

Helse Vest RHF

# Regional kartlegging av intensivkapasitet og -beredskap i Helse Vest

November 2022



Foto: SUS

Til direktørmøte i Helse Vest  
05.12.2022

## Innhold

Bakgrunn .....	2
Mandat og organisering .....	2
Arbeidsgruppe .....	3
Mandat for arbeidet i fase 2 .....	3
Definisjon av senger .....	4
Sengekategori 1 (forsterka observasjonseng) .....	4
Sengekategori 2 (overvåkingseng).....	4
Sengekategori 3 (intensivseng).....	5
Kartlegging av intensivkapasitet i regionen.....	6
Helse Førde HF .....	6
Helse Bergen HF .....	7
Haraldsplass Diakonale sykehus .....	8
Helse Fonna HF.....	9
Helse Stavanger HF.....	9
Legar med intensivkompetanse .....	11
Intensivjukepleiarar .....	11
Vurdering av intensivkapasitet og -beredskap i regionen .....	11
Vidare arbeid .....	12

## Bakgrunn og oppdrag

Fleire regionale og nasjonale utgreiingar, rapport frå Riksrevisionen 2019, i tillegg til Koronakommisjonens rapport, peikar på at det er behov for å styrke intensivkapasiteten i Noreg<sup>1</sup>. Dei fire regionale helseføretaka er gitt følgjande oppdrag i Oppdragsdokument 2021:

*'Helse XXX RHF skal utgreie framtidige behov for intensivkapasitet i spesialisthelsetenesta. Utgreiinga skal omfatte organisering, samansetjing av kompetanse, utforming og utstyrsnivå. Variasjonar i behov ved intensiveiningar skal ivaretakast i utgreiinga. Relevante aktørar, under dette Helsedirektoratet, skal involverast i arbeidet. Ein må sjå arbeidet i samanheng med oppdrag om plan for tilstrekkeleg tilgang til og oppretting av nye utdanningsstillingar for intensivsjukepleiarar.'*

Og i Oppdragsdokument for 2022 er det angitt:

*'Intensivkapasiteten i norsk spesialisthelseteneste skal aukast. Dei regionale helseføretaka skal i samarbeid, og under leiing av Helse Sør-Øst RHF, jf arbeid som er i gang, ta stilling til behovet for auke i kvar region og nasjonalt, og vurdere tiltak på kort og lang sikt. Særleg skal helseføretak med lav ordinær kapasitet (per 100 000) og/eller som har hatt høg beleggsprosent over tid bli prioriterte, samtidig som omsynet til regionale funksjonsfordelingar skal ivaretakast. Dei regionale helseføretaka skal særleg vurdere personellbehov og kompetansehevande tiltak for å skape fleksibilitet i behandlingskapasiteten og for å avlaste intensivavdelingane. Dette kan for eksempel innebere å etablere opplæringstilbod for andre sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar enn intensivsjukepleiarar, samt for andre helsepersonellgrupper. Dei regionale helseføretaka skal innhente kunnskap og erfaringar om organisering av intensivkapasitet frå andre land. Det skal leverast ein felles statusrapport for arbeidet innan 15. juni 2022, med vekt på tiltak på kort sikt.'*

Rapporten frå den interregionale arbeidsgruppa for intensivkapasitet (fase 1) blei godkjent i interregionalt fagdirektørmøte i juni 2022, og har blitt presentert for Helse- og omsorgsdepartementet. Det er semje om å bruke definisjonar av senger frå den interregionale rapporten, i det regionale arbeidet.

Denne regionale kartlegginga for intensivkapasitet tar utgangspunkt i tidlegare arbeid som har blitt gjort, og er et resultat av oppdrag i fase 2.

## Mandat og organisering

Arbeidet blei delt inn i to faser, der fase 1 er det interregionale arbeidet som har blitt gjennomført og fase 2 er det regionale arbeidet som skal gjennomførast haust 2022:

**Fase 1:** Arbeid med å tydeliggjøre **definisjoner** og hvordan man bør innrette beredskap ved variasjoner i behov på tvers av regionene, vil kreve et interregionalt samarbeid.

