

Krisehåndtering og lærdommer i forbindelse med koronautbruddet

Strand kommune, 2021



INNHOOLD

Oppdraget.....	6
Sammendrag	7
Kommunedirektørens kommentar	14
1 Innledning.....	15
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	15
1.2 Faglig innramming	17
1.2.1 Kriseerkjennelse og forberedelser.....	19
1.2.2 Krisehåndtering	20
1.2.3 Etterkrisefase og læring	21
1.3 Hvordan vurdere krisehåndteringen?	22
1.4 Avgrensning, kriterier og metode.....	23
1.5 Organisering av rapporten	24
2 Smitteutvikling	25
2.1 Innledning.....	25
2.2 Smitteutvikling	25
3 Forberedelser	27
3.1 Revisjonskriterer.....	27
3.2 Forberedelsene vinteren 2020	28
3.2.1 Varsel om krise	29
3.3 Overordnet planverk.....	30
3.3.1 Bakteppe – statsforvalterens tilsyn	31
3.3.2 Kommunens planverk	32
3.3.3 Helhetlig ros-analyse.....	33

3.3.4	Beredskapsplan	35
3.3.5	Plan for helsemessig- og sosial beredskap.....	36
3.3.6	Smittevernplan	37
3.3.7	Pandemiplan	37
3.4	Forberedende aktiviteter lokalt.....	39
3.5	Planenes betydning for krisehåndteringen	41
3.6	Vurdering.....	43
4	Smittevernutstyr	45
4.1	Innledning	45
4.2	Revisjonskriterier	45
4.3	Mangel på smittevernutstyr i starten	46
4.4	Men det tok seg opp etter hvert.....	47
4.5	Statlig medvirkning	48
4.6	Sammenligninger med Gjesdal	49
4.7	Vurdering.....	51
5	Overordnet organisering og samarbeid	52
5.1	innledning og revisjonskriterier	52
5.2	Organisering	54
5.3	Krisestab	56
5.3.1	CIM	58
5.3.2	Vurdering av CIM	59
5.4	Samarbeid	60
5.5	Vurdering.....	61
6	Tiltak innenfor kommunens helsetjeneste.....	62
6.1	Innledning.....	62
6.2	Revisjonskriterier	62
6.3	TISK	64
6.4	Organisering av testing.....	66

6.4.1	Kapasitet.....	67
6.4.2	Testing.....	68
6.5	Smittesporing.....	70
6.5.1	Organisering av smittesporing i Strand	70
6.6	Beredskapsboliger/beredskapshotell	71
6.7	Tilsyn.....	72
6.8	Stresstest årskiftet 2020/2021.....	72
6.9	Vurdering.....	73
6.10	Virksomheter	75
6.10.1	Tiltak innenfor legetjenesten.....	75
6.10.2	Tiltak innenfor omsorgsinstitusjonene.....	75
6.10.3	Vurdering	79
7	Tiltak for å ivareta sårbare barn og unge	80
7.1	Innledning og revisjonskriterier	80
7.2	Kommunens føringer/retningslinjer	82
7.3	Organisering	83
7.4	Omsorgstilbud i barnehagene og skolene under nedstengingen	84
7.4.1	Barn i barnehagen under nedstengingen	84
7.4.2	Elever på skolen under nedstengingen.....	86
7.4.3	Spesialundervisning	90
7.5	Tiltak i virksomhetene.....	91
7.5.1	Barnehager	91
7.5.2	Skoler	94
7.5.3	Helsestasjonstjenester	97
7.5.4	Barnevernet	99
7.6	Samarbeid og samhandling	104
7.6.1	Internt samarbeid.....	104

7.6.2	Informasjonsflyt og samhandling	104
7.6.3	Eksternt samarbeid	105
7.7	vurdering.....	106
Vedlegg	110

OPPDRAGET

Bestilling:

Kontrollutvalget i Strand kommune bestiller en forvaltningsrevisjon av «Kommunens håndtering av korona-epidemien». Dette erstatter det tidligere bestilte beredskapsprosjektet

Formål:

Formålet med prosjektet er å evaluere kommunens håndtering av korona-utbruddet med sikte på å identifisere læringspunkter.

Problemstillinger:

- Hvor godt forberedt var kommunen til å håndtere koronapandemien (planverk, øvelser etc.)?
- Hvordan har kommunens ledelse organisert og håndtert beredskapsarbeidet i ulike faser av korona-utbruddet? Hva har vært vellykket? Hva har vært utfordrende?
- Hvilke tiltak er innført innenfor kommunens helsetjeneste?
- Hvilke tiltak er innført for å ivareta sårbare barn og unge?
- Hvordan har implementeringen av tiltak ute i organisasjonen fungert, og hvordan har samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder vært?
- I hvilken grad har kommunen samarbeidet med andre aktører i forbindelse med krisehåndteringen (sykehus, nabokommuner, storbykommuner, fylkesmann mv.)? I hvilken grad har samarbeidet styrket den samlede krisehåndteringen?
- Hvilke lærdommer kan trekkes av håndteringen av korona-utbruddet?

Prosjektleder for dette prosjektet har vært forvaltningsrevisor Frøy Losnedal og rapporten er kvalitetssikret av senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg.

SAMMENDRAG

Formålet med dette prosjektet har vært å evaluere kommunens håndtering av koronapandemien med sikte på å identifisere læringspunkter. Parallelt har vi gjennomført tilsvarende evalueringer i Stavanger, Sandnes og Gjesdal kommune. Perioden vi har undersøkt er fra januar 2020 frem til mars/ april 2021. Den 29. april var det registrert 91 smittede og to koronarelatert dødsfall i Strand kommune.

Prosjektet har vært svært spennende, men også uvanlig krevende – av flere årsaker. Tematikken har vært bred og omfattende, det har vært usikkert når koronasituasjonen er over og prosjektet bør avsluttes, «kartet» har endret seg hele tiden (nasjonale, regionale, kommunale føringer), og «terrenget» har endret seg underveis (både smitteutviklingen og kommunens respons). Dette har skapt en del faglige og metodologiske utfordringer, som vi har forsøkt å løse etter beste evne.

Rapporten er lang og omfattende og gir relativt detaljerte beskrivelser av kommunens krisehåndtering i løpet av pandemien. Rapportens omfang gjør at den kan inngå som en del av kommunens kollektive hukommelse om det ulike aktører og tjenester har vært igjennom i løpet denne krisen. Hovedinntrykkene våre er sammenfattet i punktene under, og er noe utdypet i resten av sammendraget. Ellers er det mulig å bruke innholdsfortegnelsen aktivt for å finne frem til tema man ønsker å fordype seg i.

Hovedinntrykk

- Kommunen har håndtert koronapandemien på en relativt god måte, til tross for at en ikke så for seg en krise av et slikt omfang eller en slik varighet i beredskaps- og helseplanene.
- Strand hadde ingen oversikt over samlet smittevernutstyr da pandemien brøt ut. I starten av pandemien hadde kommunen en begrenset beholdning, men den ble bygget raskt opp.
- Kommunens faktiske beredskapsorganisering i forbindelse med pandemien ligger tett opp til den organiseringen man så for seg i kommunens beredskapsplan.
- Gjennomgangen tyder på en god og tydelig organisering og ansvarsdeling, korte beslutningsveier, tilgjengelig smittevernoverlege, nærhet mellom direktørområder og tillit i organisasjonen har vært avgjørende for en vellykket koronahåndtering.
- Vi finner enkelte mangler i planverket. Pandemiplanen var ikke blitt oppdatert siden 2009, og helseplanene er lite konkrete når det gjelder testing, smittesporing, isolasjon og karantene.
- Kommunen er sårbar når det gjelder bemanning, særlig innen helse og omsorg.
- Gjennomgangen tyder på at håndteringen av pandemien har utgjort en stor påkjenning på flere av kommunens ledere og øvrige ansatte.
- Kommunen har satt i verk en rekke tiltak for å ivareta sårbare barn og oppfølgingen av disse har vært en klar prioritering gjennom hele perioden. Likevel har det vært relativt få barn/elever som mottok et omsorgstilbud i barnehagen og på skolen under nedstengingen. Alle de inngripende smitteverntiltakene skaper nye sårbarheter, ensomhet og utenforskap. Det er ikke rimelig å forvente at kommunene fullt ut skal kunne demme opp for de sosiale og psykologiske skadene restriksjonene skaper. Derfor er det viktig for kommunen å følge konsekvensene for brukerne over tid for å avdekke langtidsvirkningene.

Forberedelser

Med bakgrunn i Statsforvalterens tilsyn i 2018 hadde Strand kommune i forkant av pandemien gjort et grundig arbeid i utarbeidelsen av ny overordnet ROS og beredskapsplan. Kommunens smittevernplan var fra 2018, mens pandemiplanen var fra 2009. Begge ble oppdatert i hhv. februar og mars 2020 i forbindelse med Statsforvalterens innsamling av nevnte planverk.

Gjennomgangen tyder på at det overordnede planverket hadde relativt lite å si for Strand sin krisehåndtering, i likhet med i våre andre utvalgte kommuner. Dette kan selvsagt ha sammenheng med at planene ikke var gode og konkrete nok i forhold til den konkrete krisen som oppstod, men det kan også ha sammenheng med at det er et urimelig krav at planverket skal være skreddersydde for enhver mulig krise. Samtidig ser det ut til at selve *planleggingen* har større verdi enn selve planverket.

En viktig del av planlegging under kriser er utarbeidelse av kontinuitetsplaner på virksomhetsnivå, for å sikre kommunens evne til å oppfylle sine roller og oppgaver, også i en situasjon med mye smitte blant elever og ansatte. Utarbeidelse av kontinuitetsplaner kom som en tydelig føring fra Statsforvalteren i starten av mars 2020. Gjennomgangen viser at utarbeidelse av kontinuitetsplaner og oppdatering av disse er gjort i varierende grad, og at skolene og barnehagene ikke har utarbeidet slike planer i det hele tatt. Etter vår vurdering bidrar dette til å svekke skolenes evne til å ivareta driften på en tilfredsstillende måte ved et smitteutbrudd.

Organisering

Kommunens faktiske beredskapsorganisering under pandemien ligger tett opp til den organiseringen skissert i kommunens beredskapsplan. Organiseringen blir beskrevet som en praktisk og god ordning som har holdt «linjen».

Gjennomgangen tyder på at håndteringen av pandemien har vært en enorm påkjenning for flere av kommunens ledere og ansatte, og det trekkes fram at belastningen på enkelte virksomhetsledere har vært for stor. Av tre medlemmer i krisestaben blir dette dessuten beskrevet som den største utfordringen med pandemien.

Det var tidlig en bekymring for om kommunen ville ha nok bemanning og kompetanse innenfor helse og omsorg. Gjennomgangen viser at det ble gjort gode grep for å ruste kompetansen til de ansatte, og det ble også opprettet en personalbank for å kunne hente inn flere ressurser.

Samhandling/informasjonsflyt mellom leder- og tjenesteområder

En av problemstillingene har vært å undersøke samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder. Et moment vi ser går igjen i intervjuene med flere av virksomhetslederne innen

omsorg, levekår og opplæring, er at en krise som dette har utløst mye usikkerhet i organisasjonen. Flere har eksempelvis savnet tydeligere føringer. Gjennomgangen viser at flere tiltak har blitt utført på ulikt vis, og flere virksomhetsledere har savnet mer likhet i lignende virksomheter. I intervjuene blir det eksempelvis påpekt at besøksrestriksjonene på omsorgsinstitusjoner ble praktisert ulikt i starten, og innenfor barnehagene var det ulikt hvorvidt personalet dro på hjemmebesøk til barnehagebarna. Innenfor kommunalområde opplæring kom det først en rutinebeskrivelse for oppfølging av sårbare barn og unge i september 2020, og beredskapsplan i januar 2021. Etter vår vurdering burde disse ha vært på plass tidligere; både for å forebygge utrygghet og usikkerhet i organisasjonen, samt potensielle kvalitetsmessige forskjeller mellom virksomhetene.

Et annet moment vi ser går igjen i flere av intervjuene, er savnet etter mer informasjon fra krisestaben, utover den informasjonen som direkte angikk deres egen virksomhet. Det blir påpekt at krisestaben gjerne diskuterer saker som selv om er utenfor deres eget kommunalområde, likevel kan ha en indirekte påvirkning på områder innenfor deres tjeneste. Samtidig blir det løftet fram som viktig i et personalperspektiv; for å kunne betrygge egne ansatte med siste informasjon.

Samarbeid

Når det gjelder internt samarbeid blir det at Strand er en mellomstor kommune framhevet som en stor fordel. Vi får beskrevet en oversiktlig organisasjon med «kort vei» mellom direktørområdene, og samarbeidet på tvers blir framhevet som tett og godt. Særlig smittevernoverlegen blir framhevet som en uunnværlig og tilgjengelig ressurs i det interne samarbeidet.

I løpet av pandemien har det foregått eksternt samarbeid på ulike nivå i de forskjellige tjenesteområdene i kommunen, eksempelvis i allerede etablerte læringsnettverk. På et mer overordnet nivå har Strand kommune hatt et utstrakt samarbeid med lokale aktører som Norsk Folkehjelp og Sanitetsforeningen. Samtidig tar ikke koronapandemien hensyn til kommunegrenser, slik at håndteringen av pandemien også har *regional* dimensjon, og effektiv innsats fordrer samordning på tvers av kommunegrenser.

Under pandemien har Strand hatt dialog med andre kommuner, men ikke noe formelt samarbeid. Gjennomgangen viser hvordan Strand kommune har vært/er sårbare når det gjelder bemanning, særlig innen helse- og omsorgssektoren, og kommunen har selv rapportert å være avhengig av å inngå samarbeid med andre kommuner for å kunne håndtere en situasjon med et høyt smittetrykk, særlig om det rammer legetjenesten¹. I Strand er det flere seniorleger som ikke tar legevakt, samtidig som de fleste vaktlegene tilhører det kommunale legesenteret. I intervjuene blir det

¹ Rapportering til Statsforvalteren 02.06.2020

derfor framhevet som kritisk hvis dette legesenteret ble rammet av smitte/karantene, fordi en hadde ikke klart å sikre drift av legevakt eller luftveislegevakt i en slik situasjon.

Strand har intensjoner om samarbeid med Hjelmeland kommune, men denne er ikke konkretisert. Etter vår vurdering bør en slik avtale konkretiseres slik at kommunene vet hva de kan forvente av hverandre ved et smitteutbrudd. Smittevernoverlegen gir tilbakemelding på at det har vært vanskelig å forutse hva en i et gitt tilfelle skulle trenge hjelp til, men stoler på at kommunen kunne fått assistanse fra Hjelmeland ved konkrete behov.

Etter vår vurdering er likevel ikke sikkert at en avtale med en liten kommune som Hjelmeland er en tilstrekkelig beredskap for en kommune av Strands størrelse. Kommunen bør derfor også vurdere om en slik avtale er tilstrekkelig til å dekke eget beredskapsbehov.

TISK-virkemidlene

Smittesporere og ansatte ved luftveislegevakten og teststasjonen er blant kjernetroppene i landets og kommunenes koronahåndtering. Gjennomgangen viser at kommunen har bygget opp en meget god test-kapasitet. Det tok imidlertid om lag et halvt år før dagens organisering satte seg, og det var i denne perioden enheten hadde den største sårbarheten i tilfelle en sterk økning i testbehov, både mtp. personell og logistikk. Samtidig ønsker vi å understreke at det er flere positive sider med måten luftveislegevakten vokste frem på. Kommuneoverlegene ble gitt stor autonomi, og fikk bygge opp enheten fra grunnen av, på bakgrunn av faglige vurderinger og behov, og til tross for allerede eksisterende utfordringer med bemanning.

Når det gjelder smittesporing, er et fellestrekk i intervjuene at det ikke har vært nok personell, noe også tallene tyder på. Gjennomgangen viser at det i praksis var én person som hadde ansvaret for smittesporingen fra mars til august 2020. Etter vår vurdering har beredskapen vært for svak på dette området i denne perioden. Hadde denne personen hatt et lengre fravær, for eksempel i forbindelse med et stort smitteutbrudd, ville kommunen fått store problemer med å håndtere dette på en god måte. Det var ikke definert stedfortredere og det var heller ikke gitt opplæring til andre som kunne utført disse oppgavene. Dermed ble en sentral del av pandemihåndteringen svært avhengig av enkeltpersoner. Riktignok hadde en helsesykepleier vært noe involvert i smittesporingsarbeidet i starten, når vedkommende var tilgjengelig, men fra april 2020 var det en klar føring fra nasjonale myndigheter om å ikke bruke helsesykepleiere i smittesporingsarbeid. Organiseringen av smittesporingen minner dessuten om hvordan arbeidet med smittevernutstyr også var organisert i samme periode (mars-august). Også innenfor dette området var det én person som ble tildelt ansvaret for å kartlegge, koordinere, og bestille smittevernutstyr, uten at det var identifisert stedfortredere eller gitt opplæring til andre. I eksempelvis Gjesdal har utstyrsansvaret vært delt mellom to personer.

Fra august/september ble smittesporingen organisert annerledes, med tre smittesporere som fordelte ansvaret. Samtidig ble det utarbeidet en liste over ansatte fra ulike deler av kommunen som kunne tilkalles ved behov. Utover en e-post med informasjon, fikk disse ingen opplæring.

Ved årsskiftet, da smittesporingsteamet selv ble rammet av både smitte og karantene, ble det tydelig at også dette var en meget sårbar ordning, som kunne fått store problemer med å håndtere en rask smitteoppblomstring. Situasjonen ble løst gjennom smittesporing og digital opplæring av vikarer fra «hjemmekontor», men avgjørende for det positive resultatet var både dugnadsånd, kreativitet og stor arbeidsinnsats, og ikke minst at smittesporingsteamet faktisk var i stand til å utføre arbeidsoppgavene til tross for smitte/karantene.

I Strand er det fremdeles en helsesykepleier i smittesporingsteamet. Fra virksomhetsleder på Familiens hus påpekes det at selve smittesporingsarbeidet har foregått på ettermiddag og kveldstid, og at det ikke har gått utover det ordinære arbeidet som vedkommende helsesykepleier har hatt i noen særlig grad. Etter vår vurdering kan kommunen vurdere å bruke andre ressurser enn helsesykepleiere, i tråd med nasjonale føringer.

Kommunene har ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner faktisk er i karantene og isolasjon. Dette har så langt ikke vært praktisert i Strand. Kommunen er også pålagt å ha et botilbud for smittede innbyggere som bor i tette husstander og ikke har mulighet til å holde seg isolert fra resten av familien i eget hjem. Smittevernoverlegen er sikker på at kommunen ville klart å finne et egnet sted på kort varsel hvis nødvendig, men det er så langt ikke inngått avtaler for dette formålet, som betyr at det ikke er noen beredskap på dette området.

Sårbare barn og unge

Håndteringen av en krise innenfor et fagfelt kan utløse en mulig krise innenfor et annet. Håndteringen av koronapandemien innebar tidvis nedstengning og tidvis reduksjon av kommunens tilbud rettet mot barn og unge. Hovedinntrykket vårt er at god ivaretagelse av barn i sårbare livssituasjoner har vært en tydelig prioritering i kommunen gjennom hele perioden. Det er flere indikasjoner på dette. Eksempelvis har alle elever med vedtak om spesialundervisning fått alle tildelte timer som de har krav på. Her skiller Strand kommune seg positivt ut, sammenlignet med våre andre kommuner. På den andre siden er Strand den av våre utvalgte kommuner der færrest barn i sårbare livssituasjoner har mottatt et omsorgstilbud i på skolen under nedstengingen. Det var også relativt få som mottok et omsorgstilbud i barnehagen under nedstengingen.

Gjennomgangen viser samtidig at skolene i Strand ikke har hatt en felles praksis for hvordan man skal registrere eller føre oversikt over de sårbare barna, og det foreligger heller ingen overordnet oversikt i kommunen over hvor mange som fikk et tilbud. En slik oversikt vil etter vår vurdering være et viktig bidrag for å sikre god styring på dette området.

Antallet bekymringsmeldinger i nye saker til barnevernet i Strand har økt med 23 prosent fra 2019 til 2020. Ifølge barnevernstjenesten skyldes økningen i all hovedsak en negativ utvikling i ungdomsmiljøet. Kommunen bør være oppmerksomme på den videre utviklingen framover, for å se om «trenden» snur eller vedvarer.

Ifølge regelverket skal kommunen vurdere ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer som kan påvirke hverandre. Det siste drøye året har vi sett at håndteringen skaper nye kriser eller nyere former for sårbarhet (for eksempel for barn og unge, og da spesielt i sårbare livssituasjoner). Denne type sårbarhet bør inkorporeres i kommunens ROS-analyse.

Anbefalinger

Kommunens håndtering av koronapandemien har på mange måter vært en krisedrevet innovasjonsprosess, der kommunen har handlet, erfart, lært og justert kursen underveis. Luftveislegevakten og testasjonen, samt smittesporingsteamet er eksempler på dette.

En rapport som denne har to hovedbidrag: Å få tydelig frem hva kommunen har gjort på en del sentrale områder, slik at rapporten kan fungere som en del av den kollektive beredskaps-hukommelsen i tiden fremover. Det andre bidraget er å peke på konkrete læringspunkter, som vil kunne gjøre kommunen enda bedre rustet dersom det skulle oppstå en ny pandemi eller en epidemi av lengre varighet.

Noen av læringspunktene kan kommunen jobbe med ganske fort, mens andre er mer langsiktige læringspunkter.

Langsiktige læringspunkter/anbefalinger. Kommunen bør:

- Være mer konkrete mht. gjennomføringen av TISK-virkemidlene i neste pandemiplan.
 - Eksempler her er organisering og drift av teststasjon og smittesporing, og en plan for rask oppskalering av test- og smittesporingsaktivitet.
 - I revidering av pandemiplan bør det også være en plan for rigging av utstyrslager.
- Sikre at det utarbeides kontinuitetsplaner, og at disse oppdateres i tråd med erfaringene man gjør seg underveis.
 - På denne måten vil virksomhetene være bedre rustet til å håndtere mulige utfordringer, som eksempelvis stort personellfravær, samtidig som man sikrer erfaringsbasert læring ved å justere planen underveis.
- Vurdere organiseringen av kritiske tjenester, som smittesporing, utstyr og omsorgs-/legetjenesten, for å sikre en mer robust bemanning og beredskap.
 - På denne måten kan kommune forebygge sårbarheter i form av påkjenning på enkeltpersoner, samt for å kunne sikre drift av kritiske oppgaver ved eventuelt fravær.
- Vurdere å inkorporere i ROS-analysen hvordan håndteringen av en krise på et område kan skape en ny krise/sårbarhet på et annet.

