

Den norske legeforening



NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien

Her følger innspill fra Norsk anesthesiologisk forening (NAF) til *NOU 2021: 6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien*

Manglende beredskap og planlegging

Covid-19 var en forventet hendelse. Selv om det de fleste så for seg var en pandemisk influensa har covid-19 pandemien klare fellestrekk med forventede scenarier. I 2009 fikk vi et forvarsel med svineinfluensa-pandemien. Etter dette ble det utarbeidet planer for hvordan man skulle forberede seg på, og respondere, ved senere pandemier. *Det ble i liten grad fulgt opp med konkrete tiltak i form av beredskapslagre, fysiske kapasiteter, og kompetanseutvikling, slik at vi stod like uforberedt som for 11 år siden da covid-19 pandemien var et faktum. Vi kan så langt ikke se at koronakommisjonen har belyst ansvarsforholdene rundt dette praktiske beredskapsarbeidet, eller at noen av de ansvarlige offentlig har reflektert over sin egen unntalshet. Det er verdt å merke seg at koronakommisjonens leder selv har hatt topplederansvar i helsetjenesten i mange år og helt klart ville være inhabil dersom kommisjonen skulle vurdere slike forhold.*

Intensivkapasitet

Fra intervjuene med koronakommisjonen (se appendix A bakerst i dette dokumentet) fremgår det at Folkehelseinstituttet forutså, og ga beskjed om, at det ville bli behov for større intensivkapasitet, at Helsedirektoratet innså at kapasiteten fort ville bli for liten, og at Regjeringen bevisst har valgt å holde norsk intensivkapasitet på et lavt nivå fordi man har ansett kostnadene for å bli for store dersom kapasiteten blir økt på permanent basis.

Det har vært påpekt flere ganger at norsk intensivkapasitet er beskjedent sammenliknet med andre europeiske land. Dette har skjedd i internasjonale vitenskapelige publikasjoner, [1][2] og i offentlige dokumenter og utredninger, senest detaljert i en rapport om regional intensivkapasitet utfordring på vegne av de regionale helseforetakene. [3][4] Likefullt ble Stortinget feilinformert om tilgjengelig intensivkapasitet den 10. mars d.å. Årsaken er trolig at departementet baserte seg på tall fra Helsedirektoratet, som i sin tur hadde innhentet et estimat fra leder av Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNE-medisin (CBRNE-senteret) ved Ullevål sykehus (vedlagt). Hvorfor Direktoratet valgte et «*behandlingssenter for personskader forårsaket av særlig farlige kjemiske stoffer, giftig røyk, radioaktiv stråling og biologiske smittestoffer*» som kilde til data om norsk intensivkapasitet fremstår som nokså gåtefullt. De regionale helseforetakene og Norsk intensivregister har bedre oversikt.

Høsten 2020 har Stortinget behandlet et forslag fra stortingsrepresentantene Ingvild Kjerkol, Tellef Inge Mørland, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tore Hagebakken om å styrke norsk intensivkapasitet (<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=80306>). NAF har gitt sin tilslutning til dette forslaget som ville pålegge regjeringen å sikre at det utdannes nok intensivsykepleiere og anestesileger med

intensivmedisinsk kompetanse, og å gjennomgå finansieringsordningen for sykehusene slik at den ikke gir incentiver for å bygge ned intensivkapasiteten. Regjeringspartiene og Fremskrittspartiet stemte imot forslaget, men Stortinget vedtok å be 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. *Vi kan ikke se at koronakommisjonen berører slike politiske prosesser som adresserer det praktiske beredskapsarbeidet.*

Regional intensivorganisering og ko-ordinering

Våren 2020 tok det tid å få på plass regional koordinering av intensivenheter, noe som burde ligge i planverket. På grunn av ujevn pasienttilstrømning var behovet størst i Helse Sør-Øst. Ved massetilstrømning av kritisk syke pasienter med smittsom sykdom vil dette utfordre både kapasiteten på det enkelte sykehus og kapasiteten til å transportere slike pasienter mellom sykehusene.

