



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 omsorgskomiteé 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 intermedier-/ overvåkningsenger. 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 intermediersenger. Samlet viste rapporten at det var 4,8 intensivsenger og 10,7 intermediersenger 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 medisnutdanning, 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 tilfredsstillende 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 sykehusinnleggelse 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