Læringspunkter Strand kan ta tak i ganske fort. De to første er aktuelle før vaksinasjonsprogrammet er fullført, men sannsynligvis ikke etter. Vi anbefaler kommunen å:

- Få på plass et botilbud for smittede innbyggere som bor i tette husstander og ikke har mulighet til å holde seg isolert fra resten av familien i eget hjem.

- Følge utviklingen nøye i ulike tjenester for å vurdere koronaens langsiktige konsekvenser for brukere og ansatte over tid.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektørens kommentar mottatt 27.05.2021:

Kontrollutvalget i Strand kommune har bestilt en forvaltningsrevisjon av «Kommunens håndtering av korona-epidemien». Formålet med prosjektet var å evaluere kommunens håndtering av korona-utbruddet med sikte på å identifisere læringspunkter. Rogaland Revisjon har basert på dette levert en meget omfattende rapport, der hovedkonklusjonen er at Strand kommune har håndtert koronapandemien på en god måte. Strand kommune gjorde i forkant av pandemien et grundig arbeid i utarbeidelsen av ny overordnet ROS og beredskapsplan. Men selv en gjennomarbeidet ny ROS og beredskapsplan fanget ikke opp en krise av et slikt omfang eller en slik varighet som det vi har opplevd siden Norge ble stengt ned den 12. mars 2020. Jeg er stolt og ydmyk over det store arbeidet som ansatte i Strand kommune har lagt ned i løpet av denne perioden. Og det er viktig å påpeke at pandemien langt fra er over, selv om det allerede nå gjøres en evaluering av arbeidet. Rapporten viser til styrker og svakheter ved arbeidet i kommunen knyttet til krisehåndteringen. Vi vil bruke læringspunktene og anbefalingene fra rapporten til vårt kontinuerlige forbedringsarbeid i kommunen knyttet til både ordinær drift og krisehåndtering.



1 INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) ble påvist i Wuhan, Kina i desember 2019. Første gang viruset ble påvist i Norge var 26. februar 2020. Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte 30. januar utbruddet som en «*alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse*», og erklærte utbruddet 12. mars som en pandemi.

Samme dag presenterte regjeringa en rekke tiltak for å hindre smittespredning i Norge. Statsminister Erna Solberg beskrev tiltakene som «*de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid*».² Nedstengingen omfattet stenging av barnehager og skoler, forbud mot kultur- og idrettsarrangement, stenging av en rekke virksomheter, innføring av karantene ved innreise til Norge og forbud mot utenlandsreiser for helsepersonell som arbeider med pasientbehandling. I tida som fulgte ble det òg innført strengere grensekontroll og bortvising av utlendinger uten oppholdsløyve, og forbud mot opphold på hytter utenom egen bokommune.

Etter påske var smittesituasjonen kommet mer under kontroll og regjeringen startet prosessen med å åpne samfunnet igjen. Det startet med åpning av barnehager mandag 20. april, mens 1.-4. trinn og SFO gjenåpnet mandag 27. april. Fra 11. mai fikk alle skolene holde åpent. Etter hvert lettet kommunen på besøksrestriksjoner i sykehjem mv. og det skjedde en form for normalisering av driften av de kommunale tjenestene i det som fortsatt var en unormal situasjon.

Fra statlig hold ble gjenåpningen av samfunnet forankret i en overordnet strategi. Dette for å kunne slippe opp de mest inngripende tiltakene gradvis og kontrollert. Fra og med 7. mai ble det åpnet for arrangementer på offentlig sted for inntil 50 personer, med ansvarlig arrangør, forutsatt at de nye smittevernreglene på én meter avstand mellom mennesker ble overholdt. Regjeringen åpnet videre for fritidsreiser mellom Norge og de nordiske landene fra 15. juni, men beholdt karantenekrav og innreiserestriksjoner fra regioner med mye smitte. 15. juni ble treningssentre, badeland og svømmehaller gjenåpnet og det ble tillatt med arrangementer på inntil 200 personer. Fra 1. august ble barne- og ungdomsidretten gjenåpnet og fikk unntak fra 1 meters regelen.

Gjenåpningen førte til meldinger i løpet av sommeren om at folk etter hvert mistet noe av respekten for de grunnleggende smittevernreglene, om å holde avstand, vaske hender og være hjemme ved sykdom. «*Jeg er bekymret over at smittevernreglene ikke overholdes på utesteder og restauranter*», uttalte helse- og omsorgsminister Bent Høie 7.juli.

² Denne krisen har gått fra å være en helse-krise til å bli en nasjonal krise som spenner over alle sektorer, den påvirker oss alle. Derfor er det naturlig at Justis- og beredskapsdepartementet får ansvaret for å koordinere håndteringen av krisen, uttalte statsminister Erna Solberg 14.mars.2020.

I løpet av august utviklet smittesituasjonen seg fra å være stabil til å øke. For å beholde kontrollen trakk staten på bremsen for videre gjenåpning. Cruisetrafikken ble ytterligere strammet inn, og nasjonal skjenkestopp ble 7. august innført klokken 2400. Samtidig med innstramninger fortsatte regjeringen med lettelser. Fra 12. oktober åpnet regjeringen for gjenåpning av breddeidretten for voksne og opphevde skjenkestoppet ved midnatt, samtidig som det ble tillatt med inntil 600 personer til stede samtidig på utendørsarrangementer, fordelt på grupper på inntil 200 personer. I kommuner med høyt smittetrykk åpnet staten opp for lokale restriktive tiltak ved smitteutbrudd.

Fra slutten av oktober trakk staten for alvor på bremsene. «*Vi står foran den mest alvorlige situasjonen med å snu smitten siden mars. Dersom vi tar et krafttak nå, er det mye større sjanse for at vi kan få en normal julefeiring med storfamilien*», uttalte statsminister Erna Solberg.

Fra 5. november anbefalte regjeringen at man ikke kan ha mer enn 5 gjester på besøk i tillegg til husstandsmedlemmer. Ved private sammenkomster på offentlig sted eller i leide eller lånte ble det satt en grense på 20 personer, mens maks antall personer på arrangementer innendørs ble satt til 50 deltakere, 200 hvis fastmonterte seter. Adgangen til å ha 600 personer til stede på utendørs arrangement ble begrenset til å gjelde arrangementer hvor alle i publikum kan sitte i fastmonterte seter. Også reglene for innreise fra utlandet ble innskjerpet. Utenlandske arbeidstakere som i de siste 10 døgnene hadde vært i «røde land», ble pålagt innreisekarantene i 10 dager. Tidligere var det tilstrekkelig med testing hver tredje dag. Det ble også stilt krav om negativ covid-19-test ikke eldre enn 72 timer ved ankomst til Norge, samt opphold på karantenehotell.

De midlertidige innstramningene ble beholdt så lenge det var nødvendig for å slå ned smittebølge 2 høsten 2020. Beskjeden fra statsministeren var «*Hold dere hjemme, ha minst mulig sosial kontakt*». Med ny kontroll med smittesituasjonen ble det gradvis på ny innført lettelser. Slå-ned-strategien innfridde dermed både i den første og den andre fasen av pandemien.

Den 10. november la regjeringen frem en tiltakspakke som var rettet mot sårbare grupper og mennesker som er rammet av ensomhet og isolasjon, og som skulle avhjelpe psykisk og sosial belastning som følge av koronapandemien og smitteverntiltakene.

Smittenivået har vært høyere blant utenlandsfødte enn blant befolkningen ellers og regjeringen setter 8. desember ned strakstiltak for å få ned smitten blant innvandrere.

Den 21. desember stanser Norge alle direkteflygninger fra Storbritannia med umiddelbar virkning for å forhindre/begrense spredningen av det muterte viruset.

Den 27.12 blir den første vaksinen satt 27. 12. første vaksine satt. Etter en litt treg start, tar vaksinasjonstempoet seg opp, og per 28.03 er det 616 000 nordmenn som er vaksinert med første dose, mens 271 000 er vaksinert med andre dose.

Andelen smittede gikk kraftig opp i romjulen, og regjeringen forsterket smitteverntiltakene i begynnelsen av januar. Regjeringen anbefalte folk å unngå å ha gjester hjemme, og vente to uker

med private besøk. Aleneboende kunne ha besøk eller gå på besøk med en til to faste venner eller til en fast husstand, og alle organiserte fritidsaktiviteter, idrettsaktiviteter kulturarrangementer og livssynssamlinger innendørs, ble anbefalt utsatt, til etter 19. januar. Den 3. januar gikk regjeringen over til rødt nivå for alle landets ungdomsskoler og videregående skoler. På Nord-Jæren valgte man også rødt nivå på alle barneskolene.

Reglene som ble innført tilsa maks fem personer på private sammenkomster utenfor eget hjem og maks ti personer på arrangementer (200 hvor det er fastmonterte seter), og nasjonalt forbud mot skjenking av alkohol.

Etter hvert begynner den muterte virusvarianten å bre seg rundt i landet, spesielt i østlandsområdene. Den 23. januar ble det gjennomført kraftige tiltak i ti kommuner etter utbrudd av den engelske virusmutasjonen. Bare dagen etter ble det innført strengere tiltak i ytterligere 15 nye kommuner på Østlandet.

Den 16. februar ble de regionale koronatiltakene i Oslo og Viken avsluttet fra regjeringens side, og den 4. mars ble det innført regionale tiltak i seks kommuner i Vestfold og Telemark. Og den 15. mars ble det på nytt innført strenge regionale tiltak i hele Viken.

Den 27. mars ble det innført nasjonale regler for ventekarantene, ettersom dette ble praktisert ulikt mellom kommunene.

Kommunenes håndtering av koronapandemien har vært uløselig forbundet med den statlige håndteringen. Staten har pålagt kommunene et stort oppdrag i krisehåndteringen og har stått for en detaljert styring av kommunens virkemiddelbruk. Merkedatoer for den statlige styringen, enten det har dreid seg om innstramninger eller lettelser i restriksjonene, har ofte utløst stor aktivitet i beredskapsledelsen og i kommunen for å følge opp statlige pålegg.

Denne forvaltningsrevisjonen tar for seg utvalgte sider av kommunens koronahåndtering. I neste delkapittel redegjør vi kort for den faglige innfallsvinkelen til revisjonen.

1.2 FAGLIG INNRAMMING

Stram statlig styring betyr ikke et fravær av lokal handlefrihet. Kommunen har påvirkningskraft på mange forhold. En vellykket håndtering er avhengig av gode forberedelser i forkant av krisen, av handlekraft og beslutningseffektivitet i ledelsen, klare styrings- og autoritetslinjer i et tydelig hierarki og rask og lojal oppfølging i alle ledd. Men vel så viktig i en dynamisk krise, er ulike aktørers evne til improvisasjon, kreativitet og nytenking. Det ene utelukker ikke det andre.

Koronapandemien kan beskrives som en *krypende eller snikende krise*. Den begynner langsomt og brenner langsomt ut. Den kan ta ulike og uventede forløp der det er store utfordringer knyttet til

timing og valg av ulike tiltak mot krisen.³ Smittespredningen kan gå i bølger, og skape utfordringer for krisehåndteringen.



Det er ikke bare en offentlig helsekrise som utvikler seg raskt, men en krise som krever samordnede styringsgrep på flere fronter. Den er grenseoverskridende og preget av stor kompleksitet, noe som gjør krisehåndteringen vanskelig og sårbar. Den går på tvers av landegrenser, forvaltningsnivå, sektorer og politikkområder.

I tillegg kan selve krisehåndteringen utløse andre kriser. Håndteringen av koronapandemien har eksempelvis ført til en økonomisk krise og innebar en nedstengning og reduksjon av kommunenes tilbud rettet mot barn og unge. Nokså raskt etter nedstengningen ble både nasjonale og lokale myndigheter bekymret for hvilke konsekvenser dette kunne få for sårbare barn og unge og deres familier.

Faser. En krise kan grunnleggende sett inndeles i en *førkrisefase*, en *akutt krisefase* og en *etterkrisefase* (Engen mfl. 2016; Kruke 2010; Olson 2000). Disse kan henge nært sammen, eksempelvis ved at det som gjøres av forberedelser i en førkrisefase har betydning for gjennomføring av krisehåndteringsfasen. Håndteringen vil for sin del ha betydning for læring i etterkrisefasen.

Med noen tillempninger kan vi framstille fasene i koronapandemien på følgende måte:

Figur 1: Faser i forbindelse med koronapandemien.

Førfase – Forberedelser		Krisehåndtering – respons på pandemien		Etterkrisefase – normalisering
Kriseerkjennelse Forberedelser: <ul style="list-style-type: none"> - Planverk (helse og beredskap) - Beredskap smittevern-utstyr/legemidler - Organisering 		Statlig politikk og styring Krisehåndtering i faser: <ul style="list-style-type: none"> - Nedstenging mars-april 2020 - Gradvis gjenåpning mai-tidlig høst - Innstramning oktober-november 		Vaksinerings og normalisering Evaluering og læring av erfaringer

³ Kilde: Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Lægred i Stat og styring 2:2020.

		<ul style="list-style-type: none"> - Gradvis gjenåpning på nytt senhøstes - Innstramning og lokal nedstengning ved årsskiftet 2020/2021 og våren 2021. Muterte virus - Ny nasjonal innstramning mars 2021 		
		Smitteutvikling i ulike faser av krisehåndteringen		

Læringspunkter i forhold til håndtering av neste pandemi

1.2.1 KRISEERKJENNELSE OG FORBEREDELSE

Kriseerkjennelse oppstår når situasjonen oppfattes som en trussel, når tidspresset og usikkerheten øker, og det bygger seg opp et behov om at det nå må tas grep. En kryptende krise som utviklingen av en pandemi, kan være forbundet med så mye usikkerhet og tvil, at det nøles for lenge. Det kan øke faren for at håndteringen blir *reaktiv*: Man blir løpende etter krisen og prøver å slukke «branner» etter hvert som de oppstår. Alternativet er en *proaktiv* håndtering hvor en er i forkant med tiltak for å redusere sannsynligheten for smitte og konsekvenspotensialet. Det forutsetter kunnskap om hva som er riktig innslagspunkt og hva som er treffsikre virkemidler.

Både Verdens helseorganisasjon (WHO) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utpekt pandemier som de mest sannsynlige truslene mot folkehelsen.⁴

De senere årene har flere internasjonale utbrudd av sykdommer som Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), Middle East Respiratory Syndrom (MERS), pandemisk influensa, ebolavirusykdom og zikavirusfeber krevd stor beredskapsinnsats i Norge. Den alvorligste kjente influensapandemien var Spanskesyken i 1918-19. Den siste pandemien – svineinfluensaen i 2009 - spredde seg fra Mexico til i alle verdensdeler. I Norge er det anslått at ca. 900.000 ble syke av

⁴ Jf. blant annet DSB (2019): Alvorlige hendelser som kan ramme Norge.

dette viruset. Det ble registrert til sammen 32 dødsfall. Vanlig influensavaksine kunne da benyttes, og senere pandemiplanlegging har blant annet vært opptatt av tiltak som raskt kan sikre massevaksinasjon.

Det er ulike synspunkt på hvorvidt det er mulig å forberede seg i forkant av kriser. Den neste krisen vil som regel alltid være annerledes enn den forrige. Derfor må forberedelsebe være på et overordnet og metodisk plan: Det er selve krisehåndteringen som metodikk det er mulig å forberede seg på, ikke på type krise, siden den vil variere. En annet synspunkt er mer optimistisk: Det er mulig å lære av tidligere kriser og forbedre beredskapen. Utvikling av scenarier for håndtering av et bredt sett med kriser, vil redusere usikkerheten.

Denne forvaltningsrevisjonen tar utgangspunkt i det siste synspunktet: Det er mulig å forberede på det usikre og det ukjente, og kvaliteten på forberedelsene vil påvirke kvaliteten på selve krisehåndteringen. Et *godt planverk, øvelser, beredskapslagre av smittevernutstyr og legemidler og en gjennomtenkt organisering* vil kunne gjøre selve krisehåndteringen enklere. Det må være en grunnmur av forberedelser på plass, for at det løpende operative håndteringen skal bli bra.

1.2.2 KRISEHÅNTERING

Krisehåndtering er summen av aktiviteter som er rettet mot å minimalisere konsekvensene av en krise, og den setter ansvarlige aktører i en vanskelig situasjon⁵. Det er utfordringer knyttet til å håndtere usikkerhet, å skaffe nødvendig kapasitet, å organisere en respons og å kommunisere med innbyggerne.

Krisehåndteringen kan oppfattes som den umiddelbare responsen når krisen er et faktum (Engen mfl. 2016). Krisehåndtering blir dermed de aktiviteter som settes i gang under stor usikkerhet og stort tidspress. Siktemålet er å få kontroll, hindre eskalering av krisen og gjenopprette normalitet. Kommer en krise brått og overraskende på, utfordres de ordinære beslutningsprosessene.

Å treffe informerte beslutninger til rett tid, har vært krevende i håndteringen av koronapandemien. Nesten enhver beslutning har bestått i å avveie tiltakets effekt på smittespredningen på den ene siden og tiltakets byrde på økonomi, privatliv, næringsliv, kulturliv osv. på den andre. I en del tilfeller har ikke kunnskapsgrunnlaget vært tilstrekkelig til å gjøre presise kost-/nyttevurderinger.

Krisehåndtering er ofte mest vellykket når den er i stand til å kombinere demokratisk legitimitet med statlig styringskapasitet. Styringslegitimiteten dreier seg om hvordan en sikrer seg legitimitet og tillit i befolkningen mht. de tiltakene som iverksettes for å håndtere krisen. Styringskapasiteten

⁵ Kilde: Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Lægred i Stat og styring 2:2020.

dreier seg om hvordan man skal organisere en god forvaltning som har kapasitet og kompetanse til å håndtere krisen. Et velfungerende demokrati trenger både et velfungerende forvaltningsapparat, men også tilstrekkelig tillit og legitimitet.

Det ligger i pandemiens natur at den ikke har respekt for kommunegrenser, landegrenser og hvordan vi har organisert det lokale smittevernet. Selv et lokalt, isolert smitteutbrudd, kan ha et stort antall forgreninger som geografisk danner et komplekst mønster av smitteveier.

Koronapandemien utgjør dermed et såkalt *umedgjørlig* problem (wicked problem):⁶ Det lar seg vanskelig avgrense og viruset er nytt og har nye virkninger som det finnes lite kunnskap om. Det betyr et høyt innslag av usikkerhet, stor kompleksitet og et stort koordineringsbehov.

Beredskapsarbeidet i Norge er organisert etter fire prinsipper (St. meld. Nr. 29 (2011-2012):

- *Ansvarsprinsippet*, innebærer at den del av kommunen som har et myndighets-/driftsansvar, også har ansvar for beredskap og krisehåndtering på sitt område. I det ligger både et ansvar for å opprettholde driften og ivareta behovet for beredskap og krisehåndtering.
- *Likhetsprinsippet*, innebærer at organiseringen av krisehåndteringen skal være mest mulig lik driftsorganiseringen, altså den daglige organiseringen. Dette prinsippet utdyper ansvarsprinsippet ved å understreke at ansvarsforholdene ikke skal endres under kriser.
- *Nærhetsprinsippet*, betyr at kriser skal håndteres på lavest mulig effektive beslutningsnivå. Den som har størst nærhet til krisen har best kompetanse til å håndtere den.
- *Samvirkeprinsippet*, innebærer et ansvar om å koordinere mellom relevante aktører internt i kommunen og med andre kommuner og regionale myndigheter.

En langvarig og dynamisk krise som håndteringen av koronapandemien kan gjøre det krevende å ivareta alle disse prinsippene på en likeverdig måte.

1.2.3 ETTERKRISEFASE OG LÆRING

Kriselæring dreier seg om både læring under krisen og etter krisen.

Tilpasninger i planer og organisering underveis i krisehåndteringen vil være en form for erfaringsbasert læring som sikrer mer effektiv håndtering av krisen. Læringspunktet vil da være å dokumentere det som har virket godt i denne krisen og som kan virke godt i neste krise også.

⁶ Jf. Rittel, H. W. J. and Webber, M. M. (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* 1973:4, pp. 155-169.

Læringspunkter i etterkant av krisen handler om hvordan tiltak, planer, organisering og utstyr faktisk har fungert. Målet er å peke på utfordrende sider ved krisehåndteringen og identifisere aktuelle lærings- og forbedringsforslag med tanke på å stå bedre rustet til neste krise dukker opp.

Et stykke på vei går det dermed an å forberede seg bedre på neste krise, slik at kvaliteten og effektiviteten i krisehåndteringen blir enda bedre. Det forutsetter innarbeiding av relevante justeringer i planverk og organisasjonsplaner og i opplærings-/øvelsesplaner.

Samtidig viser erfaringen med koronapandemien og tidligere pandemier, at uansett forberedelser i førfasen, vil det ofte være et betydelig innslag av usikkerhet og overraskelse når krisen melder seg. Som vi har vært inne på tidligere i dette delkapitlet, stiller det uventede krav til spontan og situasjonstilpasset *dag-for-dag* håndtering av krisen. Planleggingen og problemløsningen skjer i stor grad fortløpende og blir mest mulig tilpasset den aktuelle situasjonen.

1.3 HVORDAN VURDERE KRISEHÅNDBTERINGEN?

Når vi skal vurdere kommunens håndtering av koronapandemien, er det behov for et vurderingsgrunnlag som kilde til revisjonskriterier. Vi er opptatt av hva slags forberedelser kommunen gjorde i forkant av pandemien og hvordan håndteringen er organisert og styrt.

Det betyr at lokale beredskaps- og helseplaner, planer for organisering og styring av kriser, er viktige grunnlag for å vurdere den faktiske håndteringen av krisen. Vi har imidlertid påpekt at krisehåndteringen i stor grad er situasjonsbasert, i den forstand at den løpende håndteringen må forstås i lys av behovet for gode situasjonsanalyser og situasjonsbasert ledelse. Vi kan altså ikke alene vurdere håndteringen av koronapandemien utfra det som var planlagt på forhånd. Vi må også ta hensyn til faktorer som understøtter en fleksibel og tilpassende krisehåndtering.