Det finnes gode nordiske og internasjonale retningslinjer for intensivbehandling av koronapasienter, se eget punkt, under. Behandlingsprinsippene er velkjente for anestesileger og intensivsykepleiere som hver eneste dag, på alle intensivavdelinger i hele landet, behandler pasienter med akutt lungesviktsyndrom (ARDS) og sepsis/blodforgiftning. De fleste små og mellomstore intensivavdelinger er derfor faglig fullt ut i stand til å behandle pasienter med covid-19, og de fleste pasientene med covid-19 kan få intensivbehandling der de først tas imot, gitt at intensivavdelingene har tilstrekkelig personell. Dette vil spare transportkapasitet til de mest kritiske oppdragene, og hindre flytting av kritisk ustabile pasienter.

Gitt gode retningslinjer for behandling av koronapasienter - som er sanksjonert av myndighetene - bør det derfor være ukontroversielt at pasientene behandles der de først tas imot.

Samlet dødelighet i norske intensivenheter våren 2020 var i underkant av 20 prosent.[5] Dette er gledelig lavt i internasjonal sammenheng. Men det er en viss variasjon sykehusene imellom, selv om tallene er små og usikkerheten rundt estimatene stor. Det er trolig lettere å gjennomføre denne type intensivbehandling på sykehus som til vanlig har et større volum av slike pasienter. Det er i denne sammenheng verdt å merke seg at den initiale håndteringen (første døgn) av pasienter med akutt alvorlig respirasjonssvikt trolig er med på å bestemme behandlingsresultatet.[6] Dersom kritisk syke smitteførende pasienter skal flyttes mellom sykehusene forutsetter dette at transportkapasiteten (intensivambulanser) oppjusteres. *Vi kan ikke se at koronakommisjonen har drøftet den praktiske tilretteleggingen for endrede pasientstrømmer i ulike faser av pandemien.*

Personell

Norske intensivenheter må styrkes vesentlig for å kunne håndtere økende smittetall. Først og fremst trengs det en umiddelbar og varig styrking av bemanningen i våre intensivenheter. Det må opprettes flere utdanningsstillinger for anestesileger og det må opprettes flere utdanningsplasser for intensivsykepleiere. Kortsiktige løsninger i form av korte kurs for ikke-intensivmedisinsk personell er noe vi mener er en dårlig og lite bærekraftig løsning.

Anestesileger utgjør hovedtyngden av den medisinskfaglige kompetansen i norske intensivenheter, og erfarne anestesileger som vanligvis arbeider på sykehusenes operasjonsstuer representerer den viktigste medisinskfaglige reserven ved massetilstrømning av kritisk syke. Disse vil ha et beskjedent behov for opplæring for å kunne håndtere koronapasienter. Ved å opprette flere utdanningsstillinger innen anesthesiologi, og

slik utdanne flere spesialister, vil man kunne unngå at håndtering av koronapasienter i uforholdsmessig grad går ut over annen aktivitet.

Intensivsykepleiere utgjør den sykepleiefaglige spesialkompetansen i våre intensivenheter. Intensivsykepleierutdanningen er i år styrket med totalt 39 studieplasser (landsbasis). Dette er alt for lite til å dekke behovet ved økt pasienttilstrømning. Dersom antallet studieplasser var gjort vesentlig større ville slike studenter ha et nesten halvgått studieforløp ved en smittetopp kommende april. Slik vil dette også sikre intensivene varig tilførsel av personell med riktig kompetanse.

