i norske sykehus for å sikre pasienttryggleik, einsarta retningslinjer, koordinert fagutvikling og samordna forskingsaktivitet.

Komiteen merkar seg svaret frå departementet, der det går fram at Norsk pandemiregister vart oppretta i mars 2020 og har til oppgåve å utarbeide faglege kvalitetsindikatorar for norske intensiveiningar og verksemd knytt til epidemiutbrot. Vidare skriv departementet at Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag å etablere eit nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19, og at forskning og fagutvikling innan intensivmedisin blir organisert og utført av dei regionale helseføretaka.

Komiteen viser til høyringsinnspel frå Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR), som skriv at utfordringane innan intensivmedisin er knytte til struktur, personell og måling av kvalitet. Intensiveiningane i Noreg er svært ulike i aktivitet, pasientpopulasjon og kompetanse. Dei viser til at det blir brukt mykje tid på å organisere flytting av sjuke pasientar mellom ulike avdelingar på sjukehuset grunna kapasitetsmangel.

Komiteen merkar seg at NIPaR i sitt høyringsinnspel understrekar at finansieringa av registeret ikkje er tilstrekkeleg og ikkje står i forhold til oppgåva, og at eit viktig verkemiddel for å styrke norsk intensivmedisin vil vere å styrke finansieringa til NIPaR. Dette kan gjerast gjennom styring av særskilte oppgåver knytte til beredskap, og/eller gjennom å opprette eit kompetansesenter for intensivmedisin knytt til registeret.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kris-

telig Folkeparti, tar statsrådens svar til etterretning og mener det er viktig å ha oversikt over intensivkapasiteten og samtidig kunne forberede oss på en potensiell ny krisesituasjon som innebærer økt pasienttilstrømning.

Flertallet fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle forhold rundt sykehusenes intensivkapasitet og beredskap i etterkant av covid-19-pandemien, herunder også de private, slik at helsetjenesten er forberedt på krisesituasjoner som innebærer økt pasienttilstrømning.»

Medlemene i komiteen frå Arbeidarpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti meiner vi har gode nasjonale og regionale utgreingar og faktainformasjon som med tydelegheit viser problemet med manglande intensivberedskap, blant anna dokumentasjonen frå Direktoratet for samfunnstryggleik og beredskap som viser at dagens intensivkapasitet er utilstrekkeleg. Regional intensivutgreiing i 2019 viser i tillegg at behovet for intensivsenger mest sannsynleg vil auke med 25–30 prosent fram mot 2040. Desse medlemmene registrerer at regjeringspartia foreslår enda ein ny gjennomgang av intensivberedskapen i etterkant av covid-19-pandemien for å få oversikt over intensivkapasiteten, utan å vere tydelege på behovet for auka intensivberedskap i Noreg.

Disse medlemmer viser til høyringsinnspill frå Norsk pandemi- og intensivregister som peker på at mye tid i dag brukes til flytting av pasienter mellom ulike avdelinger fordi det er mangel på struktur, personell og måling av kvalitet. Disse medlemmer mener det er nødvendig å utrede en mer enhetlig organisering i tråd med satsingen på intensivkapasitet som fremmes i de øvrige forslagene i representantforslaget.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede en enhetlig organisering av intensivmedisin i norske sykehus, som tar hensyn til lokal geografi og lokale værforhold, for å sikre ivaretagelse av pasientsikkerhet, ensartede retningslinjer, koordinert fagutvikling og samordnet forskningsaktivitet, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Forslag frå mindretal

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen sikre at det utdannes et tilstrekkelig antall sykepleiere og helsefagarbeidere til å øke intensivkapasiteten i hele landet, og at det legges

bedre til rette med tilbud om fulle utdanningsløp med bachelor- og masterutdanning for spesialsykepleiere.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen utarbeide en nasjonal oversikt og en forpliktende opptrappingsplan for utdanning for spesialsykepleiere og leger med spesialisering i intensivmedisin, og andre helsepersonell med intensivkompetanse.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen øke intensivkapasiteten i Norge og stille krav til intensivkapasitet på HF-nivå og RHF-nivå som ivaretar beredskap i normalsituasjonen og ved fremtidige pandemier og andre helsekriser, og informere Stortinget på egnet måte.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen gjennomgå finansieringsordningen for sykehusene og påse at den ikke gir incentiver til å bygge ned intensivkapasiteten.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen sørge for at evnen til raskt å øke intensivkapasiteten tas med i vurderingen ved oppføring av nye sykehusbygg.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen sikre oppdatert og tilgjengelig informasjon om nasjonal intensivkapasitet og beredskap, og at Stortinget årlig får en oppdatering om dette på egnet måte.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen utrede en enhetlig organisering av intensivmedisin i norske sykehus, som tar hensyn til lokal geografi og lokale værforhold, for å sikre ivaretagelse av pasientsikkerhet, ensartede retningslinjer, koordinert fagutvikling og samordnet forskningsaktivitet, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Tilråding frå komiteen