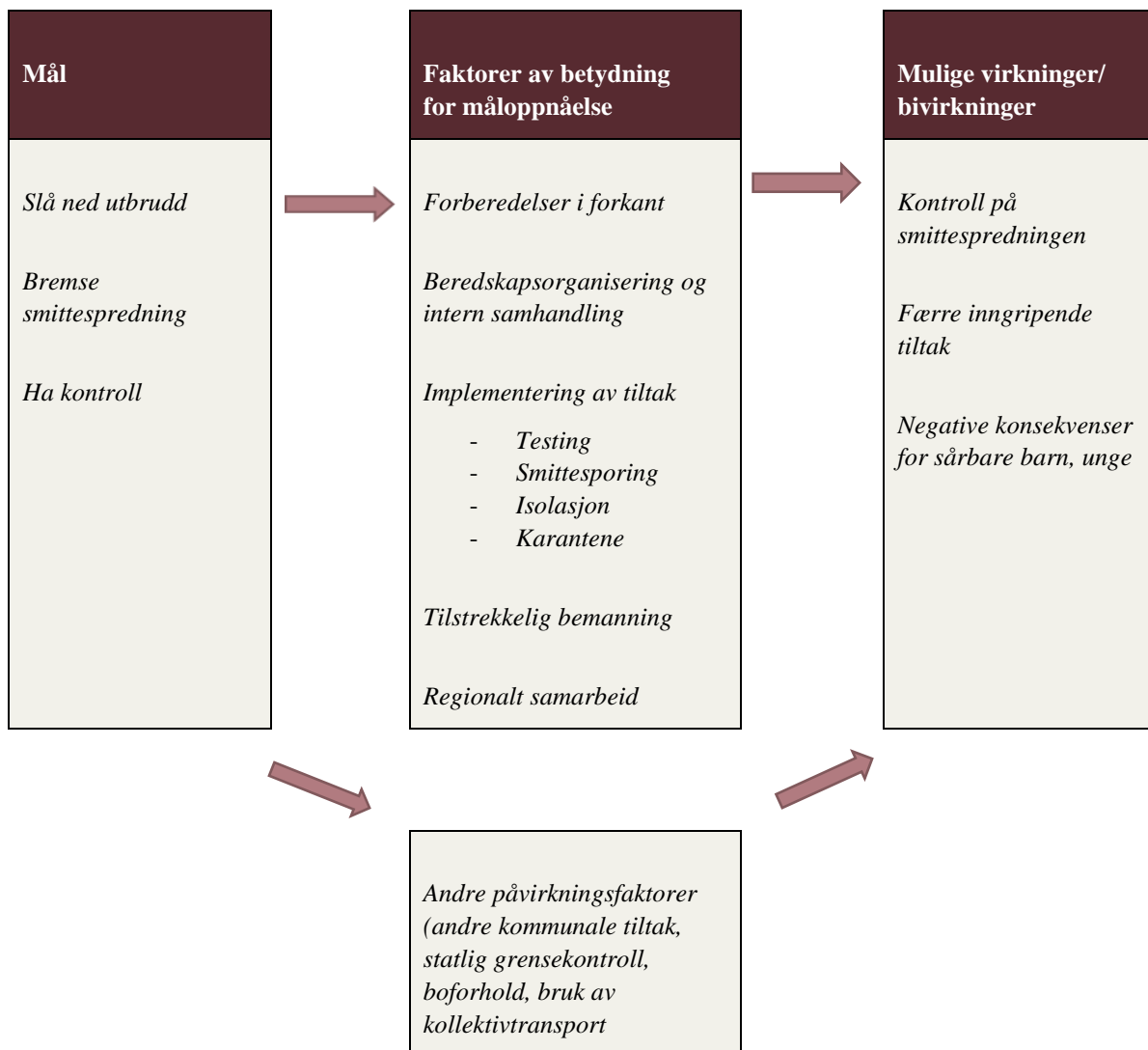
Vi er primært opptatt av læringspunkter som kan være nyttige for kommunen. Mye av det som har skjedd i kommunen, har skjedd fordi staten har sagt hva kommunen skal eller bør gjøre. Den ytre rammen for kommunens krisehåndtering er dermed at kommunen er del av en statlig innsats. En implementerende rolle betyr imidlertid ikke at kommunens ansvar for å håndtere smitteutbruddet etter smittevernloven endres. Det er den som gjelder, men staten har gått inn med reguleringer gjennom Covid-19-forskriften og kommet med en rekke anbefalinger. Dette er også en del av vurderingsgrunnlaget, der aktuelle revisjonskriterier avgrenses av problemstillingene.

I sum betyr dette at vurderingsgrunnlag bestående av statlig lovverk og regulering, lokale planer og vedtak, og faktorer identifisert i faglitteraturen som påvirker krisehåndteringen. Vi utdyper revisjonskriteriene underveis i hvert delkapittel.

1.4 AVGRENSNING, KRITERIER OG METODE

Vi har avgrenset prosjektet til å dreie seg om det som befinner seg innenfor den midterste figuren. De såkalte TISK-tiltakene (Testing, isolering, smittesporing og karantene) har vært sentrale i den nasjonale strategien for å slå ned smitten. Vi har valgt å avgrense oss bort fra vaksineringen

Figur 2: Forholdet mellom mål, tiltak/påvirkningsfaktorer og virkninger av krisehåndteringen



I prosjektet presenterer vi også virkninger i form av smitteutvikling og andel av befolkningen med påvist smitte, og bivirkninger i form av de konsekvensene smitteverntiltakene har hatt for sårbare barn og unge.

Revisjonskriteriene er krav eller forventninger som vi bruker for å vurdere funnene, og de er ofte utledet av lovverk, politiske vedtak og interne føringer. **For å forsøke å begrense en allerede omfattende fremstilling mest mulig har vi valgt å presentere revisjonskriteriene i forkant av hvert kapittel, og ikke i denne innledningsdelen.**

Det som har vært spesielt med dette prosjektet er at «kartet» har endret seg hele tiden, dvs. at det har kommet nye føringer i et veldig høyt tempo, både nasjonale, regionale, kommunale og innenfor den enkelte virksomhet. Eksempelvis endret regjeringen koronaforskriften 73 ganger i tidsrommet 30.03.20 og 19.01.21, dvs. i snitt hver 4,3 dag⁷.

Metodekapittelet finnes [i vedlegg](#).

1.5 ORGANISERING AV RAPPORTEN

I kapittel 2 ser vi på smitteutviklingen i kommunen, samt lokale/regionale faktorer som har hatt betydning for smitteutviklingen i regionen.

I kapittel tre og fire ser vi nærmere på hvor godt forberedt kommunen var til å håndtere koronapandemien, både i form av planer, forberedende aktiviteter og smittevernutstyr.

I kapittel fem undersøker vi hvordan kommunens ledelse har organisert og håndtert beredskapsarbeidet i ulike faser av koronautbruddet. Her ser vi også på kommunens samarbeid med andre aktører i forbindelse med krisehåndteringen.

I kapittel seks ser vi nærmere på tiltak innenfor kommunens helsetjeneste. Her retter vi særlig oppmerksomheten på organiseringen, oppbyggingen og bruken av TISK-virkemidlene. I tillegg ser vi på hvordan legetjenesten og utvalgte omsorgsvirksomheter har implementert ulike tiltak, samt hvordan samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder har vært.

I kapittel syv ser vi på Strand kommunes tiltak for å redusere de utilsiktede eller negative konsekvensene av koronatiltakene, dvs. kommunens tiltak mot sårbare barn og unge, samt hvordan implementeringen av tiltakene har fungert i utvalgte virksomheter. Vi ser også på hvordan samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder har vært.

⁷ <https://www.aftenposten.no/norge/i/zg03X5/73-ganger-har-regjeringen-endret-smitteforskriften-vet-vi-hva-som-ege>

2 SMITTEUTVIKLING

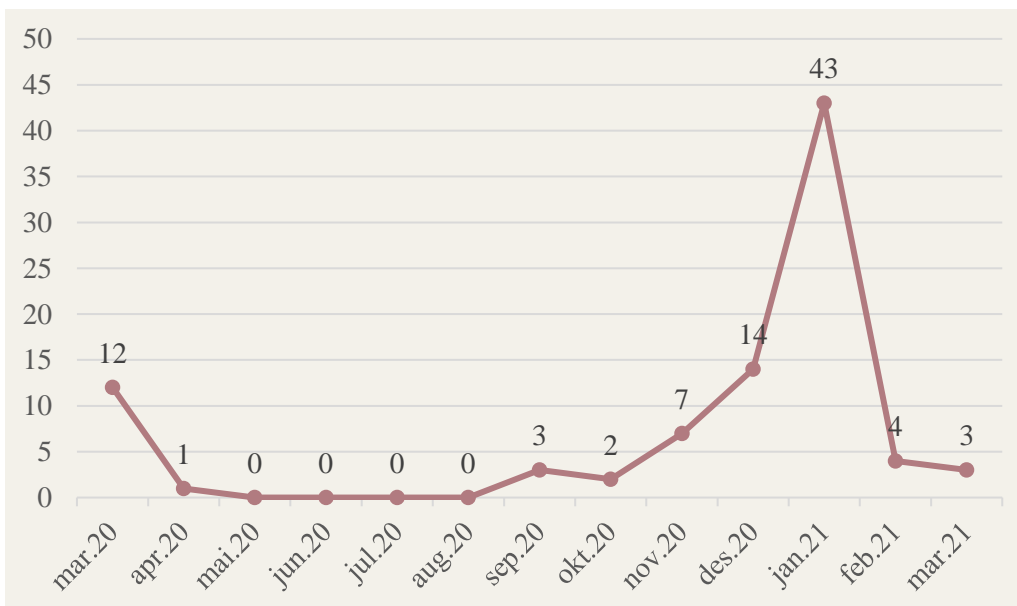
2.1 INNLEDNING

Frem til mai 2020 hadde regjeringen en strategi som gikk ut på å slå ned eller undertrykke smitten innledningsvis gjennom inngrepene tiltak for å reversere smitteveksten. Fra mai og utover var regjeringens strategi å håndtere covid-19-pandemien på en slik måte at man til enhver tid hadde kontroll på smittespredningen, slik at smitten var håndterbar og ikke overskred kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten og kommunehelsetjenesten, herunder TISK-kapasiteten⁸.

2.2 SMITTEUTVIKLING

I denne delen ser vi litt på hvordan smitteutviklingen i Strand har vært fra utbruddet startet frem til 31.mars 2021.

Figur 3: registrert smittede per uke⁹



⁸ Se <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/> og Helsedirektoratets anbefalinger om håndtering av covid-19 per 24. mars (2020). Dette gjelder til og med uke 13, dvs. fire dager i april, med til sammen 34 koronasmittede.

⁹ Kommunens egne tall

Hele Stavanger-området lå dårlig an i mars 2020, sammenlignet med resten av landet. Den 9. mars uttalte FHI at Rogaland hadde flest smittetilfeller per innbygger. Hoveddelen av smitten kom fra alperregionene i Nord-Italia og Østerrike, der mange rogalendinger hadde vært på skiferie.

Smitten i Nord-Italia var sterk på dette tidspunktet, og tidlig i mars rådet FHI kommunene til å teste alle som kom fra Nord-Italia. Smittevernoverlegene i regionen bestemte seg for også å teste reisende fra Østerrike og Sveits. Dette var et smart grep, ettersom det viste seg at det at mange av de smittede kom fra Østerrike.

I tillegg ble det innført strenge besøksrestriksjoner på sykehjemmene i begynnelsen av mars, etter råd fra FHI. Man stoppet også store arrangementer med mer enn 500 deltakere den åttende mars.

Det er vanskelig å si noe helt sikkert om hvilke tiltak som har virket best, og hva som kan forklare at kommunen har klart å slå ned smitten gang på gang. Dette er også noe FHI er inne på i sine analyser. De peker på at det ofte er summen av tiltak som gjør at man får kontroll på smitten. De allerede beskrevne tiltakene, kombinert med den nasjonale nedstengningen og de generelle smittevernåkene (avstand til andre, håndhygiene, hostehygiene og rengjøring og hjemme ved symptomer) har trolig alle bidratt til at man klarte å få kontroll på smitten.

Det pekes også på regionale faktorer har hatt en avgjørende betydning for smitteutviklingen. Det er en sterk HMS-kultur i regionen og de ansatte i oljebransjen ble tidlig pålagt strenge karantenereregler og hjemmekontor lenge før FHI rådet folk til å jobbe hjemmefra.

Et annet moment er at bebyggelsen er mer spredt i vår region enn for eksempel Oslo, og kollektivbruken er langt lavere. Dette spiller også inn. Det er også slik at vår region har vinterferie en uke senere, noe som i 2020 gav helseledelsen i våre kommuner litt tid å forberede seg på hva som kunne komme når folk kom hjem fra vinterferie.

Vi ser at det utover høsten og vinteren kommer en del mindre og et veldig stort smitteutbrudd, men alle gangene klarer kommunen å få kontroll på smitten. I skrivende stund er vi inne i et nytt betydelig smitteutbrudd i mars/april.

Selv om kommunens håndtering av koronapandemien har vært uløselig forbundet med den statlige, og selv om det ikke er alle forhold kommunen rår over (innbyggernes etterlevelse av smittevernrestriksjoner og de generelle smittevernåkene), har det kommunene gjør stor betydning for hvordan smittesituasjonen utvikler seg. Ifølge FHI har testing, isolering, smittesporing og karantene stor smitteverneffekt¹⁰.

¹⁰ Oppdrag 319 – Ulike scenarier for fremtidig utvikling i pandemien (25.01.21)

Forberedelser, smittevernustyr og organisering er andre forhold som påvirker hvordan kommunene håndterer pandemien. Det samme er en rask opp- og nedskalering av personell, både mht. smittesporing, testing og ved mange syke i enkelte virksomheter (for å opprettholde normal drift).

3 FORBEREDELSE

3.1 REVISJONSKRITERER

Sivilbeskyttelsesloven og Forskrift om kommunal beredskapsplikt

Kommunen skal utarbeide en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) hvor kommunen skal kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i lokalsamfunnet, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer, og hvordan disse hendelsene vil kunne påvirke lokalsamfunnet.¹¹

Oppsummert er ROS-analyse en strukturert kartlegging og vurdering av følgende spørsmål:

- Hva kan gå galt hos oss?
- Hva er årsakene til at det kan gå galt?
- Hva vil konsekvensene være dersom det går galt?
- Hva kan vi gjøre med det?

Resultatet fra ROS-analysen skal følges opp med en beredskapsplan for kommunen, med angivelse av tiltak for håndtering av krisesituasjoner i kommunen. Kommunens overordnede beredskapsplan skal samordne og integrere øvrige beredskapsplaner i kommunen.

Oppsummert skal beredskapsplanen gi svar på følgende¹²:

- Hva som skal gjøres
- Hvem skal gjøre det
- Hvordan det skal gjøres
- I hvilken rekkefølge det skal gjøres

¹¹ Jf. Forskrift om kommunal beredskapsplikt. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894>

¹² Kilde: Sivilbeskyttelsesloven § 15.

Lov om helsemessig og sosial beredskap og smittevernloven

Kommunen har plikt til å utarbeide **beredskapsplan for helse- og omsorgstjenestene** de skal sørge for tilbud om, eller er ansvarlige for, jf. lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2.

Smittevernloven § 7-2a pålegger kommunelegen å utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer (smittevernplan/pandemiplan). Alle kommuner har plikt til å ha en egen beredskapsplan mot pandemisk influensa, som omfatter plan for massevaksinering, samt beredskap for å drifte kritiske funksjoner når mange er syke (**kontinuitetsplaner**).

Lov om helsemessig og sosial beredskap pålegger kommunene å ha planer som sikrer befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester i krig og krisesituasjoner. I henhold til §1-1 annet ledd skal virksomheten loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig legge om og utvide driften under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid på basis av den daglige tjeneste, oppdatert planverk og regelmessige øvelser.

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen hadde oppdaterte ROS-analyser, beredskaps- og helseplaner slik at kommunen var forberedt på pandemien i tråd med de krav som stilles i lover og forskrifter.
- Kommunale virksomheter som leverer kritiske tjenester til befolkningen, skal ha oppdaterte kontinuitetsplaner.

Som en del av vurderingen vil vi også se på hvor godt egnet planverket har vært til å håndtere den situasjonen som har oppstått, samt regionale og kommunale forberedelser forut for nedstengingen av landet.

3.2 FORBEREDELSENE VINTEREN 2020

Er kommunen godt forberedt før en krise oppstår, vil det ha betydning for selve håndteringen av krisen når den oppstår. Gode forberedelser kan omfatte utarbeidelse av relevant og oppdatert planverk, øvelser og eksempelvis oppbygging av beredskapslagre av smittevernutstyr mv.

Et av læringspunktene etter svineinfluenzaen i 2009/2010 er at pandemier er forskjellige med hensyn til utbredelse og alvorlighetsgrad.¹³ Det er derfor ikke mulig å lage en plan som i detalj forutsier hvilke tiltak som skal iverksettes. Tiltakene må skaleres i henhold til hva som er passende respons til enhver tid. I tillegg er usikkerhet og manglende kunnskap om pandemiens art, særlig i begynnelsen av en pandemi, en stor utfordring for en *planstyrt krisehåndtering*.

Muligheten for lokal, planstyrt krisehåndtering er også påvirket av hva staten gjør. Evalueringen av svineinfluenzaen viste at håndteringen varierte mellom kommunene fordi staten valgte å ikke regulere på en detaljert måte. Håndteringen av koronapandemien har vært preget av sterkere statlig regulering der mange av smitteverntiltakene har vært felles for alle kommunene. Dermed blir det også mindre handlingsrom for kommunene til å følge egne planer.

3.2.1 VARSEL OM KRISE

Før koronapandemien hadde Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap (DSB) vurdert sannsynligheten for et omfattende pandemiutbrudd som høy. DSBs sikkerhets- og sårbarhetsanalyse for 2019 viste at «*Pandemi og legemiddelmangel er scenarioene med høyest risiko*». DSB skriver videre at «Sannsynligheten for en alvorlig pandemi er i analysen angitt til 75 prosent i løpet av 100 år. Konsekvensene av en pandemi som beskrevet i scenarioet, vil bli svært store med om lag 8 000 dødsfall, 35 000–40 000 sykehusinnleggelse, svært store økonomiske tap og sosiale og psykologiske reaksjoner i befolkningen.¹⁴

I november 2019 advarte Verdens helseorganisasjon (WHO) om at "*The world is at acute risk for devastating regional or global disease epidemics or pandemics that not only cause loss of life but upend economies and create social chaos*". Organisasjonen påpekte at senere års utvikling tyder på flere, farligere og vanskeligere utbrudd.

Tidlig i januar var det fortsatt usikkert om Kina ville evne å begrense spredningen av viruset ut av landet, og det var stor usikkerhet knyttet til virusets alvorlighet, smittsomhet og spredningspotensial. 20. januar fastslo kinesiske myndigheter at viruset smitter mellom mennesker. 24. januar informerte statsforvalteren i Rogaland kommunehelsetjenesten i Rogaland om det nye viruset. Regional smitteverngruppe (SUS, kommuneleger, legevaktene) møttes 30.

¹³ Jf. Oppsummering av myndighetenes evaluering av håndtering av svineinfluenzaen i 2009/2010 i Meld. St. 16 (2012–2013) *Beredskap mot pandemisk influensa*. Det ble påpekt av DSB at det er problematisk at kommunene ikke har like smitteverntiltak under en pandemi. Konsekvensen blir at det blir vidt forskjellig praksis fra sted til sted.

¹⁴ Se omtale i rapport fra tankesmien Agenda <https://www.tankesmienagenda.no/post/agenda-notat-laerdommer-fra-koronakrisen/details>

januar. Den 31. januar ble koronaviruset definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, og den nasjonale koordineringen av helsesektorens innsats ble delegert til Helsedirektoratet¹⁵.

Helseforetak og kommuner ble i januar bedt om å oppdatere beredskapsplaner og samarbeidsplaner, og planlegge for økt kapasitet i sykehusene, hos legevakt og fastleger og i kommunale institusjoner. Kommunene ble også bedt om å utarbeide kontinuitetsplaner for å sikre evnen til å oppfylle sine roller og oppgaver, selv i en situasjon med stort fravær av arbeidskraft og andre innsatsfaktorer.

Statsforvalteren fikk den 31.01.2020 i oppdrag fra Helsedirektoratet å samle inn og vurdere kommunenes smittevern- og pandemiplaner. Tidlig mars¹⁶ fikk kommunene en samlet tilbakemelding på felles forbedringspunkter relatert til dette planverket, og ble bedt om å se på disse punktene i sine egne planer. I dette inngikk blant annet en beskrivelse av lokale forhold, herunder risikoforhold som er spesielle for kommunen, samordning med andre kommuner, samt opprettholdelse av kommunale tjenester og samfunnskritiske funksjoner ved høyt sykefravær. Det påpekes at det bør være klart hvem som er ansvarlig for at det er lagt planer for å opprettholde drift og ivareta kritiske funksjoner, hvem som har ansvar for å tilse at dette er gjort, og i hvilken fase av et utbrudd dette skal skje.

3.3 OVERORDNET PLANVERK

God beredskapsplanlegging skal sikre færre tilfeldige avgjørelser i en krise. Planer skal være styringsverktøy og gi grunnlag for raske beslutninger og riktig respons. I dette delkapitlet foretar vi en kort gjennomgang av aktuelle beredskapsplaner og helseplaner som forelå vinteren 2020. I hvilken grad ga de svar på de utfordringer som fulgte med koronaen?

Oversikt over planverk av betydning for beredskapen i kriser

Styringsnivå	Beredskapsplaner	Helseberedskapsplaner mv.
Nasjonalt	<ul style="list-style-type: none">- Nasjonal helseberedskapsplan (2018)- Årlig nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport	<ul style="list-style-type: none">- Nasjonal beredskapsplan covid-19 (10.06.2020)- Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer (2019)- Nasjonal plan mot pandemisk influensa (2014)- Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien (07.05.2020)

¹⁵ 21. januar ble det første tilfellet meldt fra USA. I løpet av ukene som fulgte opplevde en rekke land utbrudd der smitten begynte å spre seg lokalt. Land som hadde tidlige, alvorlige utbrudd omfattet Italia, Iran og Sør-Korea. I Europa kom det første omfattende utbruddet i Nord-Italia i andre halvdel av februar 2020.

¹⁶ Brev «Tilbakemelding på smittevernplaner» til kommunene fra Statsforvalteren, 03.03.20

		- Nasjonal handlingsplan- smittevern (2019-2023)
Regionalt	- Regional helseberedskapsplan, Helse Vest 2019-2021	- Samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden – delavtale 11 mellom SUS og Strand kommune - Fagråd 11 (regional smitteverngruppe). Deltakere fra kommunene, Statsforvalter og SUS
Kommunalt	- Helhetlig ROS-analyse (2019) - Beredskapsplan, 2020-2023 - Plan for sivilt beredskap, 2020-2023 - Virksomhetsnivå: beredskapsplaner, ROS-analyser og kontinuitetsplaner	- Pandemivernplan, oppdatert mars 2020 - Smittevernplan, oppdatert februar 2020 - Plan for helsemessig- og sosial beredskap (2015-2020)

På beredskapsområdet og på helse- og velferdsområdet finnes en rekke ulike planer på både nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Disse planene er mer eller mindre harmonisert og inngår i større eller mindre grad i planhierarkier mellom stat, regionale myndigheter og kommunene.

Tabellen nedenfor viser Strand kommunes planer i tillegg til nasjonale og regionale planer.