Dette arbeidet ble fullført i juni 2022 og dokumentet er godkjent av interregionalt fagdirektørmøte og lagt fram for HOD. I dette arbeidet har det vært bred involvering av familjøene. Man har blitt enig om å bruke disse definisjonene i fase 2 av det regionale utredningsarbeidet.

<sup>1</sup> DSB rapport Svineinfluenta 2014, Regional intensivutgreiing 2019 i Helse Vest, Riksrevisionens rapport 2019, Intensivutgreiing ved Haukeland universitetssjukehus 2020, Inter-regional arbeidsgruppe intensivkapasitet 2022 og Koronakommisjonens rapport NOU 2021.

**Fase 2:** Et regionalt utredningsarbeid er nødvendig for å videreføre det nasjonale arbeidet og beskrive kapasiteten regionalt, samt legge planer for hvordan intensivkapasiteten kan økes. Det ble sendt inn en statusrapport til direktørmøte i Helse Vest den juni 2022, men denne var ikke gjennomarbeidet og det må arbeides videre med dette i fase 2.

### Arbeidsgruppe

Det blei satt ned ein regional arbeidsgruppe august 2022 med følgjande representantar:

Namn	Representerer
Panchakulasingam Kandiah (leiar arbeidsgruppa)	Helse Vest RHF
Charlotta Schaefer	Helse Vest RHF
Kristine Kloster-Jensen	Helse Vest RHF
Eirik Alnes Buanes	Norsk intensiv- og pandemiregister
Petter Thornam	Haraldsplass Diakonale sykehus
Kenneth Kjøde Sandviknes	Haraldsplass Diakonale sykehus
Elizabeth Rasmussen	Haraldsplass Diakonale sykehus
Robert Brennested	Helse Førde
Torfinn Heggland	Helse Førde
Øyvind Østerås	Helse Bergen
Jørund Langørgen	Helse Bergen
Siril Iren Sagstad	Helse Bergen
Haldis Økland Lier	Helse Fonna
Dagny Solveig Strand Klausen	Helse Fonna
Kristine Aasheim Imsland	Helse Fonna
Kristian Strand	Helse Stavanger
Marit Salte	Helse Stavanger
Ottar Bjerkeset	Helse Stavanger
Wenche Kristin Røkenes	Konsertillitsvalt UNIO
Marie Skontorp	Konsertillitsvalt Akademikerne

Helse Vest RHF har leia arbeidet med den regionale rapporten, og helseføretaka har gjennomført lokale kartleggingar av kapasitet for intensiv-, overvakning og forsterka observasjonssengar. Representantane i arbeidsgruppa hadde ansvar for å dele og forankre informasjon undervegs med fagmiljø i eige helseføretak. Det har blitt gjennomført fire møter med arbeidsgruppa hausen 2022; 29. september, 28. oktober, 15. november og 24. november.

Måla for arbeidet var å lage ei godt forankra kartlegging av intensivkapasitet til direktørmøte i Helse Vest den 5. desember 2022.

### Mandat for arbeidet i fase 2

1. Regional samling av arbeidsgruppa med gjennomgang av arbeidet i fase 1 og korleis berekninga av kapasitet skal gjennomførast i fase 2.
2. Lokalt arbeid i kvart helseføretak for å beskrive intensivkapasitet i helseføretaket/sjukehuset. Helseføretakets representantar i den regionale arbeidsgruppa leiar kartlegginga, og alle einingar med kategori 1-3 senger skal inkluderast.