Tilrådinga frå komiteen blir fremja av Høgre, Framstegspartiet, Venstre og Kristeleg Folkeparti.

Komiteen har elles ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjere følgjande

vedtak:

Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle forhold rundt sykehusenes intensivkapasitet og beredskap i etterkant av covid-19-pandemien, herunder også de private, slik at helsetjenesten er forberedt på krisesituasjoner som innebærer økt pasienttilstrømning.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 3. desember 2020

Geir Jørgen Bekkevold

leiar

Kjersti Toppe

ordførar



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2020/2306

Vår ref
20/4097-

Dato
5. oktober 2020

Dokument 8:144 S (2019-2020) - Representantforslag om å styrke norsk intensivkapasitet

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomite datert 15. september 2020, vedlagt representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tellef Inge Mørland, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tore Hagebakken om å styrke norsk intensivkapasitet.

Det blir fremmet seks konkrete forslag:

1. Stortinget ber regjeringen sikre at det utdannes et tilstrekkelig antall sykepleiere i hele landet, og at det legges bedre til rette med tilbud om fulle utdanningsløp med bachelor- og masterutdanning for spesialsykepleiere.
2. Stortinget ber regjeringen utarbeide en nasjonal oversikt og en forpliktende opptrappingsplan for utdanning for spesialsykepleiere og anestesileger i intensivmedisin.
3. Stortinget ber regjeringen gjennomgå finansierungsordningen for sykehusene og påse at den ikke gir incentiver for å bygge ned intensivkapasiteten.
4. Stortinget ber regjeringen sørge for at evne til raskt å øke intensivkapasiteten tas med i vurderingen ved oppføring av nye sykehusbygg.
5. Stortinget ber regjeringen sikre oppdatert og tilgjengelig informasjon om nasjonal intensivkapasitet og beredskap, og at denne inkluderes i den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.
6. Stortinget ber regjeringen utrede en enhetlig organisering av intensivmedisin i norske sykehus for å sikre ivaretagelse av pasientsikkerhet, ensartede retningslinjer, koordinert fagutvikling og samordnet forskningsaktivitet, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Erfaringene fra pandemisituasjonen viser at mange av pasientene som blir smittet og som gjennomgår covid-19-sykdom ikke har behov for kontakt med helse- og omsorgstjenestene da sykdommen forløper relativt ukomplisert. Noen vil trenge sykehusinnleggelse, og en andel av disse vil ha alvorlig sykdom med behov for intensivbehandling, med eller uten respiratorstøtte. For disse pasientene er det avgjørende at vi har en god og nødvendig intensivkapasitet slik at de får adekvat behandling av kompetent helsepersonell. Som representantene beskriver, er tilnærmingen til intensivpasienter i all hovedsak generisk og handler om å understøtte vitale organfunksjoner. I tillegg til kompetent personell er intensivbehandlingen avhengig av avansert utstyr, blant annet respiratorer. Selv om covid-19 er en ny sykdom for helse- og omsorgstjenesten, er pasienter med behov for intensivbehandling på grunn av alvorlig sykdom ingen ny utfordring.

Å sammenligne intensivkapasitet mellom ulike land er krevende, da kapasitet kan beskrives på mange ulike måter. Det kan dreie seg om areal og infrastruktur, personell og kompetanse, antall senger eller tilgjengelighet av nødvendig utstyr. I tillegg kan det være vanskelig å skille intensivsenger fra såkalte intermediær-/ overvåkningssenger. Norge har en intensivkapasitet på nivå med de andre nordiske landene. Intensivsenger er svært ressurskrevende, og vi kan ikke ha mange tomme senger i en normalsituasjon. Når det gjelder sammenligning mellom Norge og andre europeiske land, viste en artikkel fra 2012 at det var stor variasjon i antall intensivsenger per 100 000 innbyggere. Gjennomsnittet var 11,5 per 100 000, og alle de nordiske landene lå under gjennomsnittet. Norge (8,0) lå høyere enn Danmark (6,7), Finland (6,1) og Sverige (5,8), og også høyere enn Storbritannia (6,6), Irland (6,5) og Nederland (6,4). Tyskland lå høyest med 29,2 intensivsenger per 100 000, Portugal lavest med 4,2 per 100 000.