I år har de regionale helseforetakene gitt sykehusene i oppdrag å legge til rette for mottak av et stort antall koronapasienter. Tilbakemeldinger fra våre medlemmer, inklusive ledende personell ved store sykehus, er at forventningene fra de regionale helseforetakene ikke er realistiske, og at den viktigste knapphetsfaktoren er kvalifisert personell. *Dette er ikke drøftet av koronakommisjonen.*

Smittevern

Vi savner en troverdig oversikt over helsepersonell som er påført smitte under pandemien, og er bekymret for at smitte som har oppstått under pasientbehandling er underrapportert i Norge. Særlig i første fase av pandemien oppstod det smitte fra pasienter til helsepersonell pga dårlig forberedte isolasjonsposter, manglende tilgang til, eller bruk av, smittevernutstyr etc.

Smittevernutstyr

Nesten alt medisinsk utstyr som trengs innen smittevern har lang levetid. Det er likevel slik at man unnlot å sette av midler for å bygge opp større lagre av smittevernutstyr i perioden etter 2009. Et forslag om å ha lagre for fem års ordinært forbruk ble nedskalert til at lageret skulle kunne vare i åtte uker. Ved OUS skjedde dette ca 2013-2014, men er vanskelig å dokumentere fordi sentrale personer ikke vil uttale seg. Det foreligger imidlertid en metoderapport fra 2015 som beskriver utfordringene godt. Det bør være mulig å spore hvilke tiltak som ble iverksatt etter denne. (<https://www.helse-sorost.no/Documents/Helsefaglig/Beredskap/Dokumenter/Rapport%20ROS-%20og%20beredskapsanalyse%20forsyning%20av%20medisinsk%20utstyr.pdf>)

Teknisk utstyr

Nødrespiratorer

Statsminister Erna Solberg presenterte 31/3 regjeringens avtale om kjøp av 1000 «nød-respiratorer», utviklet av Laerdal Medical og Servi AS. Samtidig gikk det ut en pressemelding fra de to selskapene. Her står det:

*«På rekordtid har Laerdal Medical og Servi AS, et selskap i Ferd-gruppen, utviklet en ny nød-respirator (pustemaskin) for **intensiv- behandling av COVID-19 pasienter**. Forsvarets Forskningsinstitutt og Edge Medical Technologies har også gitt viktige bidrag til prosjektet. Produktet er basert på Laerdal's kjente puste-ballong. Det kan levere 100% oxygenriket luft, har ventiler og alarmer som sikrer mot for høyt trykk, samt en ventil som kan stilles inn på ønsket mottrykk ved slutten av pasientens utånding for bedre lungefunksjon. En elektronisk drevet step-motor sørger for at en «kunstig hånd» klemmer sammen Laerdal-ballongen slik at den leverer eksakt ønsket pustevolum og pustetakt.»*

Styret i Norsk anesthesiologisk forening har offentlig karakterisert dette som en svært dårlig løsning som vi ikke tror svarer på de utfordringene norske intensivavdelinger står overfor ved

massetilstrømning av COVID-19 pasienter. Som med all annen teknisk apparatur eller annen medisinsk intervensjon er det den som markedsfører et produkt som har ansvar for å dokumentere at dette kan brukes i behandlingen av syke mennesker. Det gjelder særlig ved livstruende tilstander. I høst kom det frem at disse innretningene fortsatt ikke er levert til Helse Sør-Øst (<https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/regjeringens-nodrespiratorer-fortsatt-ikke-levert-1.1773480>), og at kostnadene ved anskaffelsen har vært et sted mellom 75-100 millioner kroner. Vi mener disse midlene kunne vært bedre anvendt.

Intensivrespiratorer

Det er kjøpt inn flere intensivrespiratorer. Imidlertid har det vært uklart om tall som oppgis fra Helseforetakene innbefatter avanserte *transportrespiratorer* og *eldre respiratorer som skulle vært byttet ut*, men som nå beholdes i drift for å øke totalantallet. Det har også vært vanskelig å få klarhet i hvor mange respiratorer som faktisk er levert. De regionale helseforetakene kunne enkelt ha løst dette ved å gjøre tilgjengelig en liste med oversikt over tilgjengelig utstyr. Man kunne også ha hatt et beredskapslager av intensivrespiratorer som del av den planlagte beredskapen etter pandemien i 2009.