3.3.1 BAKTEPPE – STATSFORVALTERENS TILSYN

Statsforvalteren utførte høsten 2018 et tilsyn med samfunnssikkerhet og beredskap i Strand kommune. Det ble avdekket fem avvik, og Statsforvalteren konkluderte med at kommunens forsøk på å lukke avvikene etter forrige tilsyn (i 2014) ikke var bra nok:

«Kommunen er nødt til å avsette mer ressurser til arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap for å klare å bygge opp og vedlike et forsvarlig arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap som oppfyller kravene i sivilbeskyttelsesloven og forskrift om kommunal beredskapsplikt. Dette har ikke vært situasjonen de siste fire årene.»¹⁷

Statsforvalteren mente det var viktig å utarbeide en ny helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse som kunne danne grunnlag for mål, strategier og prioriteringer for det videre arbeidet, i tillegg til å revidere beredskapsplanen.

¹⁷ Kilde: Rapport fra Statsforvalterens tilsyn i 2018. Endelig rapport kan leses i sin helhet her: <https://www.statsforvalteren.no/nb/Rogaland/Arkiv---Tilsynskalender/Tilsyn-med-samfunnssikkerhet-og-beredskap-i-Strand-kommune-20-og-27-september-2018/>

I brev fra Strand kommune til statsforvalteren 04.03.2020 legges det fram hvordan avvikene har blitt fulgt opp. Samtidig erkjennes det at kommunen har avsatt for lite ressurser til arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap, og at dette har bidratt til at kommunen har fått flere av de samme avvikene etter begge tilsynene. Det ble derfor i budsjett for 2020 tilført 30 prosent stilling til leder for HMS/kvalitet, som på dette tidspunktet var på 70 prosent. Etter planen skulle vedkommende fungere som beredskapskoordinator fra midten av 2020. Per 11.03.2021 har ny beredskapskoordinator enda ikke kommet helt inn i funksjon, og det er fremdeles politisk sekretariat som har denne stillingen. Vi får opplyst at det blir praktisert en glidende overgang¹⁸.

I juni 2020 får Strand tilbakemelding fra statsforvalteren¹⁹ angående noen punkter som fortsatt ikke var iht. forskrift. Kommentarene peker på mangler i blant annet varslingslisten for eksterne aktører, mangler i ressursoversikten, og manglende konkretisering av hvordan kommunen planlegger etablering av evakuerte- og pårørendesenter (EPS).

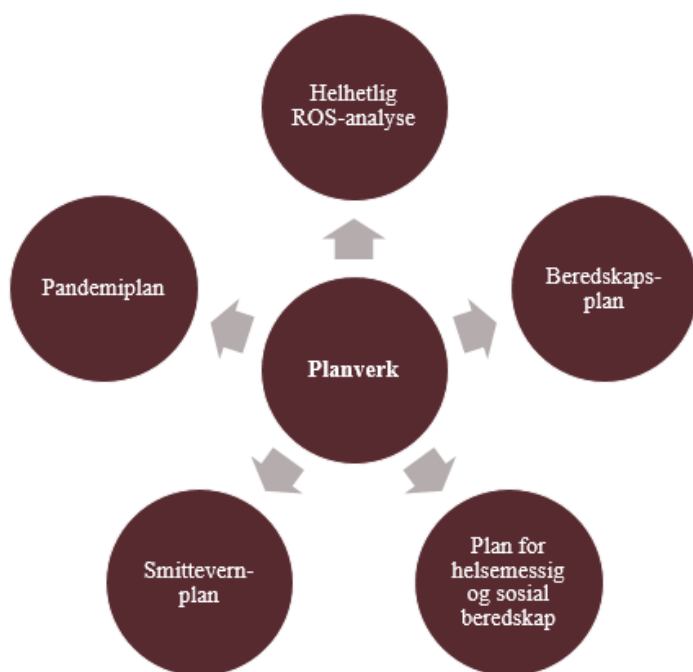
Av brev pr. 15.09.2020 rapporterte Strand kommune på status for oppfølgingen av disse punktene. Det fremkommer at kommunen har oppdatert beredskapsplanen til å inkludere manglende kontaktinformasjon til relevante eksterne aktører. Når det gjelder mangler i ressursoversikten, svarer Strand at kontaktinformasjon til interne ressurser er oppdatert, og at beredskapsplanen vil bli oppdatert med samarbeidsavtaler og oversikt over eksterne ressurser når dette er på plass. Foreløpig har ikke planen definert hvilke konkrete ressurser eksterne samarbeidspartnere kan bidra med, da Strand først ønsker å gjennomføre samarbeidsmøter med aktuelle aktører, slik at ressursoversikten bygger på en felles forståelse med de aktuelle partene. Når det gjelder evakuerte- og pårørendesenter (EPS), ser kommunen behov for et samarbeid med flere kommuner, spesielt ved større hendelser, og at en samarbeidsavtale med kommunene på Nord-Jæren om EPS er satt som et prioritert tiltak. På grunn av koronapandemien har de to forestående punktene ikke blitt prioritert.

3.3.2 KOMMUNENS PLANVERK

I figuren under viser vi en oversikt over planverket i Strand kommune, dvs. både overordnet beredskapsplanverk og helseberedskapsplanene. Vi går gjennom disse i avsnittene under.

¹⁸ Oppfølgingssamtale med tidligere beredskapskoordinator 23.02.2021

¹⁹ Brev sendt fra Statsforvalteren til Strand kommune 02.06.2020



3.3.3 HELHETLIG ROS-ANALYSE

Kommunen skal utarbeide en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) hvor kommunen skal kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i lokalsamfunnet, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer, og hvordan disse hendelsene vil kunne påvirke lokalsamfunnet. Kommunene må i den sammenheng ta hensyn til pandemi. Evalueringene av svineinfluensaen viser at det er enighet om behovet for å gjennomføre risikovurderinger knyttet til både starten av og den videre utviklingen av en pandemi, og at dette er særlig viktig i innledningen av den. Slike vurderinger er særlig viktig for å kunne gi et grunnlag for å dimensjonere innsatsen i de ulike delene av helsetjenesten.

Strand kommune, med bistand fra Proactima, ferdigstilte i 2019 en ny utgave av helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse. Her blir pandemi identifisert som en av de uønskede hendelsene som har «middels» sannsynlighet²⁰, men potensielt svært store konsekvenser for liv og helse²¹ og samfunnsstabilitet. Det skisseres også konsekvenser og tiltak, som vi vil sammenfatte i tabellen under:

²⁰ I risikovurderingen definert som 1-2% sannsynlighet per år (én gang i løpet av 50 til 100 år).

²¹ I risikovurderingen definert som flere enn 5 dødsfall og flere enn 30 skadde/syke.

Tabell 1: Konsekvenser og tiltak, pandemi

Konsekvenser	Eksisterende tiltak	Framtidige tiltak
Frafall av nøkkelpersonell og helsepersonell vil i stor grad kunne ramme kommunens evne til å yte tjenester og til å ivareta et ordinært tjenestetilbud. Dersom beredskapsledelsen også rammes av frafall, kan det være en utfordring å håndtere hendelsen.	Vil måtte klare oss selv. Kan ikke forvente hjelp fra andre kommuner. Vi har en svært godt vaksinert befolkning. Dett er med på å forebygge konsekvensen av enkelte typer utbrudd.	Informasjon og vaksinerings. Kan informere innbyggere om hvordan de kan unngå å bli smittet. Vanskelig å gjennomføre andre tiltak i forkant. Helsepersonell bør være vaksinert. Vaksineholdning i forbindelse med ansettelser av helsepersonell, skole og barnehage.

Proactima anbefalte kommunen å i det videre arbeidet utarbeide en plan for oppfølging som beskriver mål, strategier og prioriteringer, samt konkrete tiltak for oppfølging. Dette for å sikre et systematisk og helhetlig samfunnsikkerhets- og beredskapsarbeid. Kommunen fulgte opp dette gjennom plan for sivilt beredskap.

Plan for sivilt beredskap

Plan for sivilt beredskap fungerer som kommunens plan for oppfølging av ROS-analysen, og pandemi er inkludert som en av hendelsene som er av særlig prioritet. Tabellen under illustrerer oppfølgingsplanen for hendelsen pandemi:

Tabell 2: Oppfølgingsplan pandemi

Konkrete tiltak	Mål, eierskap og frist
Årlig influensavaksinering av helsepersonell i tråd med dagens rutine. Utarbeide strategi for vaksinering av øvrige ansatte.	Redusere risiko for at kommunen ikke kan levere nødvendige tjenester og forebygge smitte. Kommunalsjef personal og organisasjon innen 4.kvartal 2020
Oppdatere smittevernplan og pandemiplan.	Forebygge unødvendig smitte og redusere konsekvensene av pandemi/epidemi. Kommunalsjef levekår innen 1.halvår 2020

3.3.4 BEREDSKAPSPLAN

Kommunen skal være forberedt på å håndtere uønskede hendelser, og skal med utgangspunkt i ROS-analysen utarbeide en overordnet beredskapsplan. Resultatet fra ROS-analysen skal følges opp med en beredskapsplan for kommunen, med angivelse av tiltak for håndtering av krisesituasjoner i kommunen. Beredskapsplanen skal være en operativ plan for kommunens håndtering av kriser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde: plan for kommunens kriseledelse, ressursoversikt, varslingslister, evakueringsplaner og plan for informasjon til befolkningen og media.

Strand kommunes nåværende beredskapsplan er fra februar 2020²² – altså fra like før nedstengingen. Dette var et resultat av arbeidet som ble lagt ned innen kommunens beredskaps- og sikkerhetsarbeid i kjølvannet av Statsforvalterens tilsyn i 2018. Beredskapsplanen identifiserer følgende målsetninger for Strand kommunes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap:

- Strand kommune skal arbeide for å redusere sannsynligheten for at uønskede hendelser kan oppstå, samt konsekvensene av slike hendelser
- Strand kommune skal være i stand til å håndtere uønskede hendelser og i størst mulig grad redusere konsekvensene av disse
- Strand kommune skal sikre et tjenestetilbud som fungerer best mulig i en krisesituasjon

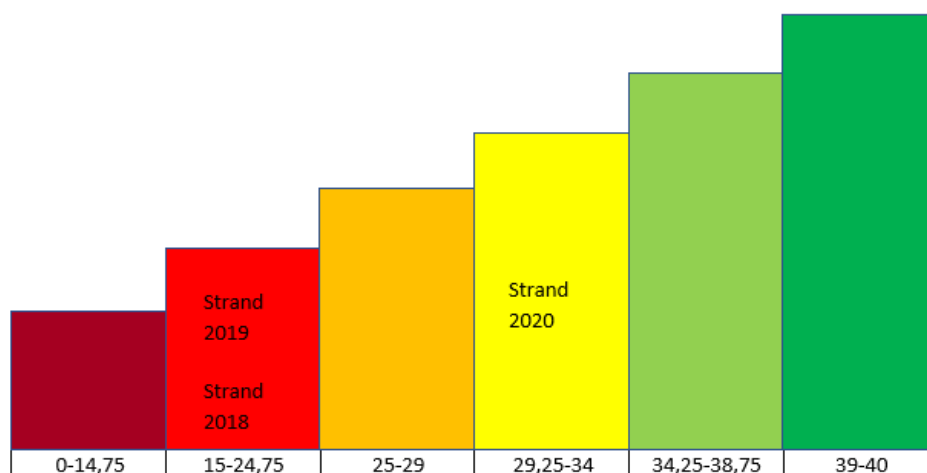
Kommuneundersøkelsen

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sender hvert år ut en spørreundersøkelse om kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap²³. Hovedformålet med undersøkelsen er å sjekke status for kommunenes arbeid med kravene i forskrift om kommunal beredskapsplikt. Statsforvalteren i Rogaland vurderer denne egenrapporteringen opp mot egne tilsyn og rangerer kommunene i «kommunetrappa».

²² Planen ble vedtatt i kommunestyret 19.02.2020.

²³ Resultater fra undersøkelsen 2020 framgår her: <https://www.statsforvalteren.no/nn/Rogaland/Samfunnstryggleik-og-beredskap/Kommunal-beredskap/kommunetrappa-for-samfunnstryggleik-og-beredskap-2020/>

Figur 4: kommunetrappa²⁴



I 2020 oppnådde Strand 30 av 40 mulige poeng, noe som var en oppgang på 9,75 poeng fra 2019. Det bør legges til grunn at på tidspunktet for undersøkelsen var den nye beredskapsplanen under ferdigstillelse. Strand får trekk for:

- å ikke ha utarbeidet en plan for oppfølging av samfunnssikkerhet- og beredskapsarbeidet,
- manglende evakueringsplan iht. forskrift
- noe trekk for at beredskapsplanen kun delvis var utarbeidet med utgangspunkt i den helhetlige ROS-analysen
- kommunen får ikke full uttelling for bruk av krisehåndteringsverktøyet CIM

Statsforvalteren påpeker at mens fire av fem avvik har blitt rapportert lukket i 2020, registreres det fortsatt noen mangler i beredskapsplanen som gir minuspoeng.

3.3.5 PLAN FOR HELSEMESSIG- OG SOSIAL BEREDSKAP

Plan for helsemessig- og sosial beredskap i Strand ble sist revidert i 2015, og var planlagt revidert første halvdel i 2020²⁵. Planen skal være beredskapsplan for helse- og sosialtjenestene, og beskriver hvordan ansvaret for operativ håndtering i krisesituasjoner er fordelt. Fra planen følger

²⁴ Forklaring på nivåene: Mørkegrønn = meget høyt nivå, Lysegrønn = høyt nivå, Gul = middels høyt nivå, Oransje = middels lavt nivå, Rødt = lavt nivå, Mørkerødt = meget lavt nivå

²⁵ Pga. pandemien har dette blitt utsatt

det at alle hendelser og kriser skal håndteres i henhold til nærhetsprinsippet på lavest mulig operative nivå.

3.3.6 SMITTEVERNPLAN

Den kommunale smittevernplanen skal omfatte de tiltak og tjenester kommunen har for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført, både i det daglige rutinearbeid og i beredskapssituasjoner.

I forbindelse med Statsforvalterens oppdrag om å samle inn kommunenes smittevern- og pandemiplaner, ble smittevernplanen for Strand kommune oppdatert februar 2020. Den forrige versjonen var fra 2018. Ifølge planen skal den revideres rutinemessig hvert annet år, og umiddelbart når aktuelle hendelser oppstår.

I Stavanger er pandemisk influensa trukket fram blant ni andre smittsomme sykdommer, som en del av risikobildet. I Sandnes og Gjesdal er ikke pandemi trukket fram som en del av risikobildet, men det er infeksjoner ved dråpesmitte. Det er i tillegg utarbeidet aksjonsplaner for spesielle situasjoner, herunder infeksjoner ved dråpesmitte.

I Strand er ikke pandemisk influensa trukket fram som en del av risikobildet. Planen inkluderer imidlertid et delkapittel om «beredskapstilstanden», og løfter fram en «riksomfattende influensaepidemi» som et eksempel på en uønsket hendelse som kan utgjøre en nasjonal krise i fredstid som kan ha store konsekvenser for samfunnet. Spesifikke tiltak og risikovurdering utover dette er imidlertid ikke nærmere omtalt.

I etterkant har smittevernplanen blitt oppdatert med noen få endringer to ganger; i hhv. juni og oktober 2020. Det er blant annet lagt til at alle virksomhetene i kommunen har en plikt til å foreta en ROS-analyse når det gjelder brukergrupper, egne ansatte og planlegge fortsatt drift (kontinuitetsplanlegging).

3.3.7 PANDEMIPLAN

I forbindelse med Statsforvalterens oppdrag om å samle inn kommunenes smittevern- og pandemiplaner, ble også Strand kommunes pandemiplan oppdatert mars 2020. Pandemiplanen hadde før dette ikke blitt oppdatert siden 2009²⁶. Ifølge planen skal denne oppdateres minst en gang i året, og ellers ved behov.

²⁶ I forbindelse med svineinfluensa.

Planen sier følgende om pandemi:

«Ved en pandemisk tilstand forstås en tilstand i Norge (Skandinavia, Europa, verden) hvor en ny og annerledes influensa raser. Karakteristisk vil være høy virulens av virus (stor/lett smitte mellom mennesker), lav forekomst av naturlig immunitet i befolkning, høy sykkelighet av infiserte og evt. høy dødelighet av syke. (...) Helt aktuelle begivenheter med influensa hos fugler illustrerer viktigheten av å ha gjennomtenkt ”verste mulige tilstand”, og hvordan man vil håndtere den.»

Planen skisserer at med det mest sannsynlige scenariet forventer man at 30 prosent av befolkningen blir smittet i løpet av et halvt år, og at 15 prosent blir syke og sengeliggende. Da vil ca. 4-5 prosent av befolkningen være syke og sengeliggende samtidig, noe som tilsvarer ca. 600. Det blir påpekt at i et verste scenario kan det bety opp mot 1000 syke samtidig.

Pandemiplan inneholder videre lovgrunnlag, ansvarsforhold, organisering når pandemi varsles, og oppgaver under pandemiens forskjellige faser, herunder pandemisk fase. Noen eksempler:

- *Kriseledelsen kan be rådmannen sette ned en pandemigruppe for å lede det operative arbeidet*
- Under en pandemisituasjon vil det være behov for økt bemanning. Det skisseres ulike tiltak, f.eks overtid, økning i stillingsprosent og utsatt ferie. «Ifm dette, må den enkelte enhet lage liste over de som det kan ringes til. Personalkontoret i kommunen kan også i løpet av kort tid skaffe tilveie lister over helsepersonell ansatt i kommunen»
- «Det drøftes med leger og personale på legevakten om gjennomføring av legevakttjenestene ved pandemi. (...) I dette gjelder å avklare muligheten for å etablere ekstraordinær «pandemilegevakt» om det blir nødvendig». Ifølge planen antar man at dette kommer til å være nødvendig i to til maks fire helger, da «det forutsettes at pasientene med mulig influensa A på hverdagene alt overveiende kan håndteres på dagtid, dvs. av fastlegekontorene»
- Under punktet mottak, diagnostisering, behandling og pleie av pasienter står det følgende: «En regner med en epidemi med 2 ‘toppuker’. (...) De fleste syke med bistandsbehov forutsettes pleid i hjemmet av hjemmeværende slektninger». Det skisseres et scenario med flere pasienter på sykehjem, og dermed et behov for flere sykehjemssenger. Det blir presentert mulige løsninger for økninger i sengeplasser.
- Under punktet legemidler og nødvendig utstyr inngår antiviralia og vaksine. «Plan for massevaksinering lages etter hvert når vi vet at produsenten har begynt å produsere vaksinen. Det tar minst 3-4 mnd før vaksinen evt. begynner å bli sendt ut»

I planen står det altså lite om testing, isolering, smittesporing og karantene. Det samme er tilfellet i Helsedirektoratets veileder for pandemiplanlegging. Her står det ingenting om testing, karantene eller smittesporing.

I likhet med smittevernplanen har også pandemiplanen blitt oppdatert i løpet av perioden. I versjonen fra juni 2020 er det spesifisert at «Prepandemisk fase bør brukes for å forberede seg til pandemi». Av planen skal følgende oppgaver gjennomføres i denne fasen:

- Oppdatere smittevernplan
- Oppdatere pandemiplan
- Oppdatere ROS-analyse
- Kontinuitetsplanlegging
- Kompetansebygging om smittevern
- Skaffe oversikt over lagerbeholdning smittevernutstyr
- Skaffe oversikt over tilgjengelig ekstrapersonale
- Vurdere alternative lokasjoner til omsorg og legevakt
- Planlegge smittesporing mm.

3.4 FORBEREDENDE AKTIVITETER LOKALT

24.januar 2020 fikk Strand kommune en henvendelse fra Statsforvalteren om kontaktinformasjon til smittevernoverlege i kommunen, og ba om å få oversendt en distribusjonsliste for mottak av informasjon i forbindelse med utviklingen av koronaviruset. Gjennom hele februar 2020 fikk kommunen jevnlig informasjon om koronautviklingen i andre land, og kommunen fikk i oppgave å påse at kommunens smittevern- og pandemiplaner var oppdatert. Det var også møter mellom Strand, SUS og nabokommuner i januar/februar gjennom samordningsgruppen under det regionale smittevernutvalget²⁷. Det ble utført en rekke forberedende aktiviteter innen kommunes helse- og omsorgstjeneste fra midten av februar (se kapittel 6).

07.februar ble det avholdt et møte i samordningsgruppen under det regionale smittevernutvalget, hvor det blir presisert at kommunene må ha et opplegg for å teste og håndtere pasienter og pårørende også i kommunal setting²⁸.

I slutten av februar opplever kommunen en stresstest i form av mistanke om tre smittetilfeller. Alle kommuneoverlegene, samt de fleste i beredskapsledelsen var på vinterferie/bortreist. Det forelå heller ingen detaljert plan om hvordan kommunen skulle håndtere en slik situasjon, eller hvor det var smittevernutstyr til de som skulle ta prøver²⁹. En av kommunelegene, som for øvrig også var bortreist, mobiliserte seg raskt og lagde en foreløpig rutine på tiltak og handling, hvordan testing skulle foregå, og en avklaring om at utstyr måtte leveres til legesentrene og

²⁷ Utvalget består av representanter i fagråd Delavtale 11, supplert med kommuneoverleger/smittevernoverleger i kommunene, representasjon fra Statsforvalteren, beredskapsledelse i kommunene og beredskapsledelse og smittevern fra SUS.

²⁸ Før dette ble prøvetaking foretatt på SUS, ref. e-post «Angående 2019-nCoV (Koronavirus) retningslinjer for håndtering lokalt», 03.02.2020

²⁹ Ref. e-post «Covid 19 beredskap handling og tiltak nå» og opplysninger i intervju

legevakt. I etterkant ble det konstatert at det ikke hadde vært god nok beredskapsplanlegging, og at en hadde brukt mye tid på å finne ut av diverse³⁰.

02.mars samlet beredskapsledelsen seg til et statusmøte omhandlende korona³¹. Det er oppdaterte rutiner for hvordan legekantorene skal gjennomføre prøvetaking, og det besluttes at informasjon ut til befolkningen vil bli en prioritet i en initierende fase. Det blir fastsatt at «ved første smittede person i Strand kommune, **møtes beredskapsledelsen umiddelbart** for å analysere hvilke konsekvenser og eventuelle tiltak som må settes inn»³².

I løpet av mars har Statsforvalteren tett kontakt med kommunene, og gjennomfører skype-møter. En tidlig føring fra Statsforvalteren til kommunene var å utarbeide **kontinuitetsplaner** for å sikre opprettholdelse av kritiske funksjoner ved høyt personellfravær. Kommunene fikk tilsendt veilederen i kontinuitetsplanlegging fra DSB som de ulike virksomhetene kunne ta utgangspunkt i ved utarbeidelsen av sine egne kontinuitetsplaner³³. Kommunalsjefene hadde ansvar for å sende veilederen videre til de enkelte virksomhetslederne.