Rapporten "Regional intensivutredning" fra desember 2019 som representantene viser til, var bestilt av de regionale helseforetakene og redegjorde for antall intensivsenger og intermediærsenger. Samlet viste rapporten at det var 4,8 intensivsenger og 10,7 intermediærsenger per 100 000 innbyggere. Videre sammenliknet rapporten norske tall med tall fra fire andre land gjennom ulike kilder (Irland, Skottland, Sverige og Nederland). Med unntak av Nederland (7,8 per 100 000) lå de øvrige landene på mellom 4,3 og 5,3 intensivsenger per 100 000, altså omtrent på nivå med Norge. Som representantene beskriver konkluderte rapporten med at behovet for intensivsenger mest sannsynlig vil øke med 25-30 % frem mot 2040, og at ny teknologi og telemedisin kan få stor betydning for hvordan kapasiteten ved det enkelte sykehuset blir.

De to første forslagene fra representantene omhandler utdanning av helsepersonell. Samfunnsoppdraget til universiteter og høyskoler inkluderer å dekke lokale og regionale kompetansebehov i dialog med og tilpasset arbeidslivets og samfunnets behov for kompetanse. Kunnskapsdepartementet har kandidatmåltall for blant annet sykepleierutdanning, som er minstekrav til tallet på uteksaminerte kandidater fra den enkelte utdanningsinstitusjonen. Sykepleierutdanning er en utdanning der det er særlig viktig at utdanningssektoren når målene for å møte behovet i samfunnet. I 2019 utdannet

sykepleierutdanningene 4 119 kandidater mot et kandidatmåltall på 3 537. Antallet kandidater i sykepleierutdanningene har steget hvert år siden 2013.

Regjeringen er opptatt av å sikre fagområder der det er stort behov for kompetanse i årene fremover. På bakgrunn av dette ble det i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2019 bevilget midler til en plan som ferdig opptrappet vil gi 80 nye sykepleiere innen anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleie (ABIOK) i året. I revidert nasjonalbudsjett for 2020 ble det bevilget midler til om lag 1 100 studieplasser i helse- og sosialfagutdanningene. Av disse gikk 80 studieplasser til medisinerutdanning, 250 studieplasser til sykepleierutdanning og 200 studieplasser til spesialsykepleie ved utdanningsinstitusjoner over hele landet. Det er om lag 55 studieprogrammer for bachelorgrad i sykepleie spredt på 13 utdanningsinstitusjoner over hele landet. I 2019 var antallet sykepleierstudenter som tok studietilbud utenfor campus, det vil si enten nettbasert eller desentralt, 1 075 studenter, en økning på 340 studenter fra 2010. Studieprogram innen intensivsykepleie tilbys ved 11 utdanningsinstitusjoner og er organisert både som mastergrad og som videreutdanning. Utdanningen inngår som del av ABIOK-utdanningene, som i 2019 totalt hadde 833 studenter. Regelverket som regulerer flere av spesialsykepleierutdanningene er under revisjon. Rammeplanene som har styrt disse utdanningene vil bli erstattet av nasjonale retningslinjer.

Vi oppretter 100 nye midlertidige LIS1-stillinger allerede fra i år, slik at enda flere ferdig utdannede leger kan starte sitt spesialiseringsløp. Å rekruttere og beholde kritisk kompetanse som spesialsykepleiere og anestesileger er et prioritert område i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene skal tilrettelegge for kompetanseheving gjennom livslang læring hos den enkelte og for teamene som skal levere sikre, helhetlige helsetjenester av høy kvalitet. Regjeringen arbeider for å styrke tilgangen til helsepersonell med kompetanse i intensivbehandling, særlig intensivsykepleiere.