Følgande skal beskrivast:

- a. Dagens grunnkapasitet som faller inn under kategori 1-3 senger. I dette arbeidet skal kapasitet angis for kvar enkelt eining i helseføretaket. Desse einingane bør også kort gjere greie for typisk pasientsamansetting og beleggsprosent.
  - b. Beskriva kapasitet i kategori 2-3 ved 'auka kapasitet' og 'beredskapskapasitet' som beskriva i fase 1. Som for punkt 1 skal dette angis for kvar enkel eining i føretaket.
  - c. Kort beskriva kva vedvarande endringa/tiltak som er gjort i drift og bemanning av desse einingane sidan 2019, for å vere i stand til å i framtida auke kapasiteten i periodar av stor pågang av pasientar.
3. Regionalt arbeid i arbeidsgruppa med innhenting og samstemming av kartlegging frå kvart helseføretak (2a-2c). Total kapasitet i de ulike kategoriar per 100.000 innbyggjar, per helseføretak må bereknast. Større variasjonar bør forklara, og det skal leggjast til rette for erfaringsutveksling mellom helseføretaka. Den regionale arbeidsgruppa skal foreslå tiltak for å auke kapasiteten og beredskapskapasiteten, utan å auke grunnbemanning (gitt rapporten 'Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleie').

### Definisjon av senger

Definisjonar av sengekategoriar som er brukt i denne rapporten er henta frå *Rapport frå interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet 2022*. Etter teljinga i regionen i juni 2022 hadde helseføretaka i stor grad brukt definisjonen frå *Standard for norsk intensivmedisin* frå 2001 for kategori 1,2 og 3 senger. Hausten 2022 var det semje i den regionale arbeidsgruppa om å bruke dei sama definisjonar som den interregionale arbeidsgruppa frå *Levels of Adult Critical Care Consensus Statement 2021* ved det engelske Intensiv Care Society.

Definisjonen av senger i *Rapport frå interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet 2022* inneheld i tillegg til kategoriane under, beskriving av 'pasienteckempel' og 'utstyr'. Desse er framleis gjeldande, men ikkje inkludert i denne rapporten då dei ikkje har direkte betydning for kartlegginga.

### Sengekategori 1 (forsterka observasjonseng)

*Sengeplass som skal ha ressursar i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttande behandling av eitt organ.*

### Bemanning og samansettning av kompetanse

- Det medisinske behandlingsansvaret blir forvalta av ansvarleg lege
- Intensivsjukepleiarar tilknytt avdelinga
- Sjukepleiardekking i intervallet 1:3 til 1:2 (sykepleier:pasient ratio)

### Sengekategori 2 (overvåkingseng)

*Sengeplass som skal ha ressursar i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttande behandling av to organ. Sengeplassen skal vere tilgjengeleg som akutthjelp heile døgnet, heile året, uavhengig av helg og høgtid (24/7/365).*

### Bemanning og samansettning av kompetanse

Kategori 2 er ein omfattande kategori med et bredt spenn av pasientar. Nokre einingar vil ha behov for bemanning og kompetanse tett opp mot kategori 3, mens andre vil ha behov som er nærmare kategori 1. En aktiv tilnærming til ressursbehovet er nødvendig.

- Det medisinske behandlingsansvaret blir utøvd av lege tilknytt av moderavdelinga eller intensiveininga, avhengig av lokal organisering
- Sjukepleiedekking i intervallet 1:2 til 1:1 (sjukepleiar:pasient ratio)
- Bemanningsfaktor må sjåast i samanheng med utforming av areal og ressurskrevjande oppgåver.
- Intensivsjukepleiarar i vakt-teamet heile døgnet som minimum. Eininga som behandler pasientar med meir uttalt organsvikt må også ha betre bemanning med intensivsjukepleiarar.,

### Sengekategori 3 (intensivseng)

*Sengeplass som skal ha ressursar i form av utstyr, kompetanse og bemanning til fullverdig intensivmedisinsk behandling inkludert sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og anna nødvendig organstøttende behandling. Sengeplassen skal vere tilgjengeleg som akutthjelp heile døgnet heile året, uavhengig av helg og høgtid (24/7/365).*