I intervju med medlemmer i beredskapsledelsen er det bred enighet om at utarbeidelse av kontinuitetsplan var en tydelig føring fra Statsforvalteren. Gjennomgangen viser likevel at oppdraget med å utarbeide kontinuitetsplan både er løst og gjort i varierende grad. Vi gjengir noen eksempler nedenfor:

Innen kommunalområde omsorg ble føringen løst ved at kommunalsjef og virksomhetslederne satt seg ned 12.mars og laget en felles kontinuitetsplan for alle virksomhetene³⁴. Innen kommunalområde opplæring var det kun PPT som utarbeidet kontinuitetsplan, dvs. ingen av skolene eller barnehagene utarbeidet en slik plan. Vi får oppgitt flere årsaker til dette: for det første ble veilederen oppfattet som veldig teoretisk. På det tidspunktet – vinteren/våren 2020 – var det lavt kunnskapsnivå om viruset, og man klarte ikke se for seg ulike scenarioer. Etter hvert, når trafikklysmodellen kom, rektorene hadde hatt øvelse, og når noen av virksomhetene selv opplevde smitte, ble det mer konkretisert hva kontinuitetsplanlegging innebar³⁵. For det andre var

³⁰ Logg helseleder 27.02.2020

³¹ Samlerapport for krisestab i Strand kommune 24.02-31.03.2020

³² Referat fra statusmøte beredskapsledelsen 02.03.2020

³³ Veilederen ble sendt 06.03.2020, i etterkant av et møte mellom Statsforvalteren og kommunene hvor det ble orientert om kontinuitetsplanlegging.

³⁴ Se «Plan for fortsatt drift omsorg». Laget 12.03.2020, har ikke blitt oppdatert siden.

³⁵ Opplyst i oppfølgingsintervju med kommunalsjef 03.02.2021

det fokus på at nedstengingen, og både opptrappingen og kjølvannet av denne, var en hektisk periode, og man ville derfor ikke pålegge lederne å rapportere mer enn nødvendig³⁶.

Fra kommunalsjef for levekår får vi opplyst at alle tilhørende virksomheter utarbeidet kontinuitetsplan med frist 16.03.2020³⁷. Eksempelvis utarbeidet barnevernstjenesten kontinuitetsplan like etter nedstengingen. I tråd med smitteutviklingen har den også blitt oppdatert flere ganger: «*Nå vet vi hva vi må tenke på og å ha en plan A, B og C på*».

Et tiltak som tidlig ble besluttet av beredskapsledelsen, var at *alle* virksomhetene (og enkelte kommunalområder) i kommunen skulle skrive logg. Virksomhetene/kommunalområdene førte logg først daglig, så ukentlig. Loggen tok form som tabellen under:

Tid (dato og klokkeslett)	Aktivitet (hva er gjort)	Utført av	Ansvar/oppfølging
---------------------------	--------------------------	-----------	-------------------

10.mars sendte Strand kommune inn en situasjonsrapport til Statsforvalteren, hvor de blant annet måtte rapportere på status innenfor kontinuitetsplanlegging. Kommunen rapporterte at de var i gang med å utrede robusthet for leverandører av mat og medisiner, og innenfor vaskeritjenester, og det var opprettet kontakt med frivillige lag og organisasjoner for å forberede hvilken hjelp kommunen vil ha behov for.

11.mars avholdes et nytt statusmøte i beredskapsledelsen hvor følgende ble besluttet:

- Stenger egne bygg til offentlige arrangementer
- Kommunen avlyser alle sine arrangementer (over 100 personer)
- Avlyser sosiale aktiviteter på Jonsokberget og Tautunet
- Henstiller lag og organisasjoner til å avlyse eller flytte arrangement med større ansamlinger frem i tid
- Informere ut til ansatte en presisering om fravær

3.5 PLANENES BETYDNING FOR KRISEHÅNDTERINGEN

Gjennomgangen tyder på at det overordnede planverket har hatt relativt lite å si for våre utvalgte kommuners krisehåndtering. Det ser ut til å være flere grunner til dette. For det første har det vært en stram statlig styring av koronahåndteringen, med stadige endringer som følge av

³⁶ Opplyst i intervju 14.08.2020

³⁷ Vi har fått tilsendt kontinuitetsplanene til fysio- og ergoterapeuttenesten, psykiatritjenesten og legetjenesten. Ingen av disse inkluderer imidlertid en bemanningsplan, slik som veilederen til DSB skisserer.

smittesituasjonen. For det andre har koronapandemien vært en megakrise, den har pågått lenge, og smittetrykket i regionen har variert veldig underveis, noe som har gjort den vanskelig å planlegge for.

I intervjuene blir det framhevet at på grunn av arbeidet gjort i kjølvannet av Statsforvalterens tilsyn, satt ROS-analysen og beredskapsplanen ferskt i minne til beredskapsledelsen: «*Vi hadde beredskapsplanen innabords*». Når det gjelder helseberedskapsplanene, får vi opplyst at disse i liten grad har blitt brukt. Det blir påpekt at selv om det foreligger planer for smittevern og pandemi, var disse basert på et annet scenario (influenza). Planverket passet derfor ikke til det scenarioet koronapandemien utgjorde: «*Det var ikke tvil om at her måtte vi finne veien underveis*». I intervjuene får vi oppgitt eksempler på situasjoner som måtte håndteres, men som det ikke var planer for: skjerming av legekontor, stenging av institusjon, og bemanningsproblematikk.

Starten blir beskrevet som en periode med mye armer og bein, og en sti som ble tråkket opp etter hvert. Flere påpeker at kommunen ikke var særlig forberedt i forhold til hvor omfattende pandemien viste seg å bli. Eksempler vi får oppgitt er f.eks. relatert til utstyr, smittesporing og testing. Dette kommer vi nærmere inn på i kapittel 4 og 6. Et læringspunkt flere påpeker i denne sammenheng er å «*tenke større tidligere*», og planlegge for at det umulige kan skje.

Samtidig blir det framhevet at utarbeidelse av planer er viktig fordi det innebærer at man da har tenkt gjennom scenarioer på forhånd. Et sitat fra barnevernleder illustrerer viktigheten av planleggingen: «*Det trenger ikke smelle før man gjør noe. (...) Tenke det verste, og bruke tid på planleggingen før vi står oppi det vil være helt avgjørende*».

I slutten av mai, etter at barnehager og skoler hadde åpnet, publiserte helsedirektoratet en trafikklysmoell med grønt, gult og rødt nivå³⁸. En slik moell ble senere tatt i bruk også i kommunen for øvrig, og adoptert av virksomheter under andre kommunalområder. Kontinuitets- og scenarioplanleggingen (grønt, gult og rødt nivå) er en mer dynamisk og situasjonstilpasset måte å planlegge på. Flere virksomheter utarbeidet kontinuitetsplaner, og et stykke ut på våren kom de nasjonale føringene for scenarioplanleggingen, og man begynte å operere med trafikklysmoeller. I tillegg var det stadige endringer i smittetrykket og stadig nye føringar, noe som resulterte i endringer av virksomhetens planverk, parallelt som nye planer har blitt utarbeidet.

Scenarioplanleggingen har innebygget ulike smittesituasjoner som utløser ulike tiltak og handlinger. Dette er viktige styringsverktøy for de ulike virksomhetene, samtidig som det påpekes at den interne planleggingsprosessen er viktigere enn selve planen.

³⁸ Modellen er utarbeidet av Folkehelseinstituttet og Utdanningsdirektoratet

Intervjuene tyder på at det er andre forhold enn planverk som har hatt langt større betydning for krisehåndteringen. Det som nevnes, og som vi kommer nærmere inn på senere, er:

- Inkludering av flere personer i beredskapsledelsen for å ivareta flere innfallsvinkler
- God og tydelig organisering og ansvarsdeling
- Strand er en liten organisasjon med kort vei mellom stabene og gode samhandlingsstrukturer
- Tillit til at saker blir håndtert i linjen
- Stå-på-vilje, engasjement og delaktighet

3.6 VURDERING

Med bakgrunn i Statsforvalterens tilsyn i 2018 hadde Strand kommune i forkant av pandemien lagt inn et grundig arbeid i utarbeidelsen av ny ROS og beredskapsplan. Kommunens smittevernplan var fra 2018, mens pandemiplanen var fra 2009. Begge ble oppdatert i hhv. februar og mars 2020 i forbindelse med Statsforvalterens innsamling av nevnte planverk. Plan for helsemessig- og sosial beredskap var fra 2015, og planlagt revidert første halvår i 2020. Denne revideringen er satt på vent på grunn av pandemien.

Pandemiplanen treffer godt på flere punkter i forhold til kommunens faktiske krisehåndtering, blant annet egen pandemilegevakt, eller personalkontorets rolle i å fremskaffe nødvendige personalressurser. Pandemiplanen tar også høyde for at det vil ta minst 3-4 måneder før en vaksine blir distribuert. Selv om det viste seg å ta enda lenger tid, har planen vært noe forutseende på dette punktet. Etter vår vurdering er den manglende konkretiseringen av testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) planens svakeste punkt. Selv om utviklingen av TISK-strategien var en respons på at det ikke forelå en vaksine, og at smittevernet måtte skje med andre virkemidler, er det likevel viktige prinsipper innen generell smittehåndtering. Planen sier imidlertid ingenting om disse virkemidlene, foruten at å «*planlegge smittesporing mm*» er nevnt som en av oppgavene som skal gjennomføres i prepandemisk fase i den oppdaterte versjonen av pandemiplanen fra juni 2020.

Gjennomgangen tyder på at det overordnede planverket hadde relativt lite å si for Strand sin krisehåndtering, i likhet med i våre andre utvalgte kommuner. Dette kan selvsagt ha sammenheng med at planene ikke var gode og konkrete nok i forhold til den konkrete krisen som oppstod, men det kan også ha sammenheng med at det er et urimelig krav at planverket skal være skreddersydd for enhver mulig krise. En god plan innebærer ikke at alt som står der er perfekt, men at planen tar opp i seg de mest sentrale momentene knyttet til organisering, ansvarsdeling, krisehåndteringsprosessen og den praktiske krisehåndteringen. Planleggingen ser ut til å ha hatt større verdi enn planene. Dette var også en viktig lærdom etter terrorangrepet på Utøya, dvs. at kriseplanleggingen er til mer hjelp enn kriseplanene, og at det er viktig å endre kursen etter hvert som man får erfaring med hvordan krisen utvikler seg.

Selv om planene har sine svakheter, er de likevel et viktig holdepunkt for å vurdere og handle ut fra den virkeligheten man står i. Verdien ligger i at man har gjort seg noen tanker på forhånd, at

planen skaper en grunnstruktur eller et orienteringspunkt man kan handle ut fra. Samtidig må man forholde seg til raske endringer underveis. Koronakrisen har vart uvanlig lenge, noe som utfordrer foreliggende beredskapsplaner. Derfor er disse supplert med scenarioplanlegging som i større grad fanger opp konsekvenspotensialet som følger av en slik pandemi.

Med dette som erfaringsbakgrunn er det mulig å tenke seg en mer permanent endring i beredskapsplanleggingen i tråd med denne utviklingen. For eksempel følgende todeling:

1. Overordnede plandokumenter, som tar opp i seg de mest sentrale momentene knyttet til krisehåndteringen.
2. Aksjonsplaner som tilpasses konkrete kriser, men som tar utgangspunkt i overordnede planer.

Ved å gjøre det på denne måten, reduserer man antall plandokumenter samtidig som de blir mer operative, målrettede og treffsikre i forhold til den konkrete krisehåndteringen. Kort sagt innebærer dette at man legger opp til en planstruktur som både sikrer færre tilfeldige avgjørelser i en krise og som innehar den nødvendige fleksibiliteten som kreves i håndteringen av krisen.

Et annet moment er at neste (helse)krise kan dreie seg om noe helt annet, noe som styrker behovet for en mer fleksibel planlegging under krisen, med den/de overordnede planen(e) som utgangspunkt.

Kommunen har i den overordnede ROS-analysen redegjort for hvordan ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer kan påvirke hverandre, i tråd med lovverket. Samtidig er det slik at håndteringen av en krise kan utløse en annen, for eksempel at barn i sårbare livssituasjoner blir mer sårbare. Kommune bør ta stilling til om denne type kjedereaksjoner også bør være en del av ROS-analysen, dvs. en krise skaper en ny krise eller en ny form for sårbarhet.

Forberedende aktiviteter lokalt. Koronapandemien kom som en overraskelse på mange, til tross for en gryende kriseerkjennelse tidlig vinteren 2020. Den kom raskere til landet enn forventet, og med en sterkere kraft enn mange kunne forestille seg. Det var også knyttet veldig stor usikkerhet til hvor alvorlig sykdommen var. Det er i intervjuene gitt fargerike og levende skildringer av det som nærmest er beskrevet som en unntakstilstand i våre fire undersøkte kommuner de første dagene av pandemien. Tross «*mye armer og bein*» i starten, kom det raskt på plass en beredskapsorganisasjon og mange beslutninger ble raskt truffet for å begrense smitten.

Kommuner ble i januar bedt om å planlegge for økt kapasitet innen helse- og omsorgstjenesten, og tidlig i februar ble det presisert at kommunene måtte ha et opplegg for å teste og håndtere pasienter i kommunal setting. Stresstesten i slutten av februar viser imidlertid at det ikke forelå en plan for hvordan kommunen skulle håndtere en smittesituasjon, rutine for prøvetaking eller oversikt over hvor det fantes utstyr. Situasjonen ble løst gjennom rask mobilisering og stor handlekraft blant enkelte nøkkelpersoner, men det ble konstatert at beredskapsplanleggingen ikke hadde vært god nok.

Kommunene ble også bedt om å utarbeide kontinuitetsplaner. Gjennomgangen viser at utarbeidelse av kontinuitetsplaner og oppdatering av disse er gjort i varierende grad, og at det innen skoler og barnehager ikke er utført i det hele tatt. Etter vår vurdering er dette særlig sårbart, da skoler og barnehagers evne til å sikre at de kan oppfylle sine roller og oppgaver ovenfor barn og unge svekkes.

Etter vår vurdering burde disse punktene ha blitt fulgt opp bedre i den tidlige fasen av pandemien. Håndtering av utbrudd kan fort komme til å overskride kommunenes kapasitet, og det kan være vanskelig å få til en stor nok kommunal opptrapping/oppbemanning når utbruddet først er der. Derfor er det viktig å lage gode planer og bygge kapasitet på forhånd.

4 SMITTEVERNUTSTYR

4.1 INNLEDNING

Et tema som har vært mye debattert under koronapandemien, er mangelen på smittevernutstyr i starten på pandemien. Hele Europa manglet smittevernustyr sen vinteren 2020, også Norge. Personlig smittevernustyr (PPE) som munnbind, øyebeskyttelse, frakk med lange ermer og hansker, produseres ikke i Norge, men hovedsakelig i asiatiske land som Kina og India. Samtidig ble den globale transportkapasiteten redusert som følge av pandemien. I sum førte dette til at anskaffelsen av nødvendig utstyr og oppbygging av lagre ble svært krevende.

Lagerkapasiteten i de fleste land var på det tidspunktet begrenset, med unntak av Finland, som hadde store beredskapslagre av både smittevernustyr og legemidler.³⁹ Mange land ville holde på eget utstyr, også produsentlandene, og prisene steg og de aller fleste norske kommuner manglet munnbind og annet smittevernustyr sen vinteren 2020.⁴⁰ Norge fikk en stor utfordring da EU-kommisjonen fra 14. mars vedtok å innføre eksportrestriksjoner på beskyttelsesutstyr til land utenfor EU. Restriksjonene førte til at lastebiler med smittevernustyr på vei til Norge ble stående fast ved grenseovergangene. I slutten av mars ble restriksjonene opphevet.

4.2 REVISJONSKRITERIER

- Kommunen skal ha tilgang til tilstrekkelig smittevernustyr slik at brukere og ansatte ikke utsettes for unødig smittefare.

³⁹ <https://www.dagsavisen.no/debatt/kommentar/pandemirustning-i-nordiske-farger-1.1695269>

⁴⁰ Den 20. mars ble Norge haste-innmeldt Norge i EUs felles innkjøpsordning for legemidler, medisinsk materiell og verneutstyr, tre dager for sent til å være med på et stort fellesinnkjøp av respiratorer og smittevernustyr.

- Utstyr vurderes opp mot utstyrsbehov, nasjonale forventninger og sammenligninger med andre kommuner

På tidspunktet for utbruddet var det ingen formelle krav til beredskapslager. Sandnes kommune la litt utpå våren til grunn at de skulle ha et lager som varte i seks måneder, og det kom senere en anbefaling fra helsedirektoratet om at kommunenes lager måtte var i åtte måneder (fra januar 2021).

I Strand kommunes pandemiplan fra juni 2020 står det at «*det skal være tilstrekkelig med smittevernutstyr for både helse og omsorgstjenesten*», og at en av oppgavene som må gjennomføres i prepandemisk fase er å skaffe oversikt over lagerbeholdningen av smittevernutstyr. Det står ingenting om hva som er tilstrekkelig.

4.3 MANGEL PÅ SMITTEVERNUTSTYR I STARTEN

I starten, det vil si rett før nedstengingen og under nedstengingen, var det mangel på det meste av smittevernutstyr til å møte den smittetoppen kommunen så for seg. I en statusrapport til Statsforvalteren 10.mars kommer det fram at kommunen «*har beskyttelsesutstyr til prøvetaking, men vil fort gå tom ved pleie av smittede pasienter*». Et par dager senere meldes det om behov for å få tak i større kvanta for å kunne håndtere smittede pasienter over tid.

I intervjuene blir utstyrssituasjonen i starten beskrevet som uoversiktlig, ettersom «*alt var på hver sin plass*». Utstyrssituasjonen i slutten av februar blir blant annet beskrevet slik⁴¹: «*Vi har konstatert at det ikke har vært god nok beredskapsplanlegging, bla utstyr på legekontor og legevakt*». Forløpet til denne konklusjonen var meldinger om mulige smittetilfeller i kommunen, hvor det viste seg at det nødvendige smittevernutstyret ikke var umiddelbart tilgjengelig. Det ble derfor gjort en hastebestilling av diverse smittevern- og prøvetakingsutstyr. «*Legevakten har utstyr til helgen i alle fall*».

I en statusrapport til Statsforvalteren 02.mars melder kommunen om utfordringer med å skaffe smittevernutstyr. Dagen etter informerer Helsedirektoratet om en truende mangelsituasjon på utstyr, hovedsakelig på grunn av forsyningsutfordringer for grossistene. I likhet med de fleste andre kommuner, får Strand kommune smittevernutstyret fra NorEngros. I mars 2020 kunne imidlertid NorEngros melde at tilgangen på varer var kraftig redusert⁴². Mesteparten av smittevernsproduktene (smittefrakker, munnbind, masker o.l)⁴³ ble produsert i Wuhan, hvor

⁴¹ Fra logg 28.02.2020 innen område Helse (Levekår)

⁴² Jf. brev fra NorEngros fra mars 2020.

⁴³ Desinfeksjonsprodukter produseres i Skandianvia, noe som gav en mer oversiktlig tilgang, selv om leveringssituasjonen også her hadde vært utfordrende pga. av massiv etterspørsel.

Covid-19 hadde sitt opprinnelige utbrudd. Helsedirektoratet oppfordret kommunene til å rasjonere bruken av smittevernutstyr i tiden framover. I en av loggene fra mars 2020 til kommunalområde omsorg ser vi eksempler på dette: «*Bruk utstyr bare ved smitte. Spare, har begrenset utstyr*».

Det var på denne tiden butikkhyllene gikk tomme for håndsprit, gjær og toalettpapir. Med grossist som var i ferd med å gå tom for smittevernutstyr, ble det satt i gang ulike tiltak for å aktivisere dugnadsånden i kommunen. En lokal bedrift tilbød smittevernutstyr og håndsprit, mens Saniteten begynte å sy smittevernfrakker. Samtidig opplevde enkelte virksomheter innen omsorg at munnbind og håndsprit forsvant fra arbeidsplassen.

Uken etter nedstengingen (uke 12) fikk en fysioterapeut fra hverdagsrehabilitering tildelt ansvaret for å kartlegge, koordinere og bestille smittevernutstyr. På dette tidspunktet forelå det ingen eksakt oversikt over hvor mye smittevernutstyr som var tilgjengelig i ulike deler av kommunen.

4.4 MEN DET TOK SEG OPP ETTER HVERT

Utstyersansvarlig fikk fullmakt til å kjøpe inn det som trengtes, og startet med å kartlegge hva som allerede fantes i kommunen. Det forelå blant annet en del smittefrakker etter svineinfluensapandemien i 2009, mens det var en stor mangel på eksempelvis munnbind.

I den første tiden ble utstyret talt opp fra hver av avdelingene, samtidig som avdelingene meldte utstyersbehov videre til utstyersansvarlig. Etter hvert ble det utviklet en beregningsmodell basert på smittescenarioer på avdelinger og hvor mye man ville trenge i slike tilfeller. Som man ser av tabellen nedenfor, kom utstyret raskt på plass:

Tabell 3: Oversikt over smittevernutstyr

Smittevernutstyr	Uke 14	Uke 19	Uke 27	Uke 34	Økn. i %
Smittefrakk	1200	1800	3200	3610	201 %
Stellefrakk	5000	9800	7500	4930	-1 %
Åndedrettsvern FFP2	240	265	246	246	2 %
Åndedrettsvern FFP3	0	271	578	578	

Hansker: nitril, lateks og vinyl	111700	230000	105000	30000	-73 %
Øyebeskyttelse: visir og briller	776	780	1250	1390	79 %
Kirurgiske munnbind	4750	16000	29500	27200	473 %
Operasjonsluer/hetter	900	4650	7200	8480	842 %

Den første utstyrsoversikten i Strand er fra 02.april (uke 14), altså tre uker etter nedstengingen. Av tabellen ser vi at selv om enkelte utstyrstyper har variert noe, har de aller fleste en markert økning. I siste halvdel av mars ble det etablert et sentralt lager på Jørpeland, samtidig som det var en viss lagerbeholdning ute i avdelingene. Når avdelingene hadde behov for mer, skulle utstyrsansvarlig kontaktes for å legge klart forsyninger.

Den utstyrsansvarlige ble fristilt til å jobbe 100 prosent med smittevernutstyr fram til midten av august 2020. I intervjuene blir det beskrevet som avgjørende at det var én dedikert ressurs som kunne ha dette ansvaret. Det var imidlertid ikke definert noen stedfortreder, men fra tidlig sommer 2020 ble en ressurs fra det merkantile personellet i kommunen involvert. Fra midten av august har denne personen hatt ansvaret, men i en situasjon med mye smitte kan begge involveres⁴⁴.

Tilbakemeldingen fra utstyrsansvarlig er at det hadde vært ønskelig om én til ressurs hadde vært involvert fra starten av. Området var helt nytt, samtidig som den første, akutte fasen av pandemien blir beskrevet som en hektisk periode, og å ha noen å «sparre med» var et savn.