En forutsetning for god planlegging er god oversikt. Regjeringen har bedt om at det skal opprettes et nasjonalt system for å følge med på behovet for og tilgangen på spesialsykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Systemet vil gi kunnskapsgrunnlag for personellplanlegging og kompetanseutvikling i tjenestene. Det vil også tydeliggjøre behovet for endringer og planlegging av utdanningskapasitet. Som en start skal det gis oppmerksomhet til tilgang på og behovet for ABIOK-sykepleiere, sykepleiere innen psykisk helse og rus, jordmødre, helsesykepleiere og funksjonen som avansert klinisk sykepleier. Relevante aktører skal involveres i arbeidet som gjennomføres av Helsedirektoratet. Det følges årlig med på utviklingen av legestillinger i kommunene og i spesialisthelsetjenesten slik at man kan fange opp medisinske spesialiteter med behov for strategisk oppmerksomhet. Oversikten oppsummeres i en årlig rapport som utarbeides av Helsedirektoratet. Data fra blant annet Legestillingsregisteret, Helsepersonellregisteret, Statistisk sentralbyrå, NAVs bedriftsundersøkelse og innspill fra sentrale aktører som de regionale helseforetakene og Legeforeningen inngår i grunnlagsmaterialet. Anestesiologi ble definert som spesialitet med behov for strategisk oppmerksomhet av Helse Midt-Norge RHF i perioden 2016-2018 og av Helse Nord RHF i 2016.

Helseforetakene arbeider kontinuerlig for å sikre tilstrekkelig bemanning på kort og lengre sikt. Dette er et område som krever stor grad av prioritet, oppmerksomhet og langsiktig arbeid. De økte behovene for helse- og omsorgstjenester kan imidlertid ikke møtes med en økning i personell alene. I tillegg til planlegging for personell må det også planlegges for kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt. Dette arbeidet krever kontinuerlig oppmerksomhet. For å forsterke oppmerksomheten har regjeringen gitt helseforetakene i oppdrag å lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Sykepleiere er en av gruppene som skal prioriteres i dette arbeidet.

Koronapandemien har tydeliggjort behovet for tilgang på personell med kompetanse i intensivbehandling. Som tiltak på kort sikt har helseforetakene igangsatt omfattende opplæring og kompetanseutviklingstiltak av egne ansatte, og skal utarbeide et felles internopplæringsprogram for sykepleiere i intensivbehandling av pasienter som har covid-19. 40 mill. kroner er bevilget til avansert simuleringsutstyr til opplæring i intensivbehandling. I det videre arbeidet for å sikre tilgang på helsepersonell med intensivkompetanse må det bygges på arbeidet som er igangsatt før og under koronapandemien.

På bakgrunn av dette mener jeg at det ikke er behov for en egen opptrappingsplan for utdanning av spesialsykepleiere og anestesileger i intensivmedisin.

Finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten skal understøtte sørge for-ansvaret til de regionale helseforetakene. Systemet for fordeling av inntekter fra staten til helseregionene kan i hovedsak deles i to. Basisbevilgningene er uavhengige av aktivitet, og fordelingen baserer seg på en inntektsmodell som tar hensyn til forskjeller i befolkningens behov for tjenester og forskjeller i kostnader ved å levere tjenestene. Inntekter via innsatsstyrt finansiering (ISF) avhenger av hvor mye og hva slags aktivitet som gjennomføres. ISF skal stimulere til aktivitet og kostnadseffektivitet, mens basisbevilgningen skal legge til rette for likeverdige helsetjenester i hele landet. Midlene utbetales til helseregionene slik at de kan finansiere tjenestene ut fra blant annet lokal kunnskap om sykehus, pasientsammensetning og kostnadsstruktur ved disse.

Helsedirektoratet har etablert rutiner for samarbeid med tjenestene om endringsbehov i de aktivitetsbaserte finansieringsordningene og har god og kontinuerlig dialog med de regionale helseforetakene og helseforetakene om dette. Det er viktig at foretakene benytter seg av disse samarbeidslinjene ved behov for endringer i det nasjonale finansieringssystemet, f.eks. knyttet til hvordan finansieringssystemet understøtter intensivbehandling.

Ved Stortingets behandling av Prop. 117 S (2019–2020) og Prop. 127 S (2019–2020) ble det bevilget 6,1 mrd. kroner til merutgifter som følge av pandemien. De regionale helseforetakenes økonomi ble videre styrket med 0,5 mrd. kroner gjennom midlertidig nedsetting av arbeidsgiveravgiften. Det legger til rette for å ivareta beredskapsplanlegging, bemanningssituasjonen og smittevern hensyn, samtidig som det trappes opp til mer normal

pasientbehandling og jobbes med å redusere ventetider som har oppstått som følge av covid-19.