### Bemanning og samansetning av kompetanse

- Intensivsjukepleiardekking 1:1 til 1,3:1 eller høgare (sjukepleiar:pasient ratio)
- Bemanningsfaktor må sjåast i samanheng med utforming av areal og ressurskrevjande oppgåver som hemofiltrasjon, undersøkingar utanfor avdelinga, behandling av barn, handtering av smitte, organdonasjon etc.
- Bemanningsfaktor lege 1:3 eller høgare på dagtid (lege:pasient ratio)
- Det medisinske behandlingsansvaret blir utøvd av leger som er stadleg tilknytt seksjonen på dagtid (meir enn 50 % av arbeidstid) og i vakt, i samarbeid med leger frå aktuelle respektive moderavdelingar.
- Tilgang på personell som for eksempel fysioterapeut, klinisk farmasøyt, apotekteknikar og anna ikkje-klinisk personell basert på einingas behov og aktivitet.

## Kartlegging av intensivkapasitet i regionen

Dette kapittel vil gjere greie for oppteljing av senger ifølge ny definisjon, samla for regionen og per helseføretak/sjukehus.

Arbeidsgruppa meiner det er svært krevjande å beregne beleggsprosent, sidan fleire einingar er ein kombinasjon av kategori 1 til 2 og kategori 2 til 3 senger. Kva sengekategori kvar pasient treng kan variere gjennom døgnet. Beleggsprosent er difor ikkje inkludert i rapporten.

Tabellen under viser at det i Helse Vest er 21 kategori 1 senger, 20 kategori 2 senger og 34 kategori 3 senger i normal drift. Ein reknar at det samla i Helse Vest bur 1 127 000 innbyggjarar.

**Tal kat. 1-3 senger for Helse Vest samla 2022**

	Normal drift	Auka kapasitet	Beredskap
<b>Kategori 1</b>	<b>21</b>	*	*
<b>Tal senger</b>			
<b>Kategori 2</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>31</b>
<b>Tal senger</b>			
<b>Kategori 3</b>	<b>34</b>	<b>60</b>	<b>96</b>
<b>Tal senger</b>			

**Tal kategori 2 og 3 senger per 100 000 innbyggjarar Helse Vest**

	Normal drift
<b>Kategori 2</b>	1,77
<b>Kategori 3</b>	3,02
<b>Intensiv- og overvakingskapasitet (2+3)</b>	4,79

\* Det var semje i arbeidsgruppa om å ikkje telje med sengekategori 1 for 'auka kapasitet' og 'beredskap'. Det er heller ikkje lagt opp til dette i den interregionale rapporten om sengekapasitet (fase 1).

Ved beredskapshendingar vil personell ved nokre sjukehus hentast frå kategori 1 senger for å bemanne kategori 2 og 3 senger.

Nyfødtintensiv og brannskade-senger (i Helse Bergen) er ikkje inkludert i teljinga.

## Helse Førde HF

Helse Førde HF har eit stort akuttsjukehus i Førde, i tillegg til akuttsjukehus (akutt indremedisin, elektiv kirurgi) i Lærdal og på Nordfjordeid. Kategori 2 og 3 senger er samla i Førde. Det er utfordrande å skilje kategori 2 og 3 senger i kapasitet og belegg, då den totale bemanninga og dei same sengene dekkjer begge kategoriar i same eining.

Helse Førde har utfordringar med rekruttering av intensivsjukepleiarar, i samband med eit generasjonsskifte som enno vil pågå nokre år. Tilførsel av nyutdanna intensivsjukepleiarar opprettheld intensivkapasiteten i normal drift, men ikkje til auka kapasitet.

Helse Førde vurderer at helseføretaket ved 'auka kapasitet' i 4 veker (redusere planlagt behandling med 25%) frigjer om lag eitt operasjonsteam dagleg. Ved 'beredskap' i 2 veker

(all elektiv behandling utsettast, unntatt born og kreftbehandling) blir 2-4 team frigjort. Dette gjev noko, men ikkje stor, auke i intensivkapasiteten.

Ein reknar at det samla i opptaksområde til Helse Førde bur 106 242 innbyggjarar.