Retningslinjer for pasientbehandling

Før pandemien kom til Norge var det klart at alvorlig syke covid-19 pasienter ville være preget av akutt, alvorlig respirasjonssvikt, evt også multiorgansvikt. Det fantes gode, nordiske og internasjonale retningslinjer for behandling av slike tilstander, uavhengig av etiologi. I NRK's Debatten den 3. mars uttalte Helsedirektøren at Direktoratet ville vurdere å gi sin tilslutning til evidensbaserte retningslinjer for behandling av pasienter med ARDS og sepsis.[7][8][9](<https://www.nrk.no/norge/tror-vi-kan-fa-lignende-koronasituasjon-som-italia-1.14927884> 27:50 forts) Imidlertid har ikke Helsedirektoratet på noe tidspunkt under pandemien gitt sin offisielle tilslutning til slike retningslinjer. Etter at pandemien var et faktum er det tilkommet retningslinjer som er spesielt tilpasset pasienter med covid-19, [10][11][12][13] men fortsatt har ikke Direktoratet gitt disse sin tilslutning slik at vi mangler faglig troverdige nasjonale retningslinjer for behandling av covid-19 pasienter i Norge. Dette er uheldig fordi slike retningslinjer både gir legitimitet til, og veiledning i, behandling av kritisk syke pasienter. Det bemerkes at Stortinget bevilget øremerkede midler til dette formålet allerede i april 2020 (se appendix B).

Forskning og fagutvikling

Det er grunn til å peke på at norsk intensivmedisin har tatt store løft i forbindelse med pandemien, og at dødeligheten i norske intensivenheter har vært lav.[5] Norsk intensivmedisinsk forskning er imidlertid underfinansiert. Ved Forskningsrådets ekstraordinære tildeling av midler til forskning under pandemien ble de intensivmedisinske fagmiljøene tildelt midler til bl.a. oppfølgingsstudier av covid-19 pasienter (livskvalitet o.a.), men det ikke avsatt midler til klinisk forskning på intensivmedisinske intervensjoner (respiratorbehandling o.a.). Derimot ble det avsatt svært store midler til legemiddelforsøk (WHO-Solidarity) og til en rekke andre studier som ikke direkte berører pasientbehandlingen. *Vi kan ikke se at koronakommisjonen omtaler behovet for at våre forskningsinstitusjoner er tilstrekkelig beredt til å trå til på kort varsel – helst i samarbeid med andre land – for at vi skal kunne bidra til et robust kunnskapsgrunnlag ved kommende epidemier og katastrofer.*

Rehabilitering

Pasienter som har vært inneliggende i intensivavdeling pga covid-19 har stor risiko for varig nedsatt funksjonsevne, og vil trolig profittere på snarlig rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus.[14, 15] NAF er dessverre kjent med at en stor andel pasienter ikke har mottatt tilbud om rehabilitering etter sykehusoppholdet. Det arbeides med å skaffe fullstendig oversikt over dette.

Helse Sør-Østs *Fagråd for rehabilitering* har utarbeidet en rapport som beskriver et pasientforløp for rehabilitering av pasienter med covid-19 (<https://www.helse-sorost.no/nyheter/bedre-rehabiliteringstilbud-til-covid-19-pasientene>), og i mai etablerte Sunnaas sykehus tilbud om rehabilitering av covid-19 pasienter. Rehabilitering av slike pasienter har også vært utført på LHL-sykehuset, Cato-senteret og på Kysthospitalet i Stavern. Det foreligger imidlertid ingen regionale eller nasjonale føringer som gjør at covid-19 pasienter fanges opp slik at alle sikres rehabiliteringstilbud.