Helsedirektoratet anslo først at opptil 1200-1400 plasser kunne brukes til intensivbehandling i en ekstraordinær situasjon. En ny kartlegging for status for antall intensivplasser og respiratorer ble foretatt av de regionale helseforetakene ultimo mars 2020. Kartleggingen viste at det var 289 etablerte intensivplasser i sykehusene. I tillegg hadde sykehusene planer for å utvide til 742 intensivplasser. Hvis helsetjenesten tok i bruk alt tilgjengelig utstyr og personell kunne vi få opp til 925 intensivplasser. I foretaksmøtet 25. mars 2020 ble helseregionene bedt om å lage planer for opptil 1200 intensivplasser som kunne brukes i en ekstraordinær situasjon. Antallet intensivplasser tok utgangspunkt i Folkehelseinstituttets risikoanalyse og anbefalinger for intensivkapasitet, som gjelder fremdeles.

De regionale helseforetakene kartla samtidig at vi hadde 682 respiratorer. I tillegg kom en del eldre transportrespiratorer som var ment for kort tids bruk. Respiratorer i private sykehus uten befolkningsansvar og private klinikker var ikke inkludert i dette tallet. Uavhengig av covid-19 var det satt i bestilling 153 nye respiratorer grunnet en planlagt oppgradering og utskifting av respiratorparken, bl.a. i Helse Sør-Øst. I tillegg ble det bestilt 288 respiratorer relatert til covid-19-utbruddet. Senere ble det iverksatt bestilling av enda flere respiratorer, og det samlede antall respiratorer satt i bestilling var 597. Per i dag er det i underkant av 1 100 respiratorer i norske sykehus. Antall respiratorer er følgelig vesentlig høyere enn i mars. Noen av disse respiratorene skal skiftes ut, men kan fortsatt brukes, og i møte med pandemien gir dette økt kapasitet.

De regionale helseforetakene har laget konkrete planer for å møte en situasjon med behov for opptil 1 200 intensivplasser. Det er lagt ned et betydelig arbeid i sykehusene for å planlegge for en slik situasjon, og det er gjennomført simulering og trening av helsepersonell knyttet til håndteringen av covid-19. Likevel er det viktig å understreke at det er knyttet usikkerhet til denne kapasitetsøkningen, for eksempel hvor mange av de ansatte som blir syke eller som må være i karantene under en slik periode. I tillegg innebærer en slik topp at vi må ta i bruk løsninger som ikke fullt ut tilfredsstiller dagens standarder for intensivbehandling. De regionale helseforetakene har beskrevet teambaserte modeller med en intensivsykepleier, lege og flere støttepersonell i et behandlingsteam. Støttepersonellet kan være erfarne sykepleiere som har gjennomgått opplæring i å arbeide med intensivpasienter og respiratorbehandling. Intensivsykepleieren vil da bruke sin kompetanse til å veilede og arbeide sammen med de andre. Bemanningsfaktoren per intensivpasient vil med en slik løsning være på høyde med dagens bemanningsfaktor. Under en topp som krever 1 200 intensivplasser må annen aktivitet reduseres vesentlig og veilederen for prioritering som Helsedirektoratet har publisert, brukes.

Det vil i utgangspunktet ikke være riktig ressursbruk i en normal driftssituasjon å bemanne mange flere intensivsenger enn vi har behov for med intensivsykepleiere og leger. Dette vil være feil bruk av viktig kompetanse. Vi må sikre at vi har tilgang på personell med riktig kompetanse, arealer, respiratorer og smittevernutstyr for å ivareta behovet for økt kapasitet.

De regionale helseforetakene har vist at det er mulig å mangedoble den alminnelige kapasiteten i en krisesituasjon gjennom gode planer for beredskap slik at man raskt kan øke kapasiteten tilsvarende behovet. Men slik kapasitet kan bare opprettholdes en begrenset periode, særlig på grunn av belastningen på personellet.