#### Tal kat. 1-3 senger for Helse Førde HF

	Normal drift	Auka kapasitet	Beredskap
Kategori 1 Tal senger	4	-	-
Kategori 2 Tal senger	2	4	4
Kategori 3 Tal senger	2*	2	3

\*Kravet til at «Det medisinske behandlingsansvaret utøves av leger som er stedlig tilknyttet seksjonen på dagtid (mer enn 50 % av arbeidstid)» er ikkje innfridd for kategori 3 per i dag. Førde Sentralsjukehus sine intensivsenger er bemanna med anestesilege i rotasjon både på dagtid og på vakttid.

#### Tal kategori 2 og 3 senger per 100 000 innbyggjarar i Helse Førde HF

	Normal drift
Kategori 2	1,88
Kategori 3	1,88
Intensiv- og overvakingskapasitet (2+3)	3,76

#### Helse Bergen HF

Helse Bergen har kategori 1-3 senger ved regionsjukehuset Haukeland universitetssjukehus, i tillegg til ei kategori 2 seng og to kategori 1 senger ved Voss sjukehus.

Kategori 3 sengene ved Haukeland universitetssjukehus er fordelt mellom

Intensivmedisinsk seksjon (KSK), Medisinsk intensiv- og overvåkningsavdeling (MIO, Hjerteavdelinga) og Thoraxkirurgisk intensiv og oppvåkningsseksjon (TIO, KSK). Ved Brannskadeavsnittet (Kirurgisk klinikk) er det kategori 3 og kategori 2 senger med nasjonal funksjon for brannskadepasientar.

Av dei 19 kategori 3 sengene er 16 generelle og tre spesialiserte.

Haukelands universitetssjukehus overtar behandlingsansvaret for intensivpasientar i kategori 3 frå heile Helse Vest, når andre sjukehus ikkje har nok medisinsk kompetanse eller kapasitet til å behandla pasienten.

Helse Bergen har vedtatt å berre tilsetje intensivsjukepleiarar i intensiv- og postoperative einingar, grunna utfordringar med å rekruttere nok intensivsjukepleiarar. Difor faller senger bort frå teljinga i kategori 1 og 2. Dei sengene som kan auke til kategori 1 ved tilknyting av intensivsjukepleiarar i normal driftssituasjon er:

- o Medisinsk overvakningseining (MOE) (10 senger)
- o Respiratorisk overvakningseining (ROE), Lungeavdelingen (12 senger)
- o Nevrokirurgisk overvakningsavdeling (NOVA) (9 senger)
- o Barneovervakninga, BUK (3 senger)

- o Thoraxkirurgisk overvakkingseining (THOE) (4 senger)
- o Nevrologisk avdeling (4 senger)
- o Medisin 1 V (FOE) (2 senger)

Totalt vil Helse Bergen altså kunne få ytterligare 46 senger i kategori 1 dersom det blir tilknyttet intensivsjukepleiarar til einingane. Dei nemnte einingane behandler pasientar som fyller hovuddelen av definisjonen på kategori 1 seng (eitt-organ svikt) og er inkludert i parantes i tabellane for intensivkapasitet. Dette fordi kapasitet i stor grad er talt med ved dei andre sjukehusa på grunn av at dei er organisert saman med kategori 2 einingar (og dermed har tilknyttet intensivsjukepleier kompetanse).

Ein reknar at det samla i opptaksområde til Helse Bergen bur 463 417 innbyggjarar.

#### **Tal kat. 1-3 senger for Helse Bergens sitt opptaksområde (Helse Bergen + HDS)**

	Normal drift	Auka kapasitet	Beredskap
<b>Kategori 1 Tal senger</b>	5 (46*)	-	-
<b>Kategori 2 Tal senger</b>	10	12	13
<b>Kategori 3 Tal senger</b>	20	40	69

\*indikerer mogleg kapasitet om tilknyting av intensivsjukepleiarar.

Helse Bergen har i tillegg tre kategori 3 og to kategori 2 sengeplassar med nasjonal funksjon for brannskadepasientar, det vil seie at dei skal kunne brukast av pasientar frå heile landet.