Det er også uklart i hvilken grad rehabilitering av covid-19 pasienter har blitt iverksatt mens pasientene fortsatt er inneliggende i sykehusene. *Vårt inntrykk er at tilbud om rehabilitering er gitt til et mindretall pasienter. Dette vil trolig medføre prognosetap for pasienter som ikke omfattes av slikt tilbud. Vi kan ikke se at koronakommisjonen omtaler behovet for en helhetlig behandlingsskjede.*

Vaksineprioriteringer

NAF har gitt tydelig uttrykk for at FHIs *vaksineprioriteringer* ikke har vært i tråd med råd fra store internasjonale organisasjoner (WHO, CDC etc), og har argumentert for at helsepersonell bør prioriteres høyere.[16] Vi har delvis fått gjennomslag for vårt syn. Vi kan ikke se at koronakommisjonen drøfter FHIs vurderinger og den forutgående prosessen som i stor grad tilsidesatte prinsippet om at berørte parter skal være involvert.

Oslo 11. mai 2021

På vegne av styret i Norsk anesthesiologisk forening

Jon Henrik Laake

Leder

Referanser

1. Laake JH, Dybwik K, Flaatten H, et al (2009) Impact of the post-World War II generation on intensive care needs in Norway. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2009.02170.x>
2. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, et al (2012) The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intens Care Med* 38:1647–1653. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2627-8>
3. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2010) Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)
4. Frisvold S, Nerskogen B, Klepstad P et al. Regional intensivutredning 2019
5. Laake JH, Buanes EA, Småstuen MC, et al (2021) Characteristics, management and survival of ICU patients with coronavirus disease-19 in Norway, March-June 2020. A prospective observational study. *Acta Anaesth Scand*. <https://doi.org/10.1111/aas.13785>

6. Needham DM, Yang T, Dinglas VD, et al (2015) Timing of low tidal volume ventilation and intensive care unit mortality in acute respiratory distress syndrome. A prospective cohort study. *American journal of respiratory and critical care medicine* 191:177–185. <https://doi.org/10.1164/rccm.201409-1598oc>
7. Claesson J, Freundlich M, Gunnarsson I, et al (2015) Scandinavian clinical practice guideline on mechanical ventilation in adults with the acute respiratory distress syndrome. *Acta Anaesth Scand* 59:286–297. <https://doi.org/10.1111/aas.12449>
8. Fan E, Sorbo LD, Goligher EC, et al (2017) An Official American Thoracic Society/European Society of Intensive Care Medicine/Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guideline: Mechanical Ventilation in Adult Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Resp Crit Care* 195:1253–1263. <https://doi.org/10.1164/rccm.201703-0548st>
9. Sorbo LD, Goligher EC, McAuley DF, et al (2017) Mechanical Ventilation in Adults with Acute Respiratory Distress Syndrome. Summary of the Experimental Evidence for the Clinical Practice Guideline. *Annals of the American Thoracic Society* 14:S261–S270. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201704-345ot>
10. Rochwerg B, Agoritsas T, Lamontagne F, et al (2020) A living WHO guideline on drugs for covid-19. *Bmj* 370:m3379. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3379>
11. Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, et al (2020) Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines.
12. Alhazzani W, Belley-Cote E, Møller MH, et al (2020) Neuromuscular blockade in patients with ARDS: a rapid practice guideline. *Intens Care Med* 46:1977–1986. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06227-8>
13. Alhazzani W, Møller MH, Arabi YM, et al (2020) Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive care medicine* 44:1691–34. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06022-5>
14. Korupolu R, Francisco G, Levin H, Needham D (2020) Rehabilitation of critically ill COVID-19 survivors. *J Int Soc Phys Rehabilitation Medicine* 3:45. https://doi.org/10.4103/jisprm.jisprm_8_20
15. Hosey MM, Needham DM (2020) Survivorship after COVID-19 ICU stay. *Nat Rev Dis Primers* 6:60. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0201-1>
16. Laake JH, Hansen M, Mo S, et al (2020) Etikkesperter på villspor. *Tidsskrift Den Norske Lægeforening* 140:. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0952>