4.5 STATLIG MEDVIRKNING

Det er blitt etablert et nasjonalt beredskapslager i forbindelse med koronapandemien⁴⁵. I normaltid bestiller kommuner smittevernutstyr selv, mens Sykehusinnkjøp HF har ansvar for å skaffe utstyr til sykehusene.

⁴⁴ Opplyst i intervju.

⁴⁵ Helse Sør-Øst RHF har etablert et system for kvalitetskontroll av smittevernutstyr. Den består av følgende elementer: Gjennomgang av dokumentasjonen som medfølger utstyret, egne rutiner for fysisk testing av utstyret i Norge, teknisk testing av munnbind og åndedrettsvern ved Forsvarets Forskningsinstitutt (FFI). Helse Sør-Øst opplyser til VG at de har informert kommuner og Fylkesmenn om ordningen for kvalitetssikring i ulike nettsaker i mars og april (<https://www.vg.no/nyheter/i/A12kOq/munnbindene-som-aldri-ble-brukt>).

Under koronapandemien har Sykehusinnkjøp HF, sammen med det største regionale helseforetaket – Helse Sør-Øst – hatt ansvaret for å skaffe smittevernutstyr til både sykehus og kommuner. Fordelingsnøkkelen var at helseforetakene skulle få 70 prosent av utstyret, kommunene 20 prosent, mens 10 prosent oppbevares på det nasjonale bufferlageret. Foretaket har ikke hatt ansvar for å kjøre utstyr fysisk ut til kommunene, men har levert utstyret til dropp-punkter i helseregionene⁴⁶. Det er Helse Bergen HF som har distribuert utstyret videre til kommunene i Rogaland. Leveransene fra helseforetaket skulle være basert på kommunens ukentlige rapportering til Statsforvalteren.

Vi får opplyst fra utstyransvarlig(e) at det var vanskelig å vite hvor mye kommunen kom til å få av de statlige leveransene, og at det ikke alltid var samsvar mellom det kommunen rapporterte inn, og hvilket utstyr de mottok. Eksempelvis ble det brukt lite smittefrakker, men de mottok mange. Selv om det medførte at det var vanskelig å vite hvor mye man skulle bestille, ble det fra kommunen sin side ikke nødvendigvis ansett som et problem: «*Hvis vi hadde fått mer smitte, hadde vi hatt god bruk for det vi fikk tilsendt*».

I desember 2020 var kommunens sentrallager fullt. I tillegg til det eksisterende lageret, ble det derfor opprettet et nytt lager, som nå brukes som fjernlager. De statlige leveransene av smittevernutstyr ble avsluttet ved årsskiftet, og kommunene måtte innen 14.januar 2021 ha iverksatt store nok ordre til at eksisterende lagerbeholdning i tillegg til ordre totalt dekket åtte måneder fram i tid. Vi får opplyst av kommunen⁴⁷ at denne bestillingen er lagt inn, og at de allerede har mottatt en god del. Samtidig forpliktet kommunen seg til langsiktige leveranser fra NorEngros i starten av pandemien, og kommunen har ikke mottatt alle leveransene fra denne bestillingen ennå (per 20.01.21).

Vi får opplyst at kommunen har gjort seg noen læringspunkter i etterkant av pandemiens første fase, og at et sentralt lager vurderes som et framtidig behov. Samtidig tas det sikte på å lage en skjematisk oversikt over kommunens utstyrslager over tid⁴⁸.

4.6 SAMMENLIGNINGER MED GJESDAL

I tabellen under har vi sammenlignet smittevernlageret i Strand med smittevernlageret i Gjesdal. For å gjøre sammenligningen pedagogisk og oversiktlig har vi valgt ut tre uker: en uke i starten av pandemien, en uke etter sommerferien, og en uke våren 2021. Differansen viser hvor mye

⁴⁶ <https://www.vg.no/nyheter/i/A12kOq/munnbindene-som-aldri-ble-brukt>

⁴⁷ Pr. 20.01.2021

⁴⁸ Opplyst i intervju.

større eller mindre lagerbeholdningen har vært i Strand, kontra i Gjesdal. Begge kommunene rapporterer på et befolkningsgrunnlag på 12 000 innbyggere.

Tabell 4: Lagerbeholdning i Strand og Gjesdal, uke 14 (2020)

Utstyrstype	Strand	Gjesdal	Diff i %
Åndedrettsvern FFP2	240	0	627 %
Åndedrettsvern FFP3	0	0	1150 %
Hansker	111 700	18 000	24000 %
Kirurgiske Munnbind	4750	1050	0 %
Operasjonsluer	900	0	521 %
Øye Visir Brilller	776	1	77500 %
Smittefrakk	1200	165	352 %
Stellefrakk	5000	400	90000 %

Tabell 5: Lagerbeholdning i Strand og Gjesdal, uke 34 (2020)

Utstyrstype	Strand	Gjesdal	Diff i %
Åndedrettsvern FFP2	3610	2073	74 %
Åndedrettsvern FFP3	4930	3800	30 %
Hansker	246	130	89 %
Kirurgiske Munnbind	578	24	2308 %
Operasjonsluer	30 000	35 550	-16 %
Øye Visir Brilller	1390	822	69 %
Smittefrakk	27 200	18 360	48 %
Stellefrakk	8480	3040	179 %

Tabell 6: Lagerbeholdning i Strand og Gjesdal, uke 9 (2021)

Utstyrstype	Strand	Gjesdal	Diff i %
-------------	--------	---------	----------

Utstyrstype	Strand	Gjesdal	Diff i %
Åndedrettsvern FFP2	486	160	204 %
Åndedrettsvern FFP3	544	24	2167 %
Hansker	665 100	144 150	361 %
Kirurgiske Munnbind	165 200	28 166	487 %
Operasjonsluer	72 350	2900	2395 %
Øye Visir Brilller	5975	2129	181 %
Smittefrakk	9834	25 237	-61 %
Stellefrakk	11 377	2000	469 %

Tabellene viser at Strand gjennomgående har hatt vesentlig større lagerbeholdning enn Gjesdal.

4.7 VURDERING

I likhet med resten av nasjonen, ble også Strand tatt på sengen når koronapandemien kom til landet. Gjennomgangen viser at kommunen på det tidspunktet ikke hadde et lagersystem som ga oversikt over samlet beholdning av smittevernutstyr, og det var heller ingen som hadde ansvar for utstyr totalt sett.

18.mars fikk en fysioterapeut fra hverdagsrehabilitering tildelt ansvaret for smittevernutstyret i kommunen. I den første fasen ble utstyrsmangelen løst gjennom dugnadsånd og rasjonering. Strand fikk imidlertid raskt kontroll på situasjonen, også raskere enn de andre kommunene vi har hatt tilsvarende prosjekter i. Etter vår vurdering er det positivt å ha dedikerte ansatte som har ansvar for å kartlegge, koordinere og bestille smittevernutstyr, men det er sårbart når det kun er en person har ansvaret for dette, spesielt i en pandemi.

I om lag et år har det vært en statlig ordning for innkjøp av smittevernutstyr. I kommunen er de takknemlige for at de har fått utstyr gjennom ordningen, selv om manglende samsvar mellom meldt behov og det faktiske utstyret kommunen mottok. Dette har gjort det noe vanskelig for Strand å planlegge egne innkjøp.

Til Aftenposten uttalte helseminister Bent Høie 14. mai 2020 at *«Jeg er ganske overbevist om at et av læringspunktene vi kommer til å ha etter denne situasjonen, er behovet for å standardisere hvilke lagre vi har av denne typen utstyr. Nå har det vært opp til hvert enkelt sykehus og hver*

*kommune å vurdere hvor store lagre de skal ha».*⁴⁹ Etter dette utspillet har direktoratet lagt opp til å bygge opp en nasjonal lagerkapasitet på et halvt år, samtidig som kommunene skulle ha en lagerkapasitet som varer i minimum 8 måneder.

Spørsmålet er hva kommunen bør gjøre fremover? Dette avhenger litt av hva en kommer frem til i kjølvannet av den nasjonale evalueringen. Dersom man legger opp til nasjonale eller regionale lagre med smittevernutstyr, er det ikke sikkert kommunene trenger å foreta seg noe som helst. Men dersom det fremover blir lagt opp til at det først og fremst er et kommunalt ansvar å sikre tilstrekkelige lagre med smittevernutstyr, er vurderingen annerledes. Da er det nødvendig at kommunene etablerer lagre med smittevernutstyr som har en viss varighet og som kan fungere som et beredskapslager for fremtidige pandemier.

Regionalt har Helse Stavanger et stort lager av smittevernutstyr – stort nok til å håndtere en R-faktor på 1,5. Kommunene på Nord-Jæren har også bygget opp egne betydelige lagre, uten at det foreligger regionale avtaler om deling dersom det skulle oppstå et stort behov for smittevernutstyr i en eller noen av kommunene. Dersom det ikke blir etablert nasjonale eller regionale smittevernlagre, bør kommunene vurdere om det kan være aktuelt å innføre en interkommunal løsning, i samarbeid med Helse Stavanger.

I dag står det i pandemiplanen at kommunen skal ha «tilstrekkelig» med smittevernutstyr for helse- og omsorgstjenesten, og at en av oppgavene som må gjennomføres i en prepandemisk fase er å skaffe oversikt over lagerbeholdningen av smittevernutstyr. Det står imidlertid ikke hva som menes med «tilstrekkelig», hvor mye utstyr man har tilgjengelig eller hvor mye som vil være nødvendig i ulike smittescenarier. Etter vår vurdering er det nødvendig at kommunen har en oversikt over nødvendig utstyr og hvor dette er lagret. Det er sannsynligvis mest naturlig å ha dette som et vedlegg til pandemiplanen (eller beredskapsplanen), og ikke i selve pandemiplanen, ettersom mengden av utstyr trolig vil endre seg relativt hyppig.

5 OVERORDNET ORGANISERING OG SAMARBEID

5.1 INNLEDNING OG REVISJONSKRITERIER

I denne delen ser vi nærmere på den overordnede beredskapsorganiseringen under en pandemi, dvs. pandemigruppe (pandemiplan) og overordnet beredskapsledelse.

⁴⁹ <https://www.aftenposten.no/norge/i/qLa12w/i-et-rom-her-satt-opproerte-leger-de-hadde-akkurat-faatt-vite-at-de-had>

Testing, isolering, smittesporing og karantene har vært viktige virkemidler for raskt å kunne slå ned et smitteutbrudd på et tidlig tidspunkt. Organiseringen av testing og smittesporing kunne begge vært plassert i denne delen, men vi har valgt å plassere dem under kapittelet om tiltak innenfor helsetjenestene (jf. problemstilling) fordi vi mener det er mest naturlig.

En langvarig og dynamisk krise som håndteringen av koronapandemien kan imidlertid gjøre det krevende å ivareta alle disse prinsippene på en likeverdig måte. Eksempelvis kan ansvars- og nærhetsprinsippet utfordres om beredskapsarbeid og krisehåndtering sentraliseres – det vil si løftes oppover i linjeorganisasjonen.

Design av en effektiv beredskapsorganisasjon må balansere flere hensyn. Normalt inngår tre hovedelement: Beredskapsledelse (*strategisk nivå*), beredskapsstaben (*operasjonelt nivå* med beredskapssjefen) og tjenesteområdene (*taktisk nivå*). Fordelingen av beslutningsfullmakter avgjør hvor hovedtyngden av krisehåndteringen foregår: Sentralisert der ledelse og beredskapsstab spiller hovedrollen. Eller desentralisert, der den ordinære drifts- og linjeorganisasjonen spiller en viktig rolle. Det må være tydelig for alle når man går fra ordinær linjeledelse til beredskapsledelse gjennom stab, og like klart må det være når man går tilbake til linjeledelsen.⁵⁰ På denne bakgrunn kan en tenke seg to ulike organisasjonsmodeller ifm. krisehåndteringen:

- En *sentralisert modell* – der krisehåndteringen er lagt til strategisk ledelse og beredskapsstab,
- En *desentralisert modell* - der krisehåndteringene er lagt til tjenesteområdene

Et hovedspørsmål i vurderingen av hva som er den mest effektive beredskapsorganiseringen, er hvordan det kan mobiliseres tilstrekkelige ressurser til selve krisehåndteringen, uten at det går (for) mye utover den ordinære driften. Ikke minst er dette viktig om krisehåndteringen er langvarig.

Fordeler og ulemper ved de tre ulike beredskapsorganisasjonene er å finne [i vedlegg](#).

Det er ikke noen veldig klare kriterier å vurdere organiseringen av krisehåndteringen på, men det finnes fire grunnleggende beredskap og organisasjonsmodeller som danner en god forståelsesramme, som vi legger til grunn for våre vurderinger:

- Likhetsprinsippet innebærer at organiseringen man opererer med til daglig og den som benyttes i beredskapssituasjoner skal være mest mulig lik.
- Ansvarsprinsippet innebærer at den som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere beredskapssituasjoner innenfor det samme området.
- Nærhetsprinsippet innebærer at beredskapssituasjoner organisatorisk skal håndteres på lavest mulig nivå.

⁵⁰ Jf. Bjelland, B. og E. R. Nakstad (2018): *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid*. Oslo: Gyldendal.

- Samvirkeprinsippet innebærer at det stilles krav til at enhver organisasjon har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging og håndtering av beredskapssituasjoner.

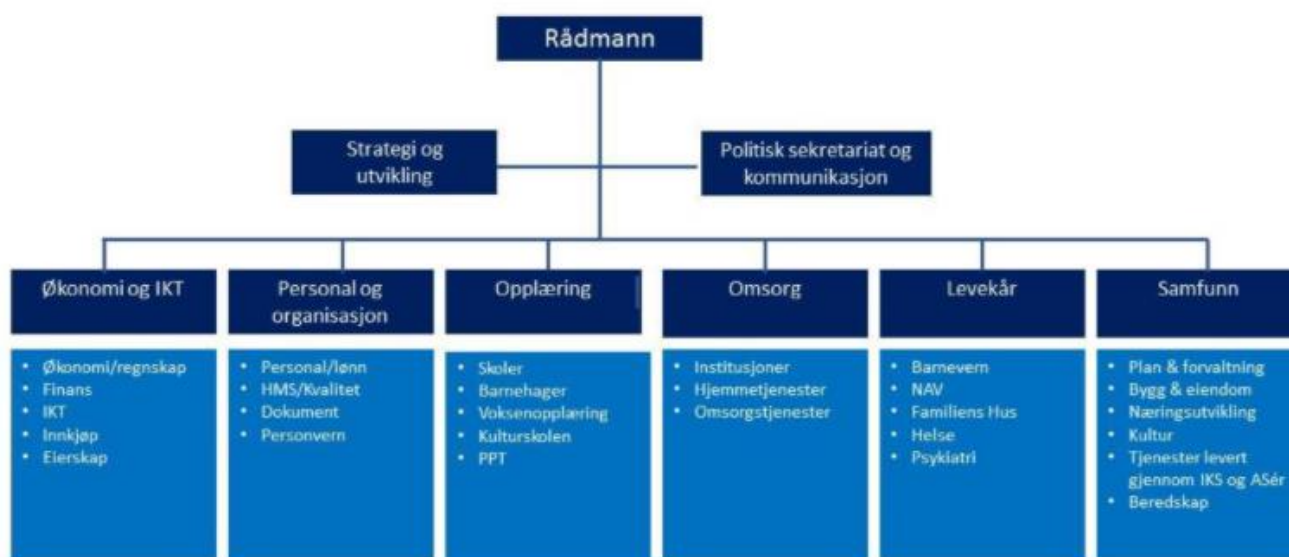
I henhold til forskrift om kommunal beredskapsplikt § 5 bør det etableres samarbeid mellom kommuner om lokale og regionale løsninger av forebyggende og beredskapsmessige oppgaver, med sikte på best mulig utnyttelse av de samlede ressurser. I Strand kommunes beredskapsplan står det dessuten at kommunen bør på forhånd inngå avtaler med relevante aktører om bistand under kriser.

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriter:

- Kommunens beredskapsorganisering under koronapandemien skal være innenfor rammen av de fire grunnleggende prinsippene som stilles til beredskapsorganisering og ledelse.
- Kommunen bør etablere samarbeid med andre kommuner og relevante aktører om lokale og regionale løsninger av forebyggende og beredskapsmessige oppgaver.

5.2 ORGANISERING

Organisasjonskart Strand kommune:



Arbeidet med beredskap i kommunen er organisert under kommunalområdet *Samfunn*. Beredskapskoordinator er imidlertid underlagt politisk sekretariat. Kommunen er en tre-nivå-

modell med rådmann, kommunalsjefer og virksomhetsledere, noe som innebærer at den enkelte leder har et stort handlingsrom.

Generelle retningslinjer for krisehåndtering i Strand er at krisehåndteringen skal skje på lavest mulig nivå, og at offentlige organer som har ansvaret i en normalsituasjon også har ansvaret for de samme oppgavene i en krisesituasjon. Dersom det oppstår en uønsket hendelse som har så stort omfang at den ikke kan håndteres med kommunens vanlige organisering, kan rådmann og ordfører beslutte at det etableres kriseledelse i kommunen. Kriseledelsen har som hovedoppgave å koordinere samarbeidet mellom sektorene og styre kommunens engasjement på overordnet vis⁵¹.

Tabell 7: kriseledelsen i Strand kommune

Kriseledelsen	Stedfortreder
Rådmann (leder)	Fungerende rådmann
Ordfører	Varaordfører
Kommunalsjef samfunn	Virksomhetsleder bygg og eiendom
Kommunalsjef opplæring	Barnehagekonsulent
Kommunalsjef omsorg	Rådgiver i kommunalsjefens stab
Kommunalsjef levekår	Helseleder
Kommunalsjef personal og organisasjon	Kommunalsjef økonomi og IKT
Leder politisk sekretariat	Konsulent arkiv
Beredskapskoordinator	

⁵¹ Kilde: Strand kommunes beredskapsplan

Av tabellen ovenfor fremgår det hvem som er med i kommunens kriseledelse⁵². Alle i kriseledelsen skal ha gjennomført grunnleggende kurs i kriseledelse. I tillegg kan kriseledelsen suppleres med støttedfunksjoner, avhengig av den uønskede hendelsens karakter.

Av pandemiplanen fremgår det at kriseledelsen kan be rådmannen nedsette en pandemigruppe for å lede det operative arbeidet. Pandemigruppen er rådmannen sin operative gruppe for samordning av tjenestene ved en pandemi. Under Covid-19 har det imidlertid ikke blitt opprettet pandemigruppe, og håndteringen har blitt lagt til krisestab og tjenesteområdene.

Det er også verdt å nevne at **kommuneoverlegefunksjonen** er fordelt på tre fastleger som har ansvar for hhv. smittevern, legevakt og medisinsk faglig rådgivning⁵³. I tillegg blir overordnede oppgaver innen kommunehelsetjenesten ivaretatt av helseleder. I strategiplanen⁵⁴ fremgår det at denne løsningen ikke er optimal: «*Ved å spre kommuneoverlegefunksjonene på flere leger, mister kommunen helheten*». Også i intervju blir det påpekt at én kommuneoverlege i fulltidsstilling ville vært en fordel for å holde tråden i alle funksjonene. I handlingsplanen til strategiplanen ble det fremmet tiltak om å samle funksjonene til en administrativt ansatt kommuneoverlege i 100 prosent stilling. Dette ble vedtatt av kommunestyret 30.09.2020.

Kommuneoverlegen som har ansvar for smittevern (smitteverneverlegen) har naturligvis vært mye involvert i kommunens håndtering av korona, og ble fra starten av inkludert i krisestaben. Fra mars 2020 til januar 2021 har smitteverneverlegen ivaretatt sin stilling som fastlege på toppen av arbeidet med smittevern. Kolleger på det tilhørende legesenteret har hjulpet til med smitteverneverlegens listepasienter ved behov. Fra 01.01.2021 har smitteverneverlegen vært fristilt 100 prosent til smittevernarbeid, som ble muliggjort ved tilsettelse av en vikar fra 01.02.2021. Ordningen varer til 18.06.2021. Smitteverneverlegen er veldig fornøyd med denne ordningen.

5.3 KRISESTAB

Nedstengingsdagen – 12.mars – settes formell krisestab. Kommunalsjef samfunn ble valgt til stabsleder. I løpet av den første uken gjennomføres en rekke tiltak; det etableres koronatelefon til Familiens hus, ledergruppen deles i to lag, det bestilles vikarlege, og personalkontoret starter kartlegging av egne ansatte som kan omdisponeres.

⁵² Av beredskapsplanen til Strand kommune fremgår det at kriseledelse, beredskapsledelse og krisestab skal forstås som det samme.

⁵³ Stillingsbrøken er totalt sett på 46%. Smittevern 13%, legevakt 13%, medisinsk faglig rådgiver 16%

⁵⁴ Se «Strategiplan legetjenester 2021-2026»

Det ble raskt besluttet at kriseledelsen skulle utvides. Det pekes på at den aktuelle krisen krevde at man inkluderte mer helsepersonell inn i kriseledelsen. I tillegg til de ordinære medlemmene, ble kriseledelsen utvidet med smittevernoverlege, helseleder, varaordfører og hovedtillitsvalgt. Sistnevnte ble inkludert for å ivareta ansattperspektivet. Den 25.mars delegerte kommunestyret myndighet til at ordfører kunne fatte hastevetakt ifm. koronapandemien⁵⁵. Vi får opplyst at den har blitt brukt lite, men likevel har vært nyttig å ha på plass.

Det kom raskt på plass en tydelig struktur og fast agenda i krisestabmøtene. Det ble innledet med referater fra forrige møte for å sjekke ut sakene derfra, og eventuelt følge opp saker som hang igjen. Beslutninger ble oppsummert på slutten, og momenter til samlerapporten til kommunestyret ble skrevet ned. I intervjuene blir organiseringen beskrevet som en praktisk og god ordning som har holdt «linjen». Med andre ord var ikke krisestaben ansvarlig for den operative gjennomføringen av tiltak som ble besluttet; oppfølgingen av sakene var lagt til linjene.

Det var også en tidlig konsensus om å ikke innføre egne regler og tiltak, men snarere følge de til enhver tid gjeldende rådene fra nasjonalt hold. Her blir møtene med Statsforvalteren løftet fram som svært nyttige. På disse møtene fikk man høre hvilke utfordringer andre kommuner hadde og hvilke løsninger som ble satt i verk, samtidig som Statsforvalteren tydeliggjorde råd fra nasjonalt hold og avklarte spørsmål kommunene måtte ha.

I tråd med smitteutviklingen har hyppigheten på krisestabmøtene blitt skalert opp og ned.