#### **Tal kategori 2 og 3 senger per 100 000 innbyggjarar for heile Helse Bergen sitt opptaksområde (Helse Bergen + HDS)**

	Normal drift
<b>Kategori 2</b>	2,16
<b>Kategori 3</b>	4,32
<b>Intensiv og overvakingskapasitet (2+3)</b>	6,48

#### Haraldsplass Diakonale sykehus

Haraldsplass Diakonale sykehus (HDS) er eit stort akuttsjukehus i Bergen med indremedisinsk sektor på om lag 150 000 innbyggjarar og om lag 40 akuttinnleggjeringar per dag. Sjukehuset har tett samarbeid med Haukeland Universitetssjukehus, men handterer i hovudsak eigne intensivpasientar innan indremedisin og kirurgi, som under pandemien. Nokre av dei mest alvorleg sjuke pasientane blir behandla ved Haukeland Universitetssjukehus. Intensivavdelinga er ein blanda intensiv, intermediær og postoperativ avdeling. Akutt indremedisin med mange eldre pasientar utgjer hovuddelen av akuttinnleggjeringane, slik at 60 prosent av døgnpasientane ved HDS er over 67 år. Haraldsplass kan ved å bygge om intensivavdelinga og med nødvendig auke i personale, auke intensivkapasiteten. Haraldsplass er nyleg blitt praksisplass for åtte intensivsjukepleiarstudentar og har siste åra hatt fire utdanningsstillingar innan intensivsjukepleie årleg.

**Tal kat. 1-3 senger for Haraldsplass Diakonale sykehus (tala er inkludert i tellinga til Helse Bergen sitt opptaksområde over)**

	Normal drift	Auka kapasitet	Beredskap
Kategori 1 Tal senger	3	-	-
Kategori 2 Tal senger	2	3	3
Kategori 3 Tal senger	1	2	3

**Helse Fonna HF**

Helse Fonna HF har eit stort akuttsjukehus i Haugesund i tillegg til akuttsjukehus på Stord og i Odda. Odda sjukehus er det minste sjukehus med akuttfunksjon i Fastlands-Noreg.

Kategori 3 senger er fordelt mellom Haugesund sjukehus med tre senger og Stord sjukehus med ei seng. Kategori 2 sengene er også fordelt mellom Haugesund og Stord. Odda sjukehus har berre kategori 1 seng sidan det ikkje er intensivsjukepleiar på alle vakter.

Ein reknar at det samla i opptaksområde til Helse Fonna bur 181 028 innbyggjarar.

**Tal kat. 1-3 senger for Helse Fonna**

	Normal drift	Auka kapasitet	Beredskap
Kategori 1 Tal senger	8	-	-
Kategori 2 Tal senger	2	3	3
Kategori 3 Tal senger	4*	6	9

\* Kravet til at «*Det medisinske behandlingsansvaret utøves av leger som er stedlig tilknyttet seksjonen på dagtid (mer enn 50 % av arbeidstid)*» er ikkje innfridd for kategori 3 sengen på Stord sjukehus. Kravet er innfridd for dei tre kategori 3 sengene på Haugesund sjukehus.

**Tal kategori 2 og 3 senger per 100 000 innbyggjarar i Helse Fonna HF**

	Normal drift
Kategori 2	1,10
Kategori 3	2,21
Intensiv- og overvakingskapasitet (2+3)	3,31

**Helse Stavanger HF**

Helse Stavanger har kategori 1-3 senger ved Stavanger universitetssjukehus, der kardiologisk-, lunge-, nevro- og intensivavdelinga er inkludert i teljinga. Sengekapasiteten i kategori 3 har ikkje vore auka i Helse Stavanger sidan 2019. Helse Stavanger kan få ytterligare 4 senger i lunge 4G i kategori 1 dersom det blir tilknytta intensivsjukepleiarar til denne eininga. Som for Helse Bergen blir dermed dette sett i parentes i tabellen under.