Appendix:

A. Utdrag fra intervjuene med koronakommisjonen:

Aavitsland: Jeg vil i tillegg kommentere det Matsen startet med i denne runden. Vi sa i fra tidlig. Jeg mener at vi allerede i vår risikovurdering av 28. januar, og i innlegget vi hadde i legetidsskriftet 29. januar, var nokså tydelige på at covid-19 kommer til Norge og at vi må forberede oss. 28. januar, eller kanskje 25. februar, pekte vi på behovet for å bygge opp mer intensivkapasitet. Jeg følte at det var en viss frustrasjon blant oss, i hvert fall gjennom første delen av februar. Vi sendte risikovurderinger som varsel, og så følte vi at det ikke skjedde så mye. Det er mulig at vi ikke hadde oversikt over hva andre aktører gjorde, men vi var betydelig bekymret fra januar og ut over.

Nakstad: Det var åpenbart at intensivkapasiteten i norsk helsevesen ikke har noe reservekapasitet som ikke går utover andre tjenester. Alle senger og all arbeidskraft er i bruk hver eneste dag. Det er en prioriteringssak, noe må tas ned hvis noe annet skal tas opp. Den forståelsen blir viktig dersom man ser på konsekvensene av at to millioner nordmenn skulle bli smittet, slik de første estimatene viste. Det må også tas med i betraktningen den anslåtte prosentandelen som ville trenge innleggelse og intensivbehandling, sett ut fra tallene. Når man beregner på pandemikalkulator blir det tydelig at man ikke tåler titusener av smittede hver uke før dette går dårlig. Det var det vi fremhevet for BUB.

Kvinnsland (til Guldvog): Vil du si at dette med utstyr og intensivkapasitet i seg selv var dimensjonerende for tiltaksbyrden?

Guldvog: Ikke i seg selv. Jeg vil nok si at en vesentlig del av dette handlet også om at det var et virus vi ikke kjente konsekvensene av. En del av tiltakene og tiltaksbyrden var berettiget ut ifra at vi syntes det var for høy risiko at det skulle treffe befolkningen så hardt uten at vi kjente langtidseffektene av viruset. Men kapasiteten i helsetjenesten kom inn som et veldig viktig element.

Solberg: For helsevesenets del handler det mest om å ha fleksibilitet, slik at man kan samle ressurser ved å slutte å gjøre en del ting i helsevesenet når krisen er der. Det har også vært jobbet med bedre intensivkapasitet i helsevesenet knyttet til å kunne oppskalere. Men vi burde sikkert ha sett for oss at vi burde ha enda mer av det. Samtidig tror jeg ikke at vi kan ha områder i vår helsesektor hvor vi ikke har aktivitet. Vi kan ha utstyr og operasjonssaler i en møllpose. Det er som vi sier at vi putter en del av forsvaret i en møllpose i tilfelle en sikkerhetspolitisk situasjon. Men vi kan neppe gjøre det samme med helsevesenet i et samfunn hvor vi har mange medisinske utfordringer som må løses hver dag, med folk som er kronisk syke og som trenger hjelp. Tanken om at vi skal ha folk som er utdannet og har kompetanse, men som vi ikke bruker i hverdagen, er vanskelig. Det vil alltid være en flaskehals knyttet til denne typen spørsmål.

Dimensjoneringen har vært en del av det arbeidet man har gjort med pandemien og smittevernberedskap. Vi har også jobbet med å sørge for å dimensjonere bedre på intensivsiden. Det er noen dilemmaer mellom å sørge for å bruke ressursene og løse de oppgavene vi har i dag, og å ha beredskap. Jeg kan ta en annen parallell: Vi har en situasjon nå hvor vi har økt kravene til beredskap knyttet til å være i førstelinjen i skarpe oppdrag i politiet. Der har det kommet spørsmål om vi bruker for mye tid og ressurser i politiet på å ha kvalifisert personell rundt omkring i landet til å gå inn i de skarpeste oppdragene, istedenfor å bruke dem til det vanlige etterforskningsarbeidet. Det går mye tid til å holde den beredskapen ved hevd.