Stabslederfunksjonen har i løpet av perioden gått på «rundgang». Fra mars til mai/juni var kommunalsjef samfunn stabsleder, fra mai/juni til november var beredskapskoordinator, og fra november til d.d. kommunalsjef levekår. Koronapandemien blir i intervju beskrevet som et maraton, og stabslederfunksjonen blir i den første perioden beskrevet som en fulltidsjobb. Samtidig må stabsleder også ivareta sine ordinære oppgaver. Vi får opplyst at det har vært nødvendig å bytte på denne rollen for å forebygge slitasje hos den enkelte stabsleder. I intervju blir det framhevet at for nåværende stabsleder (kommunalsjef levekår) har det gjerne vært lettere å kombinere begge funksjonene; mange av sakene som tas opp i krisestab omhandler områder innen levekår, som f.eks helse og sårbare barn og unge. Kommunalsjef har dermed allerede innsikt i disse områdene, og trenger ikke bruke ekstra tid på å sette seg inn i sakene innen dette fagfeltet på forhånd.

⁵⁵ Krisehåndteringsfullmakten fra den 25.mars ihht. Kommuneloven § 11-8, 2. ledd. Eksempler på hva som er vedtatt i fullmaktsperioden:

- Leieavtale mellom Strand kommune og Norsk folkehjelp om leie av folkehjelpshuset
- Avtale om leie av Vaulali og DPS-bygget forlenges ut 2020
- Kostnad for influensavaksine til kommunalt ansatte dekkes av kommunen

I ettertid har det også blitt laget undergrupper som har ansvar for spesielle områder i forlengelse av krisestaben. Det ble eksempelvis opprettet en egen «vaksinasjonsgruppe» som har hatt ansvar for å planlegge og koordinere vaksinasjonsarbeidet. I tillegg ble det i starten av januar 2021 etablert en kommunikasjonsgruppe⁵⁶. Bakgrunnen for opprettelse av denne gruppen var at man så et behov for å systematisere arbeidet med kommunikasjon ut til befolkningen. Gruppen har ansvaret for å blant annet gå gjennom hjemmesiden, spørsmål og svar, og sørge for informasjonen som ligger ute er riktig og oppdatert.

Krisestaben hadde også en skrivebordsøvelse 15.oktober 2020, hvor målet var å samordne internt arbeid i krisestaben, informasjonsflyt og innhold, samt iverksette nødvendige tiltak på kort sikt og planlegge tiltak på lengre sikt.

Kommunens beredskapsarbeid har gjennom hele pandemien vært en integrert del av driften, det vil si en desentralisert modell. Kommunen har ikke en stor stab og må i stor grad stole på at linjene håndterer krisehåndteringen parallelt med at en sikrer drift. Det vil si at de fleste har gjort det de kan best i en ny setting. Kommunalsjefer og virksomhetsledere har hovedsakelig uttalt seg positivt til kommunens organisering under pandemien. Kort avstand mellom nivåene oppgis som positivt for kommunikasjon og samhandling på tvers.

Samtidig trekker flere ledere i kommunen (både kommunalsjefer og virksomhetsledere) fram at koronapandemien og den medfølgende håndteringen har vært en enorm påkjenning på kommunens ledere og ansatte. Tre nøkkelpersoner identifiserer dette som den største utfordringen med pandemi-håndteringen. En av kommunalsjefene forteller at belastningen på enkelte virksomhetsledere har vært for stor. Dette er noe vi også vil gi eksempler på senere i rapporten.

5.3.1 CIM

Håndtering av en krise innebærer behov for informasjon, kommunikasjon, samhandling og koordinering på tvers. Ifølge beredskapsplanen er CIM (Crisis Information Management)⁵⁷ Strand kommunes system for loggføring, rapportering og intern kommunikasjon for beredskap, og verktøyet skal brukes ved alle større hendelser og kriser. Ifølge beredskapsplanen skal alle i kriseledelsen, stedfortredere og støttefunksjoner til kriseledelsen ha opplæring i bruk av CIM, og det skal gjennomføres øvelser i verktøyet hvert år.

⁵⁶ Denne består av kommunalsjef levekår, smittevernoverlege, ordfører, leder politisk sekretariat/beredskapskoordinator, og konsulent arkiv.

⁵⁷ CIM er et informasjons- og styrings- og støtteverktøy i forbindelse med kriser, og det brukes av statsforvalteren, kommuner og fylkeskommuner.

Gjennomgangene vår tyder på at CIM i liten grad har dekket kommunenes behov for deling av informasjon og etablering av et felles situasjonsbilde ifm. koronahåndteringen. I Strand har CIM primært blitt brukt til rapporteringer til Statsforvalteren, mens det er andre verktøy som har blitt brukt til loggføring og informasjonsdeling (e-post, arkivsystemet Websak, egen logg). Vi får opplyst at møteformen krisestaben hadde gjorde at CIM ble tungvint, og at det derfor tidlig ble tatt en beslutning om at tjenesteområdene skulle ha sin egen personlige logg.

Tilbakemeldingene i flere kommuner tyder på at mange opplever systemet som arkaisk, lite brukervennlig og lite funksjonelt. Det pekes dessuten på at CIM er et system som fungerer bedre for kortvarige hendelser. Gjennomgangen vår viser samtidig at det var et fåtall personer i kriseledelsen i Strand som var kyndige i bruken av CIM.

5.3.2 VURDERING AV CIM

CIM har i liten grad blitt brukt som krisestøtteverktøy i Strand kommune i forbindelse med koronahåndteringen. Andre systemer har vært langt viktigere for informasjonsdeling og samhandling mellom nivåene og på tvers av fagområdene. CIM har primært fungert som et system for rapportering til statsforvalteren.

Løsningen som etter hvert materialiserte seg i forbindelse med pandemihåndteringen virker å være fornuftig. Det ville etter vår vurdering ikke vært hensiktsmessig å bruke CIM når kun et fåtall nøkkelpersoner var kyndige i å bruke det. Å jobbe i systemene man var kjent med synes å ha vært en mer fornuftig løsning enn å bruke tid på opplæring i CIM midt oppi krisehåndteringen. Erfaringen fra andre kommuner er også at andre verktøy har fungert bedre enn CIM. Dette skyldes delvis systemets funksjonalitet som samhandlingsverktøy, og delvis at mengden av dokumenter ville blitt altfor stor. Et annet aspekt er at systemet ikke er spesielt godt egnet til å sortere og filtrere informasjon.

Gjennomgangen vår viser også at det i en langvarig krise kan være vanskelig å vurdere hva som skal inn i CIM og hva som ikke skal inn. Det er eksempelvis meget store forskjeller mellom kommunene mht. hva som legges inn i CIM.

Læringspunkt: Kommunen bør ta stilling til hvordan man skal bruke CIM i fremtiden, og hvilken type informasjon som skal inn der. Det bør også tas stilling til om verktøyet bør brukes annerledes i kortvarige og i langvarige kriser. Kommunene bør også vurdere å kontakte DSB for å skape et mest mulig funksjonelt krisestøtteverktøy.

5.4 SAMARBEID

I løpet av pandemien har det foregått samarbeid på ulike nivå i de forskjellige tjenestoområdene i kommunen, eksempelvis i allerede etablerte læringsnettverk. Dette kommer vi tilbake til senere i rapporten. I denne delen omtaler vi det samarbeidet som har foregått på et mer overordnet nivå i pandemihåndteringen.

Strand har hatt et utstrakt samarbeid med lokale aktører som Norsk Folkehjelp og Sanitetsforeningen. I november 2020 ble det blant annet inngått en avtale med Sanitetsforeningen om beredskap og bistand⁵⁸. Folkehjelpen har eksempelvis bistått med vaktordning både på omsorgsinstitusjoner og ved luftveislegevakten.

Koronaviruset tar ikke hensyn til kommunegrenser. Et felles bo- og arbeidsmarked i regionen betyr at smitte i en av kommunene fort kan få konsekvenser for nabokommunene. Håndteringen av koronapandemien har derfor også en *regional dimensjon*, og effektiv innsats fordrer samordning på tvers av kommunegrenser. I henhold til samvirkeprinsippet har kommunen et ansvar for å dele informasjon og koordinere krisehåndteringen med nabokommuner, fylkesmannen, fylkeskommunen, helseforetak og sentrale myndigheter, om situasjonen krever det.

Gjennom delavtale 11 har det vært et samarbeid mellom SUS og smittevernlegene i regionen. Når det gjelder samarbeid med andre kommuner, får vi opplyst at dette har blitt gjort i liten grad. Det har vært intensjoner om samarbeid med Hjelmeland kommune, og det har vært dialog rundt hvordan de to kommunene kan bistå hverandre i en beredskapssituasjon. Fra en samtale i slutten av mai 2020 mellom kommunalsjef helse og omsorg i Hjelmeland og kommunalsjef omsorg i Strand fremkommer det:

«Drøftingen denne gangen handler om kommunene kan bistå hverandre hvis det er behov for ekstra bemanning under en krevende smittesituasjon i en av kommunene. Vår felles intensjon er at vi vil kunne bistå hverandre ved behov. Ordning rundt praktisk gjennomføring må en komme tilbake til hvis situasjonen krever det»⁵⁹.

I en situasjonsrapport til Statsforvalteren 02.juni 2020 måtte kommunen rapportere på hovedutfordringene knyttet til å holde et tilstrekkelig beredskapsnivå i kommunen, samtidig som man skal opprettholde mest mulig normal drift. Her fremkommer det at kommunen vil være helt avhengig av hjelp utenfra i følgende situasjon:

⁵⁸ Kilde: møtoreferat fra krisestab 19.11.2020

⁵⁹ Kilde: referat fra samtale, 27.05.2020

«Det er også en utfordring å ha Tilstrekkelig bemanning på legekantor/legevakt og luftveislegevakt. Det er blant annet fordi vi har flere seniorleger som ikke tar legevakt – fører til stor belastning på de vaktlegene som er igjen. De fleste vaktlegene tilhører det kommunale legesenteret. Dersom det blir smitte/karantene på dette legekantoret har kommunen ikke tilstrekkelige ressurser og vil være helt avhengig av hjelp utenfra. Dette angår både ordinær legevakt og luftveislegevakt.»

I samme rapport påpekes det at innen område Helse er Strand kommune «*avhengig av å inngå samarbeid med andre kommuner/helseforetak for å ivareta en forsvarlig situasjon i tenkt planscenario. Et slikt samarbeid er ikke inngått per dags dato, men er under planlegging*».

Når vi spør nøkkelpersoner i kommunen om hva som var planen i tenkt scenario, og hva som ble gjort for å få til et samarbeid i etterkant av nevnte situasjonsrapport, får vi ulike svar⁶⁰. Svarene varierer mellom at det ikke ble laget noen avtaler, at det var på «snakkestadiet», at det ikke var noen plan utenom at kommunen skulle kontakte Stavanger ved et smitteutbrudd, til at det forelå intensjoner om samarbeid som kunne skje raskt, hvis og når nødvendig. Det siktes her til samtalen i slutten av mai 2020, nevnt ovenfor.

Tilbakemeldingen fra smittevernoverlegen er at det har vært vanskelig å forutse hva en i et gitt tilfelle skulle trenge hjelp til. Vi får opplyst at kommunen stoler på at de kunne fått assistanse fra Hjelmeland kommune ved konkrete behov.

5.5 VURDERING

Kommunens faktiske beredskapsorganisering i forbindelse med pandemien ligger tett opp til organiseringen skissert i kommunens beredskapsplan. Organiseringen er også i tråd med de tre sentrale beredskapsprinsippene; ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet. Strand har holdt linjen og krisehåndteringen har i stor grad blitt gjort i samsvar med likhetsprinsippet. Kommunen har ikke en stor stab med mye ressurser, og man har hatt tillit til håndteringen i linjen, i tråd med ansvarsprinsippet. En av fordelene med en slik desentralisert modell er at det er nær kobling mellom de som normalt har ansvar for tjenestene, og krisehåndteringen. Ulempen med modellen er likevel at drift og krisehåndtering veves tett sammen, og driften kan bli sårbar når beredskapsnivået er høyt. Gjennomgangen tyder på at den parallelle driften og krisehåndteringen har vært en enorm påkjenning for flere av kommunens ledere og ansatte.

Videre er intern organisering og koordinering av innsatsen også i tråd med samvirkeprinsippet. Kommunens håndtering av koronasituasjonen har ført til et godt samarbeid særlig internt i kommunen, på tvers av direktørområder, og med eksterne, lokale aktører. Foruten god samhandling og koordinering ser det ut til at korte beslutningsveier, nærhet mellom fagstaber og nøkkelpersoner og tillit i organisasjonen har vært avgjørende for en vellykket koronahåndtering.

⁶⁰ Intervjuene ble gjennomført i løpet av høsten 2020, og fulgt opp med oppfølgingsintervjuer vinteren 2021.

Samarbeid. I situasjonsrapporten til Statsforvalteren juni 2020 vurderer kommunen at de vil være helt avhengig av hjelp utenfra dersom smitte/karantene ved Jørpeland legesenter, og at et samarbeid med andre kommuner/helseforetak var avgjørende for å ivareta en forsvarlig situasjon i tenkt planscenario. Gjennomgangen viser at det har foregått samtaler mellom Strand og Hjelmeland kommune, og at det foreligger en felles intensjon om å kunne bistå hverandre ved behov. Vi får oppgitt at Strand stoler på at kommunen ville fått assistanse fra Hjelmeland kommune ved konkrete behov. Etter vår vurdering bør likevel en slik avtale konkretiseres slik at kommunene vet hva de kan forvente av hverandre. Men det er likevel ikke sikkert at en avtale med en liten kommune som Hjelmeland er en tilstrekkelig beredskap for en kommune av Strands størrelse. Kommunen bør derfor også vurdere om en avtale med Hjelmeland er tilstrekkelig til å dekke eget beredskapsbehov.

Gjennomgangen viser dessuten at det ikke er en felles konsensus blant nøkkelpersoner i kommunen på *hvorvidt* det er inngått et samarbeid, *graden* av samarbeidet, eller *hvem* det er inngått et samarbeid med. Etter vår vurdering bør det tilstrebes at i det minste medlemmene i krisestaben har samme kjennskap til disse spørsmålene.

6 TILTAK INNENFOR KOMMUNENS HELSETJENESTE

6.1 INNLEDNING

En problemstilling i prosjektmandatet er å undersøke de tiltak Strand kommune har iverksatt i den kommunale helsetjenesten. Et sentralt tiltaksområde har vært oppbygging av kapasitet og kompetanse for å teste og finne smittede, isolere de smittede, spore opp nærkontakter til de smittede og sette disse i karantene (testing, isolering, smitteoppsporing og karantene - TISK).

I den første delen av dette kapitlet ser vi nærmere på oppbyggingen av TISK-kapasiteten i kommunen.

I andre del går vi nærmere inn på hvilke aktiviteter og tiltak som ble utført innen kommunens legetjeneste og på to avdelinger ved hhv. Jonsokberget og Tautunet. Under denne delen vil vi også undersøke hvordan samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder har vært.

6.2 REVISJONSKRITERIER

Smittevernloven pålegger kommunene et ansvar for å iverksette smitteverntiltak ved smittsomme sykdommer for å sikre liv og helse. Staten har regulert innholdet i disse virkemidlene fortløpende

i den såkalte Covid-19-forskriften⁶¹. Videre har statlige helsemyndigheter gitt anbefalinger til kommunene om utformingen av disse tiltakene⁶². For en fullstendig utledning av revisjonskriteriene, samt ansvaret smittevernloven og Covid-19-forskriften pålegger kommunene mht. til TISK-kapasitet og andre smitteverntiltak, [se vedlegg](#).

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal sørge for tilstrekkelig TISK-kapasitet til å kunne håndtere et større smitteutbrudd.
- Kommunen har implementert kontaktreduserende tiltak og beskyttelsestiltak i helse- og omsorgstilbud – blant annet i sykehjem - som har skjermet brukere i risikogrupper.

Hva som inngår i tilstrekkelig TISK-kapasitet vil vurderes ut fra statens føringer:

- Føringene fra staten er at kommunene må planlegge for tilstrekkelig personell til TISK-oppgaver uten at det går på bekostning av nødvendig helsehjelp til barn og sårbare grupper.
- Helsedirektoratet ga i brev av **24.april 2020** et oppdrag om at alle landets kommuner måtte etablere en kapasitet på testing av opptil **5 prosent** av kommunenes innbyggere per uke. Dette ble **justert syvende mai til 1,5 prosent av befolkningen**, men det ble pekt på at det var viktig å ha en viss beredskap for å teste inntil 5 prosent.
- Fra direktoratet var det en **forventning om at kommunene fra august 2020** skulle ha et bemanningssystem som gjorde det mulig, i en ekstraordinær situasjon, å skalere opp til en testkapasitet tilsvarende testing av **5 prosent** av de som bodde/oppholdt seg i kommunen i løpet av en uke.
- For ordens skyld:
 - En testkapasitet på 5 prosent innebærer 654 personer i uka, og 93 per dag.
 - En testkapasitet på 1,5 prosent utgjør 196 personer i uka og 28 per dag.
- Det skal være kort ventetid for testing og raskt svar på prøvetaking
- Kommunen må ha stor nok smittesporingskapasitet til å kunne håndtere smittesporingen ved et større smitteutbrudd
- Kommunen skal tilby alternativ isolasjon og karantene der dette er nødvendig, for eksempel dersom de ikke kan gjennomføres hjemme
- Kommunen skal gjennomføre tilsyn med at regler for isolering og karantene blir fulgt

⁶¹ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470>

⁶² <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>

6.3 TISK

TISK er et målrettet smitteverntiltak som identifiserer og håndterer smittede til forskjell fra befolkningsrettede tiltak for å hindre smittespredning gjennom kontaktreduserende tiltak. Regjeringens mål har fra tidlig i pandemien vært å holde smittespredningen under kontroll, slik at smitten er håndterbar og ikke overskrider kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten og kommunehelsetjenesten, herunder TISK-kapasiteten. Ved lokale utbrudd vil det da være nødvendig å supplere målrettede TISK-tiltak med mer generelle befolkningstiltak for å unngå stort smittetrykk. Denne fullmakten har kommunene gjennom smittevernloven § 4-1.

I oppbyggingen av TISK-kapasitet har Helsedirektoratet benyttet § 7-10 i smittevernloven som hjemmel til å pålegge kommunene å iverksette tiltak for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern. Denne oppgaven tilligger kommunene i henhold til smittevernloven § 7-1. Loven pålegger også kommunene å ha kapasitet til å kunne gjennomføre testing (jf. § 3-5) og spore opp nærkontakter til smittede og isolere disse (jf. § 3-6, § 4-1, d, § 4-3 og kap. 5). Det administrative ansvaret for å ivareta smittevernoppgavene er lagt til kommunen (§ 7-1) og kommunelegen (§ 7-2).

Det nye med koronapandemien er at innsatsen er systematisert og skalert etter krav fra staten, noe som betyr at helsemyndighetene våren 2020 vurderte den lokale TISK-kapasiteten i en «normalsituasjon» til å være for liten til å være et effektivt virkemiddel i kampen mot pandemien.

Verken staten eller kommunene hadde klar en strategi eller plan for oppskalering av TISK-kapasiteten før pandemien slo til i begynnelsen av mars 2020.

TISK-begrepet er utviklet under pandemien, og ble lansert i regjeringens strategi for håndtering av koronapandemien fra 7. mai 2020 (s.7). Regjeringens strategi redegjør for valg av mål og tiltak for regjeringens håndtering av covid-19-pandemien i Norge, herunder hvordan risikovurdering og prinsipper for håndtering av pandemien bør ligge til grunn for vurdering av tiltak.⁶³ TISK som strategisk grep, er fulgt opp i regjeringens Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid19-pandemien vedtatt 10. juni.⁶⁴ og i Rundskriv I-7/2020 om kommunale smitteverntiltak. Beredskapsplanen gir en overordnet veiledning for vurderinger og beslutninger av tiltak på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Sammen med rundskrivet og FHI's Håndbok

⁶³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/>

⁶⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/73a60433276240bb9247a00ecc8b23c7/beredskapsplan-covid-19-oppdateret-desember-2020-hbrj.pdf>

for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen⁶⁵ gir staten veiledning for kommunenes vurderinger, beslutninger og iverksettelse av tiltak.

De statlige TISK-kravene og føringene operasjonalisert i et brev fra Helsedirektoratet til kommunene 3. juli 2020.⁶⁶ Ytterligere informasjon til kommunene om TISK kom i brev fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til ordførerne 4. september.⁶⁷ Det er også gitt informasjon om kommunenes bruk av personellressurser i forhold til TISK 19. august.

Målet med å bygge opp kommunenes TISK-kapasitet, har vært å unngå mer inngripende og kostbare befolkningstiltak som rammer mange, ikke bare mulig smittede personer. Det viktigste virkemiddelet for å unngå store utbrudd er å teste alle som kan være smittet og spore opp nærkontaktene. På denne måten kan man identifisere og stoppe smitten før den får muligheten til å spre seg. TISK kan erstatte mange av de inngripende tiltakene hvis det gjennomføres kontinuerlig og i et betydelig omfang, men det forutsetter at det samtidig etableres et overvåkningssystem som gjør det mulig å oppdage lokale utbrudd og sette i verk tiltak for å slå disse raskt ned. Jo større og bedre TISK-arbeidet er, desto lenger vil man kunne utsette å måtte iverksette inngripende smitteverntiltak. En god TISK-kapasitet er dermed en god investering for kommunene.

Den tredje mars publiserte FHI et råd om forsterket TISK ved utbruddshåndtering.

Forsterket TISK innebærer en mer utstrakt testing og karantenesetting, og mer vektlegging av god gjennomføring av karantene og isolering. Den største endringen ved forsterket TISK er ventekarantene for nærkontaktens husstandsmedlemmer, ikke kun nærkontakter som ved ordinær TISK ([se vedlegg](#)).

TISK-strategien er altså blitt konkretisert over tid, og det har betydd at råd og krav til kommunene har endret seg over tid. Når vi skal vurdere Strand kommunes TISK-innsats må vi ta høyde for denne dynamikken der staten har stilt stadig nye og mer detaljerte krav til kommunene

⁶⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

⁶⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Operasjonalisering%20av%20testing%20isolering%20smittesporing%20%20og%20karantene%20030720.pdf/attachment/inline/ee410417-4223-4843-8a3b-3e003d75fc3b:66a41c9a81a1ec49ce66b1450e3dd27ab9721545/Operasjonalisering%20av%20testing%20isolering%20smittesporing%20%20og%20karantene%20030720.pdf>

⁶⁷ <https://www.regjeringen.no/contentassets/4fdc181035d94db687a5174aeae2b0fb/brev-til-landets-ordforere-om-oppfolging-av-tisk-strategien-og-finansiering.pdf>

etter hvert. Disse kravene og rådene har vi benyttet som revisjonskriterier, og blir sammenfattet i avsnittet under.⁶⁸

6.4 ORGANISERING AV TESTING

Etter initiativ fra kommuneoverlegene ble det etablert en luftveislegevakt i kommunen som skulle ivareta alle kliniske undersøkelser av luftveisinfeksjoner og testing av Covid-19. I intervjuene blir opprettelse av luftveislegevakt beskrevet som helt nødvendig, til tross for bemanningsutfordringer i legetjenesten i kommunen: *«Det hørtet vanskelig ut fordi vi hadde så lite ressurser å gå på. Men det var helt nødvendig. Klart smitteforebyggende tiltak, ingen tvil»*. Legetjenesten og helseleder ordnet selv med det praktiske, alt fra det datatekniske til logistikk og møbler. Fra 26.mars var luftveislegevakten i drift, og hoveddelen av testingen har foregått her.