Ein reknar at det samla i opptaksområde til Helse Stavanger bur 376 402 innbyggjarar.

#### Tal kat. 1-3 senger for Helse Stavanger

	Normal drift	Auka kapasitet	Beredskap
Kategori 1 Tal senger	4 (8*)	-	-
Kategori 2 Tal senger	6	9	11
Kategori 3 Tal senger	8	12	16

\*indikerer mogleg kapasitet om tilknyting av intensivsjukepleiar.

#### Tal kategori 2 og 3 senger per 100 000 innbyggere i Helse Stavanger HF

	Normal drift
Kategori 2	1,59
Kategori 3	2,13
Intensiv- og overvakingskapasitet (2+3)	3,72

## Legar med intensivkompetanse

Legar med intensivkompetanse er svært viktig for både behandlingskapasitet og kvalitet knytt til sengekategori 3. Det er eit krav om både legebemannning og legetilknyting for sengekategori 3 som er nærmere omtalt i den interregionale rapporten frå juni 2022.

Helse Vest RHF bør halde fram dialogen med dei andre RHF-a, Helsedirektoratet og Legeforeninga for å skape konsensus om kompetansekrav til legar med intensivkompetanse.

## Intensivsjukepleiarar

Mangel på intensivsjukepleiarar er ei stor utfordring for helseføretaka. Riksrevisjonens rapport *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* peikar mellom anna på utfordringa med å rekruttere og behalde spesialsjukepleiarar.

Arbeidsgruppa meiner at rapporten *Berekraftig utvikling for intensivsykepleiere 2021* viser nokre av utfordringane i helsetenesta, men at forslaga til tiltak ikkje er tilstrekkeleg for å løyse utfordringane med låg intensivkapasitet i regionen. Eit av dei identifiserte tiltaksområde i rapporten er meir bruk av støttepersonell og oppgåvedeling. Dette tiltaket synes riktig og nyttig, men det er viktig å påpeike at meir bruk av støttepersonell og oppgåvedeling ikkje kan erstatte dei viktige funksjonane som berre intensivsjukepleiarar har kompetanse til. Det må sjåast nærmare på korleis eininga kan behalde, rekruttere og utvikle tilstrekkeleg fagleg kompetanse og kapasitet ved intensiveiningar.

Alle helseføretaka og HDS rapporterer om utstrakt bruk av vikarbyrå for å løyse mangelsituasjonen av intensivsjukepleiarar, spesielt i helger, ferier og høgtider.

Helse Vest RHF har saman med helseføretaka, via Samarbeidsorganet for utdanning, dialog med Høgskulen på Vestlandet og Universitet i Stavanger om tilrettelegging for erfaringsbasert opptak og rekruttering av nye søkerar til vidareutdanning/master for intensivssjukepleiarar.

## Vurdering av intensivkapasitet og -beredskap i regionen

Ein anerkjent internasjonal standard for intensivkapasitet er at eit akuttsjukehus bør ha 5 intensivsenger (kategori 3) per 100 000 innbyggjarar<sup>2</sup>.

I lokale planar har det allereie blitt foreslått å auke tal på senger i Helse Stavanger, Helse Bergen og Helse Førde, men grunna utfordringar med budsjett- og bemanningssituasjonen har det ikkje blitt realisert. Det er ikkje realistisk å auke talet på nye senger før eksisterande intensivsenger har naudsynt bemanning. I Helse Fonna er det planlagt med fysisk plass til fleire intensivpasientar (2040 perspektiv) ved bygging av ny intensivavdeling ved Haugesund sjukehus.