Høie: Ja, konsekvensene for normalsamfunnet og belastningen over tid på hele systemet vårt og robustheten knyttet til det. Betydningen av å ha solide nok organisasjoner til

å stå i en slik situasjon over tid. Det er veldig vanskelig fordi det betyr å prioritere ressurser man har mindre nytte av. Det vil kreve større «slackhet» i en normalsituasjon. Spørsmålet er om samfunnet er villig til å prioritere det. **Det settes mest på spissen hvis man diskuterer kapasitet på intensivplasser. Ingen har lyst til å jobbe med ledige senger i intensiv. Det er ekstremt dyrt og ingen vil sitte og vente.** Hvor går balansen mellom samfunnet vilje til å investere i noe «slackhet» i normaltid for å ha bedre beredskap i krisetid? Det er et stort og vanskelig spørsmål.

Matsen (til Stoltenberg): Jeg kunne tenke meg å gå litt tilbake til diskusjonen om strategi for håndtering av pandemi. **Du uttalte i forbindelse med at regjeringen annonserte at det var «slå ned» som var Norges offisielle strategi i slutten av mars. At man måtte bruke det vinduet som det eventuelt ga til blant annet å bygge kapasitet i helsevesenet, og særlig da intensivkapasitet.** Opplevde du at det ble gjort når smittetrykket har vært moderat i Norge?

Stoltenberg: Ut ifra det de har rapportert så har det blitt gjort, men det har ikke blitt testet heldigvis. **Jeg vet ikke noe annet enn det vi har fått rapportert, for eksempel i disse morgenmøtene. Der har vi hørt om økningen i kapasitet for intensivbehandling og planene for hvordan man skal reallokere og prioritere pasienter, hvis det blir en belastning på spesialisthelsetjenesten. Det jeg skulle ønske jeg hadde sagt, var at det å bygge kapasitet for TISK og overvåking av epidemien og viruset, er helt avgjørende. Det var ikke funnet opp som begrep, men elementene var der og det er sentralt for kommunenes håndtering.**

B. Stortingets bevilgning av øremerkede midler til utvikling av evidensbaserte retningslinjer for behandling av Covid-19

Innstilling fra finanskomiteen (lenke)

02.04.2020 - Innst. 216 S (2019-2020)

Kap. 740 Helsedirektoratet

Post 21 Spesielle driftsutgifter, kan overføres

Sammendrag

Bevilgningen til Helsedirektoratet foreslås økt med 8 mill. kroner for at direktoratet i samarbeid med WHO kan oppdatere og distribuere faglige retningslinjer gjennom bruk av IKT-verktøyet MAGIC. Verktøyet kan innhente informasjon fra forskningsartikler og forskningsdata i sanntid og bearbeide dem til faglige retningslinjer. Forslaget er en engangsinvestering og tiltaket kan iverksettes umiddelbart.

For å best mulig kunne håndtere det pågående virusutbruddet, er det viktig å raskt kunne oppdatere og distribuere faglige retningslinjer til sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette gjelder diagnostikk, behandling av ulike pasientgrupper, rutiner for godt smittevern blant helsepersonell og så videre. Dette er særlig viktig dersom helsetjenesten må benytte helsepersonell som ikke jobber der til daglig. En kunnskapsoppsummering i MAGIC koster mellom 500 000 og 1 mill. kroner.

Gjennom en bevilgning til Helsedirektoratet kan det utarbeides 8–15 faglige retningslinjer relatert til behandling og forebygging. Disse kan publiseres raskt og være tilgjengelige for helsepersonell både i Norge og resten av verden.

Komiteens merknader

Komiteen slutter seg til regjeringens forslag.