



STORTINGET

# Representantforslag 144 S

(2019–2020)

fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tellef Inge Mørland, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tore Hagebakken

Dokument 8:144 S (2019–2020)

---

**Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tellef Inge Mørland, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tore Hagebakken om å styrke norsk intensivkapasitet**

---

Til Stortinget

## Bakgrunn

Under første bølge av covid-19-pandemien ble det klart at intensivkapasiteten i norske sykehus lett kunne bli sprengt. De høye dødstallene i Italia henger blant annet sammen med at de ikke fikk gitt intensivbehandling til alle som trengte det. Norge er blant landene i Europa med dårligst intensivdekning. Det var derfor helt avgjørende for utfallet av første bølge i Norge at pasienttilstrømningen ble mindre enn fryktet.

Intensivmedisin er 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; lunger, nyrer, hjerte, lever, sentralnervesystemet (CNS), og svikt i immun- eller koagulasjonssystemet. Intensivmedisin brukes også om behandling som tar sikte på å hindre at organsvikt som allerede er oppstått, gir ytterligere skade på andre organer. I tillegg overvåkes ofte pasienter med sykdommer eller skader hvor risiko for utvikling av slik organsvikt er stor.

Intensivpasienter er en svært sårbar gruppe. Vi har årlig ca. 16 000 intensivopphold i Norge. Gjennomsnittlig 30-dagersdødelighet er ca. 20 pst. Dødeligheten er i stor grad bestemt av premorbid tilstand, omfang og grad av akutt organsvikt, og alder. Tilnærmingen til pasientene er i all hovedsak generisk: Understøttelse av vi-

tale organfunksjoner som svikter, og preventive tiltak for å unngå ytterligere organdysfunksjon.

En intensivenhet skal kunne behandle pasienter med svikt i flere vitale organfunksjoner. Oppholdet på intensiv vil gå ut på å gjøre alt for å optimalisere pasientens tilstand, forhindre komplikasjoner og følgesykdommer og holde pasienten i live til kroppen selv har klart å knekke viruset. Den lokale organiseringen av intensivmedisin varierer noe fra sykehus til sykehus. Ved de største sykehusene er intensivmedisin gjerne ivarettatt av egne team av anestesileger som i hovedsak har intensivavdelingen som sitt arbeidssted. Ved mindre sykehus dekker anestesileger både intensivmedisinsk og annen anesthesiologisk virksomhet (anestesi, smertemedisin, akuttmedisin).

Intensivbehandling innebærer mye avansert medisinteknisk utstyr, herunder respiratorer. De begrensede ressursene i en situasjon med stort behov for intensivplasser vil være leger og sykepleiere med spesialkompetanse og erfaring, og respiratorer, gasstilførsel, intensivmedisinsk forbruksutstyr og medikamenter for å gjennomføre behandlingen. I 2013 la den rød-grønne regjeringen fram en stortingsmelding med en oppsummering av erfaringene med svineinfluensaen i 2009, der man understreket betydningen av medisinsk-teknisk utstyr og intensivkapasitet (Meld. St. 16 (2012–2013)). Det var i forbindelse med svineinfluensaen at intensivberedskapen ble bygget opp til dagens nivå. Blant annet ble det kjøpt inn store mengder nye respiratorer. Men det har fortsatt vært en utfordring med å øke kapasiteten for å sikre nok personell til å betjene alle respiratorene. Siden den gang har Norge hatt en befolkningsøkning og en aldrende befolkning med flere sykdommer som ytterligere kompliserer intensivopphold.

## Kapasitet 2020

De regionale helseforetakene gjorde i mars 2020 en opptelling av intensivkapasiteten. Deres kartlegging og opptelling viste at det var 289 etablerte intensivplasser til sammen i helseforetakene. I tillegg hadde helseforetakene planer for utvidelse til 742 intensivplasser. Da ville man ta i bruk såkalt intermediære plasser, som er mellomstasjoner på sykehusene for pasienter som ikke trenger like mye oppfølging som de som ligger på intensivavdelingen eller en spesialisert avdeling. I tillegg var det et alternativ å benytte postoperativ-plasser, hvis antall operasjoner ble redusert.

Hvis helsetjenesten i en ekstrem situasjon tok i bruk alt tilgjengelig utstyr og personell, rapporterte de regionale helseforetakene at de i en slik unntakssituasjon kunne mobilisere 925 intensivplasser. Da tok man også i bruk respiratorer på operasjonsstuer.

Under pandemien har de aller fleste norske covid-19-pasientene med behov for intensivmedisinsk behandling vært behandlet i intensivenheter underlagt anestesilogiske fagmiljøer. Dødeligheten blant norske respiratorpasienter er på ca. 21 pst., noe som er under halvparten av det som rapporteres i mange andre land. En erfaring så langt i pandemien har vært at de helsetjenester som kan bruke sine ressurser, i form av personell, plass og utstyr, på noenlunde vanlig måte, er kommet rimelig godt gjennom pandemien, mens helsetjenester som har måttet ty til ulike nødløsninger, opplever svært høy dødelighet, også hos intensivpasienter.

## Behov for kapasitetsøkning

Norge har omtrent det samme antallet intensivplasser i dag som vi hadde for ti år siden, selv om flere rapporter har påpekt av vi er blant landene i Vest-Europa med dårligst intensivdekning. 10. mars sa Bent Høie i Stortinget at «1200–1400 er det maksimale antall tilgjengelige intensivplasser i en kritisk situasjon der alle tilgjengelige respiratorer tas i bruk». Hans Flaatten, spesialist i anesthesiologi og leder av intensivseksjonen på Haukeland universitetssjukehus i to tiår, reagerte med å påpeke at «helseministeren beskriver en intensivberedskap vi ikke har». Flaatten forsto ikke hvor statsråden fikk tallene fra. En slik beskrivelse støttes også av intensivsykepleierne i Norsk Sykepleierforbund.

Forslagsstillerne mener det er behov for å styrke intensivkapasiteten i Norge over tid, pga. de er faringene man har gjort under pandemien, men også for å styrke den generelle helseberedskapen. Det er overveiende sannsynlig at det kan komme nye smittetopper i denne

pandemien. Og en pandemi er, ifølge Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, det mest sannsynlige beredskapsscenario.

I Regional intensivutredning, som var ferdig desember 2019, stod følgende om den fremtidige utviklingen:

«Alt tatt i betraktning vil mest sannsynlig behovet for intensivsenger øke med 25-30 prosent frem mot 2040, men det er store usikkerhetsfaktorer vedrørende sykdomsutvikling, bosetting og sykehusinfrastruktur. Så vel ny teknologi og telemedisin kan få stor betydning på hvordan kapasiteten på det enkelte sykehus blir, ikke minst med tanke på overvåkingssenheter/plasser. Økt kapasitet for rehabilitering av tidligere intensivpasienter er også viktig.»

De viktigste faktorene for vår kapasitet er tilgang på kompetent helsepersonell, tilgang på smittevernutstyr til å beskytte dem, tilgang på respiratorer og arealer som kan benyttes til intensivbehandling.

## Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

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 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.

18. juni 2020

Ingvild Kjerkol

Tellef Inge Mørland

Hege Haukeland Liadal

Tuva Moflag

Tore Hagebakken