Den regionale kartlegginga som er gjort hausten 2022 bekreftar, som tidlegare utgreiingar og rapportar, at det er behov for å auka tal intensivsjukepleiarar og tal intensivsenger i

<sup>2</sup> [Surge Capacity: Analysis of Census Fluctuations to Estimate the Number of Intensive Care Unit Beds Needed - Olafson - 2015 - Health Services Research - Wiley Online Library](#)

Rhodes, A. et al. The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Medicine* 38, 1647–1653 (2012). [The variability of critical care bed numbers in Europe | SpringerLink](#).

regionen. Tal kategori 3 senger er låg, sett både frå eit nasjonalt og internasjonalt perspektiv. I teljinga 2019 var Helse Vest den helseregionen som hadde lågast tal intensivsenger per 100 000 samanlikna med dei andre helseregionene. Alle helseregioner gjennomfører ei regional kartlegging av intensivkapasitet hausten 2022, men tal frå Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge er ennå ikkje ferdigstilt. Helse Nord rapporterer om 4,6 kategori 3 senger per 100 000 innbyggjarar i sin ferske rapport.

#### **Samleoversikt over tal senger per 100 000 innbyggjarar per helseføretak/sjukehus i Helse Vest**

	Helse Førde	Helse Bergen + HDS	Helse Fonna	Helse Stavanger	Helse Vest samla
<b>Kategori 3 senger per 100 000 innbyg.</b>	1,88	4,32	2,21	2,13	3,02
<b>Intensiv- og overvakingskapasitet (2+3) per 100 000 innbyg.</b>	3,76	6,48	3,31	3,72	4,79

Det er naturleg at små helseføretak som Helse Førde og Helse Fonna har noko lågare intensiv- og overvakingskapasitet, samanlikna med regionsjukehuset, sidan dei mest krevjande og alvorleg sjuke pasientane blir behandla ved regionsjukehuset Haukeland Universitetssjukehus. Helse Bergen treng ekstra kapasitet for å i varetek regionale funksjonar, som for eksempel nevrokirurgi, thoraxkirurgi og barn. Helse Stavanger behandler i stort sett eigne pasientar i opptaksområdet og har låg kapasitet. Når det gjeld Haraldsplass Diakonale sykehus, kan den låge kapasiteten forklarast med at alvorleg sjuke ikkje-indremedisinske pasientar, blir behandla ved Haukeland Universitetssjukehus, Helse Bergen.

Arbeidsgruppa meiner at det på grunn av dagens låge grunnbemanning av kategori 2 og 3 senger er ein større risiko for at pasientar får behandling på eit for lågt nivå, enn eit for høgt nivå (intensivseng). Samstundes vil ei auking av kategori 1 og 2 senger mest sannsynlig gje ein avlastning av kategori 3 senger.

Kartlegginga har vore tru til den interregionale definisjonen av senger og det medfører eit lågt tal kategori 1 senger (21) og kategori 2 senger (20) i regionen. Om det ikkje hadde vore krav om at intensivsjukepleiar er tilknytt eininga, hadde tala vore vesentleg høgare då fleire overvakings- og observasjonssenger hadde blitt inkludert.

Arbeidsgruppa finn det ikkje hensiktsmessig å svare ut siste punkt i mandatet: '*Den regionale arbeidsgruppa skal foreslå tiltak for å auke kapasiteten og beredskapskapasiteten, utan å auke grunnbemanning* (ref. til rapporten *'Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleie'*).' Arbeidsgruppa meiner at det ikkje er realistisk å auke talet på nye senger før eksisterande intensivsenger har naudsynt bemanning.

#### **Vidare arbeid**

Rapporten konkretiserer intensivkapasitet i normal drift og i situasjonar med auka kapasitet og beredskap. Rapporten peikar på ulikskapar mellom helseføretaka i Helse Vest. Rapporten

vil bli sendt til de administrerande direktørane i helseføretaka som blir bedt om å vurdere følgjande:

- Auke talet på kategori 1-3 senger i normal drift. Helseføretaka må gjere ein naudsynt vurdering av kor senger kan opprettast
- Konkretisere tiltak som kan gje auka kapasitet og/eller beredskap i helseføretaka (eks. i beredskapssituasjon eller ved ny epidemi/pandemi), inkludert å beskrive kompetansevedlikehald for aktuelle sjukepleiarar som kan bistå intensivsjukepleiarar i ein beredskapssituasjon/pandemi.