All erfaring vi nå får fra både inn- og utland vil brukes inn i planleggingen av nye sykehusbygg. Dette gjelder både tekniske løsninger og organisering av arbeidet. Nye sykehus planlegges med fleksible løsninger. I tillegg har nye sykehusbygg helt andre forutsetninger for smittevern enn mange av dagens sykehus, med ny teknologi og tekniske løsninger med en helt annen kvalitet og materialvalg. Følgelig vil de nye sykehusene som er under planlegging og bygging, være bedre rustet i store kriser enn dagens. Som representantene påpeker må nye sykehusbygg i hovedsak fungere effektivt under normale forhold, men planlegges med fleksible løsninger for å kunne tilpasse seg stadige endringer i måten helsetjenester leveres på, samt å kunne fungere under perioder med økt pågang og mottak av uforutsette og store pasientgrupper som f.eks. ved storulykker og pandemier. Som et eksempel planlegger Helse Sør-Øst RHF å igangsette forprosjektet for nye Aker og Nye Rikshospitalet. Som en del av forberedelsene har smittevernforhold og håndtering av pandemier i de nye sykehusbyggene vært vurdert. Dette arbeidet startet før koronapandemien, men er utvidet som følge av pandemien. For arbeidet er det nedsatt en arbeidsgruppe som er sammensatt av fagpersoner fra Oslo universitetssykehus innen smittevern, daglig drift av infeksjonsmedisinske enheter og beredskapsorganisasjonene knyttet til pandemien. I gruppen er det også representanter fra tillitsvalgte og vernetjeneste.

Representantene foreslår at Stortinget ber regjeringen sikre oppdatert og tilgjengelig informasjon om nasjonal intensivkapasitet og beredskap, og at denne informasjonen inkluderes i den årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. De årlige stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet oppsummerer status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet slik kilder som Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatning ser det. Stortingsmeldingene omtaler status innenfor hele helse- og omsorgstjenesten med det formål å bidra til større åpenhet om denne kunnskapen som grunnlag for kvalitetsforbedring og reduksjon i pasientskader. Utfordringene på de konkrete fagområdene som kildene peker på, svares ut i rekken av stortingsmeldinger, proposisjoner, handlingsplaner og strategier som denne regjeringen har lagt fram eller har varslet vil komme. I en situasjon der vi er midt i en koronapandemi vil det likevel være naturlig i den årlige stortingsmeldingen å peke på mulige konsekvenser pandemien vil kunne ha for kvalitet, pasientsikkerhet og tilbudene til pasientene. Likevel mener jeg at en mer spesifikk omtale og vurdering av intensivkapasiteten som et av leddene i en helhetlig beredskapskjede, vil best bli omtalt i andre proposisjoner og meldinger som legges fram for Stortinget og som vil være bedre egnet til dette formålet.

I slutten av mars i år ble Norsk pandemiregister etablert gjennom en utvidelse av Norsk intensivregister. Intensiv- og pandemiregisteret samler opplysninger om alle sykehusinnleggelser som følge av covid-19-sykdom, og inkluderer pasienter som får intensivbehandling. Registeret skal utarbeide faglige kvalitetsindikatorer for virksomheten i

norske intensivenheter og for virksomhet knyttet til epidemiutbrudd. I tillegg skal registeret legge til rette for forskning relatert til intensivvirksomhet og epidemiutbrudd.

Folkehelseinstituttet har fått i oppdrag fra regjeringen å etablere et nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19. Programmet skal dekke akutte kunnskapsbehov i forbindelse med koronaepidemien, og sikre pålitelig kunnskap for rådgiving, pasientbehandling og sentrale beslutninger i håndteringen av covid-19-epidemien i Norge.

De regionale helseforetakene skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager, herunder pasienter som trenger intensivbehandling. Dette ansvaret innebærer ansvar for å organisere tilbudet på best mulig måte, herunder ivareta fagutvikling for å sikre forsvarlig pasientbehandling av god kvalitet. Forskning er en av de fire hovedoppgavene til de regionale helseforetakene. Dette inkluderer også forskning og fagutvikling innenfor intensivmedisin.

Regjeringen har nedsatt Koronakommisjonen som skal kartlegge alle relevante sider ved håndteringen av covid-19-utbruddet, både beredskapen i forkant og håndteringen av pandemien. Kommisjonen er uavhengig og har fått et bredt mandat. Kommisjonen skal levere sitt arbeid, eventuelt en delrapport, innen utgangen av mars 2021. Dette arbeidet vil være viktig med tanke på blant annet vurderingen av den fremtidige intensivkapasiteten i Norge.

Med hilsen



Bent Høie