Før etableringen av luftveislegevakten ble testingen foretatt på legekantorene, enten i telt eller parkeringshus. I intervjuene blir imidlertid selve test-logistikken beskrevet som krevende: *«Der har vi jobbet og famlet litt»*.

Luftveislegevakten ble i første omgang driftet fra et lokale i Jørpeland sentrum. Disse lokalene ble fra starten av beskrevet som både «kummerlige»⁶⁹ og logistikkmessig utfordrende med hensyn til biladkomst. Når det i tillegg kom krav fra Helsedirektoratet⁷⁰ til kommunene om å kunne teste 5 prosent av befolkningen, ble det klart at den opprinnelige lokasjonen ikke var egnet til å håndtere en slik oppskalering. Det ble derfor bestemt at luftveislegevakten skulle flyttes. Fra 11.mai har luftveislegevakten blitt driftet fra Folkehjelpshuset, en lokasjon som blir beskrevet som mye mer velegnet. *«I etterpåklokskapens lys skulle vi ikke etablert den første teststasjonen. Vi tok ikke nok høyde for at det kunne bli større»*.

Videre skapte været en del utfordringer for test-teltene. I første omgang blåste begge teltene ved luftveislegevaktens første lokasjon ned. Dette førte til at en del personer ble testet utendørs, noe som ble ansett som uheldig ut fra et innbyggerperspektiv. Omsider blåste også teltet utenfor den nye lokasjonen ned, og i mellomtiden måtte folk testes inne. Dette ble ansett som forsvarlig så

⁶⁸ Viktigst her er brev fra 3. juli 2020 fra Helsedirektoratet til kommunene om Operasjonalisering av testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) ved covid-19 i kommunene.

⁶⁹ Fra krisestabmøte 26.03.2020

⁷⁰ Brev fra Helsedirektoratet sendt til kommunene 24.04.2020. Den økte kapasiteten skulle etableres gjennom en gradvis opptrapping og være på plass fra 1. august 2020. Det er et mål at kommunene skal kunne teste 1,5 prosent av befolkningen per uke i perioder med liten forekomst av tilstander med symptomer forenlig med covid-19 og at kapasiteten ved behov raskt skal kunne økes til 5 prosent ved høy forekomst av slike tilstander.

lenge det kun var et mindretall som testet seg, men det blir fremhevet som problematisk dersom behovet for testing hadde økt. Teltet ved luftveislegevakten ble tatt ned i slutten av november 2020. Vi får oppgitt at dette skyldtes utfordringer med årstiden, samt logistikk. Fra november 2020 har testingen foregått inne i lokalet, og det er blitt bygget en kulvert i inngangspartiet.

Luftveislegevakten har i løpet av perioden endret åpningstider en rekke ganger, alt etter behov. Per mars 2021 er åpningstiden mandag-fredag fra kl. 11:30 – 12.30/13, avhengig av antall avtalte tester og kliniske vurderinger.

Per mars 2021 var det totalt 16 kommunalt ansatte som var tilknyttet luftveislegevakten. Ni av disse er kommunalt ansatte leger, inkludert to LIS1-leger. De resterende er kommunalt ansatt helsepersonell hvor noen er dedikerte ressurser til luftveislegevakten, mens noen også har ordinært arbeid utenom. På luftveislegevakten er det alltid én lege og én helsepersonell til stede⁷¹.

I tillegg er det engasjert en vakt som dirigerer trafikk.

6.4.1 KAPASITET

Helsedirektoratet varslet kommunene i slutten av april at kommunene måtte forberede seg på å øke testkapasiteten. Det nye kravet var at kommunene måtte være forberedt på å teste 5 prosent av egen befolkning ukentlig innen utgangen av mai. I en rapportering til Statsforvalteren 31.08.2020 rapporterer Strand om en maksimumskapasitet på 2,7 prosent av befolkningen. Kommunen begrunner dette med at de har hatt utfordringer med å skaffe nok personell. I underkant av en måned senere hadde det blitt gjort grep som sikret at kommunen var i stand til å håndtere kravet om 5 prosent⁷². Vi får opplyst at kommunen organiserte legetjenesten litt annerledes, i tillegg til å rekruttere nytt hjelpepersonell.

Fra 12.august kom det nye retningslinjer fra Helsedirektoratet som innebar at alle som selv mistenkte at de var koronasmittet, skulle få anledning til å teste seg uten en leges vurdering. Strand valgte imidlertid å la være å følge disse retningslinjene, og heller fortsette med rutinen om at både turister og innbyggere skulle kontakte fastlegekontorene før testing.

I intervjuene kommer det fram at ordningen har medført en del kapasitetsutfordringer for legekontorene fordi legene har brukt mye tid på å rekvirere testing. Smittevernoverlege opplyser likevel om at ordningen generelt sett har fungert bra, med lite forsinkelser.

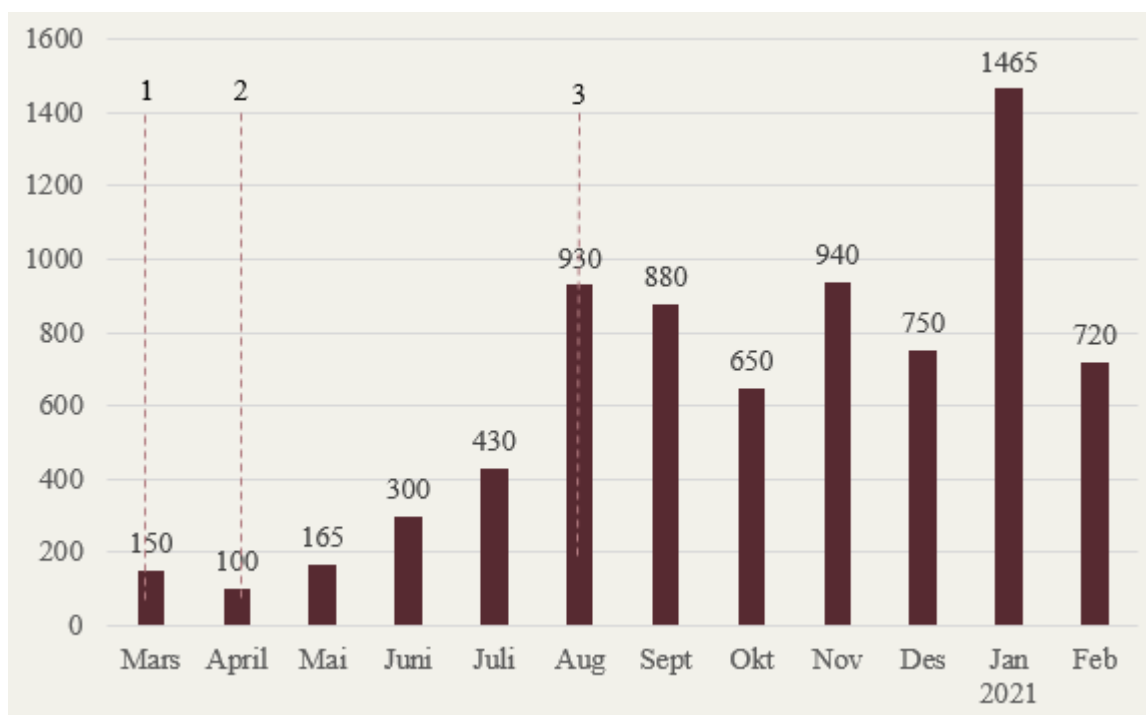
⁷¹ Info fra smittevernoverlege 22.03.2021

⁷² Kilde: krisestabmøte 21.09.2020

6.4.2 TESTING

Det er Folkehelseinstituttets kriterier som hele tiden har avgjort hvem som kan testes. Dette har endret seg underveis i koronaperioden. I figuren under viser vi utviklingen i antall tester per måned i Strand kommune:

Figur 5: Antall testede i perioden mars 2020 til februar 2021⁷³



Forklaring på de stiplede linjene: De markerer endringer i de nasjonale testkriteriene:

1. 13.mars: Testing ble fra denne datoen forbeholdt visse pasientgrupper og helsepersonell med luftveissymptomer.
2. 29.april: På grunn av økt testkapasitet, utvides hvem som prioriteres for testing til å omfatte alle som en lege mistenker har covid-19.
3. 12.august: Legevurdering er ikke lenger et krav for å bli testet. Alle som selv mistenker at de er smittet av covid-19, bør få anledning til å teste seg.

⁷³ Tall fra kommunen. Det blir spesifisert at det er omtrentlige tall, da kommunen har operert med ukentlige, og ikke månedlige, testtall.

Hovedbildet er at antall testede har økt kraftig. Det er tre forklaringer på dette: Terskelen for å teste seg er blitt stadig lavere, lokale smitteutbrudd og økt testkapasitet. Eksempelvis ser vi at antall testede øker fra april til august, til tross for at det var null smittede fra mai til august. Selv om Strand ikke innførte de nye testkriteriene i august og fortsatte med legevurdering, er det likevel en dobling i antall tester fra juli til august. To mulige forklaringer på dette er at innbyggerne hadde kommet hjem fra ferie, pluss at det i august var en del lokale smitteutbrudd rundt om i landet.

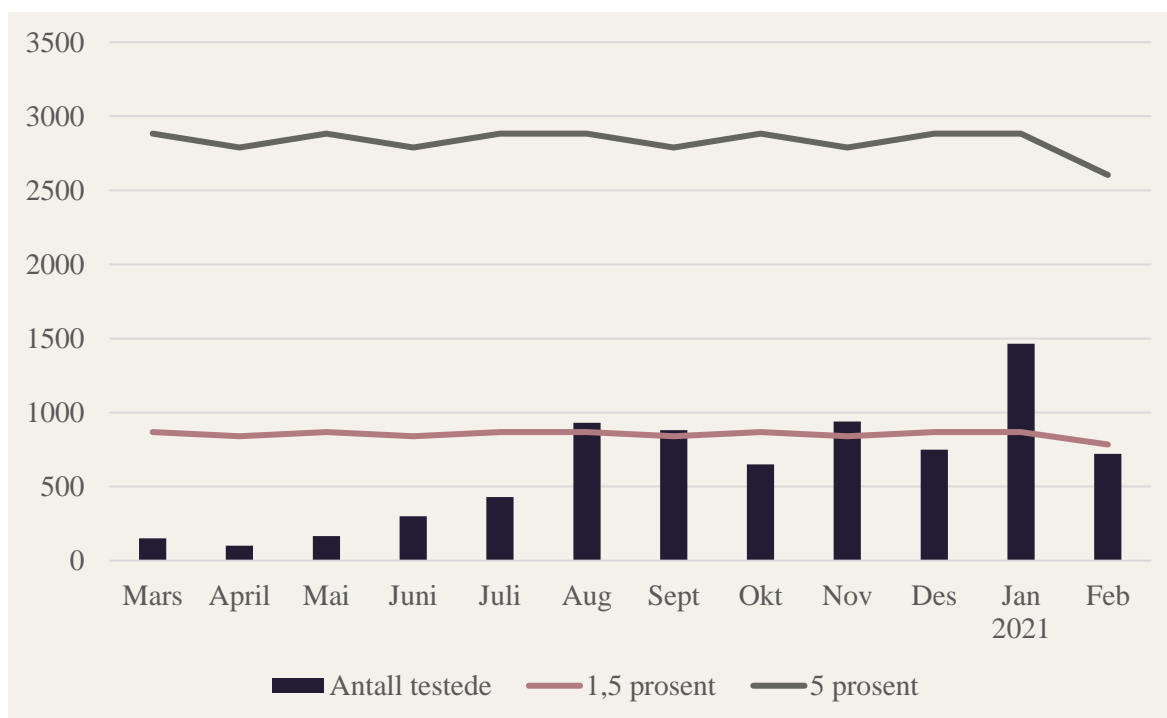
Ved testasjonen på Klepp (Gjesdal, Hå, Klepp, Sandnes og Time) opplevde man en kraftig oppgang fra august til desember, noe som nok blant annet skyldes endringen av testkriteriene, dvs. at det er en lavere terskel for å teste seg. Det er interessant å merke seg at det er en nedgang i antall testede i denne perioden i Strand, noe som kan ha sammenheng med at Strand ikke innførte den nye endringen i testkriteriene.

I januar er det likevel en klar økning, noe som kan knyttes opp mot et større lokalt smitteutbrudd.

Test-kapasiteten økte også utover høsten/vinteren. Eksempelvis ble det testet betydelig flere i januar 2021 (1465) enn i løpet av de fem første månedene til sammen (1145).

I figuren under ser vi det faktiske antallet testede per måned opp mot antall testede dersom en skulle testet like mange som de to kapasitetskravene, dvs. 1,5 prosent og 5 prosent av befolkningen.

Figur 6: Antallet faktisk testede per måned sett opp mot kapasitetskravene på 1,5 og 5 prosent



Vi ser at det er først fra august 2020 at antallet testede per måned har beveget seg over 1,5 prosent, med en topp i januar 2021. Den første uken i januar ble det testet 662 personer, noe som utgjør 5,1 prosent av befolkningen i Strand kommune.

Det har som regel gått raskt å få svar på koronatestene, og svaret har kommet inn på Helsenorge.no innen 24 timer etter prøven er tatt⁷⁴.

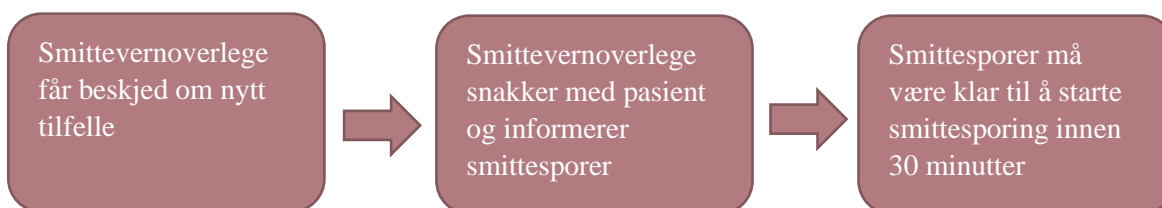
6.5 SMITTESPORING

Smittesporing er prosessen med å finne, informere og eventuelt følge opp eller teste nærkontakter til indekstilfellet. Når smittesporing brukes systematisk, vil dette effektivt kunne bidra til å bryte en smittekjede. Smittesporingen omfatter tre deler:

- Samtale med indekstilfellet for å kartlegge smittesituasjonen og identifisere nærkontakter
- Informere nærkontakter om at de har vært i kontakt med en person som har testet positivt for covid-19 og dermed kan ha vært utsatt for smitte
- Oppfølging av nærkontakter

6.5.1 ORGANISERING AV SMITTESPORING I STRAND

Smittesporingsarbeidet i kommunen er organisert til Familiens Hus, som ligger under tjenesteområdet Levekår. Vi får opplyst at dette var naturlig da Familiens Hus allerede har ansvaret for tuberkulosearbeidet i kommunen. Det var virksomhetsleder som ble tildelt hovedansvaret for smittesporing fra starten av, i tillegg til en helsesykepleier som kunne bidra hvis vedkommende var tilgjengelig. Prosedyrer kom raskt på plass, og i praksis fungerte det slik:



Vi får imidlertid opplyst at «når det gjelder smittesporing har det ikke vært nok folk». I dette inngår det at virksomhetslederen som fikk ansvaret for smittesporingen ble gående på vakt i fem

⁷⁴ Opplyst i e-post fra smittevernoverlege 22.03.2021

måneder, med en forventet «utrykningstid» på 30 minutter⁷⁵. I intervju blir det løftet fram som sårbart når kun én person har hovedansvaret over så lang tid, med tanke på å sikre drift ved fravær. Samtidig er det flere som påpeker at belastningen et så stort ansvar medfører har vært for stor. Vi får også opplyst om at det ble gitt beskjed om situasjonen, men at det tok tid før det ble gjort en endring.

Fra månedsskiftet august/september 2020 ble smittesporingen organisert litt annerledes, med totalt tre personer som rullerer på å gå på vakt. Teamet består av virksomhetsleder, en helsesykepleier og en sykepleier. Sistnevnte har vakt kun i helg, mens de to andre har vakt både ukedager og helg. Vi får opplyst at vaktfordelingen på disse tre er på ca. 50 (virksomhetsleder), 40 (helsesykepleier) og 10 (sykepleier) prosent.

På samme tid begynte kommunen arbeidet med å lage en liste over personell som kunne tilkalles ved behov. Denne listen består av 40 ansatte fra ulike deler av kommunen. I oktober 2020 får vi opplyst at det ikke er planlagt opplæring av disse i forkant, men at aktuelle personer vil få opplæring når de blir tilkalt. Bakgrunnen for dette var at det kunne gå lang tid mellom opplæring og eventuell tilkalling, og at sjansen dermed var stor for at opplæringen ville bli glemt. Like før jul ble det likevel sendt ut en e-post med informasjon til de på tilkallingslisten, og de ble oppfordret til å ta kontakt ved spørsmål.

Det er ikke dedikerte ressurser til smittesporing; smittesporing kommer med andre ord på toppen av smittesporernes ordinære arbeid. Vi får opplyst at dersom det kommer en smittetopp må ordinære arbeidsoppgaver bortprioriteres i en periode og flere personer kalles inn og delta.

Fra 10. september var kommunen klar til å ta i bruk det digitale smittesporingsverktøyet ReMin. Før dette ble smittesporingen utført manuelt.

6.6 BEREDSKAPSBOLIGER/BEREDSKAPSHOTELL

Kommunene er pålagt å ha et botilbud for smittede innbyggere som bor i tette husstander og ikke har mulighet til å holde seg isolert fra resten av familien i eget hjem. Vi får imidlertid opplyst at kommunen ikke har inngått avtaler for dette formålet⁷⁶. Smittevernoverlege påpeker at nesten alle i Strand bor romslig nok til å kunne ha karantene hjemme eller finner en løsning selv, og er sikker på at kommunen ville klart å finne et egnet sted på kort varsel hvis nødvendig. Krisestaben har vurdert kapasiteten på Liland bryggerihotell og Verkshotellet som god, både for innkvartering og forpleining.

⁷⁵ Opplyst i intervju.

⁷⁶ Opplyst i intervju februar 2021.

6.7 TILSYN

I et brev av 3. juli 2020 minner Helsedirektoratet om at kommunen «..har ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner overholder de tiltak de er pålagt i form av karantene og isolasjon, og at virksomheter følger de smittevernfarene og veiledere som til enhver tid gjelder for ulike bransjer. Tilsyn vil kunne ha god preventiv effekt mot smittespredning⁷⁷».

Kommunen har per 28.04.21 ikke hatt noen form for tilsyn om hvorvidt enkeltpersoner har overholdt regler for karantene og isolasjon. Smittevernoverlege poengterer personer i isolasjon har hatt jevnlig kontakt med fastlegen, og at det ikke har forekommet opplysninger om at isolasjon ikke blir overholdt. Vi får også oppgitt at Strand kommune har inntrykk av at også karantene blir overholdt etter anbefalingene.

Kommunen har imidlertid engasjert en person som har gått på jevnlig runder i butikker og serveringssteder og rapportert til krisestaben om hvorvidt smittevernet blir overholdt.

Strand kommune inngikk 02.mars 2021 en avtale med Rogaland brann og redning for kontroll av innreisekarantene. Dette er en samordning av kontroll av innreisekarantene med flere kommuner som er medeiere i Rogaland brann og redning IKS. Det er 12 kommuner i Sør-Rogaland som nylig startet opp felles karantenehotell med innreisekarantene gjennom å engasjere en gruppe politipensjonister som jobber på oppdrag fra miljørettet helsevern i Rogaland brann og redning.

6.8 STRESSTEST ÅRSKIFTET 2020/2021

Like før nyttårshelgen 2020 og de påfølgende dagene opplevde Strand kommune, i likhet med resten av regionen, en rask økning i antall smittetilfeller.

Ettersom det er fastlegene som rekvirerer testing i Strand, medførte det stor pågang på telefonen til legekantorene. Dette framgår også av Strand sine hjemmesider per 12.01.2021: «*Det er stor pågang med henvendelser til legekantorene pr. telefon, blant annet angående koronatesting*». Vi får opplyst at dette var en travel periode for legene, samtidig som det oppstod utfordringer med selve telefontilgangen, som medførte lang ventetid for innringere.

De første dagene var det de tre smittesporerne i smittesporingsteamet som utførte smittesporingen. Smittesporingsteamet ble imidlertid selv rammet av både smitte og karantene. Til tross for dette klarte de å opprettholde smittesporingsoppgavene fra hjemmekontor. Samtidig

⁷⁷Ansaret følger etter smittevernloven § 7-1 jfr. covid-19-forskriftens § 18. Jf. brev fra Helsedirektoratet 3. juli: *Operasjonalisering av testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) ved covid-19 i kommunene*

ble fem ekstra ressurser fra tilkallingslisten mobilisert⁷⁸, og opplæringen ble nødvendigvis gjennomført digitalt. Vi får opplyst at den digitale opplæringen fungerte bra, men at det var tidkrevende for de ordinære smittesporerne å lære opp nye samtidig som man også måtte smittesporer, og at man i ettertid skulle ønske at man hadde lært opp noen av disse på forhånd.

Økt antall smittede medfølger nødvendigvis også økt antall testede. I utgangspunktet var det planlagt at teststasjonen skulle være stengt på de røde dagene rundt jul- og nyttårstiden. Dersom noen måtte testes disse dagene, var det avtalt at disse skulle henvises til testing i Stavanger. På grunn av økende trykk ble det imidlertid mobilisert ressurser slik at teststasjonen i Strand fikk til å organisere testing både jule- og nyttårshelgen.

Fra å teste rundt 100-200 i uken, ble det utført ca. mellom 250-500 tester ukentlig disse ukene. Vi får opplyst at kommunen på det meste testet opp mot 120 personer om dagen i denne perioden. Dette medførte at «folk stod timevis i kø». Dette ble løst ved å henge opp skilter og engasjere flere folk som kunne dirigere trafikken.

6.9 VURDERING

Testing. Hoveddelen av testingen i kommunen har foregått på luftveislegevakten. Gjennomgangen viser at luftveislegevakten har klart å oppskalere test-kapasiteten i tråd med nasjonale føringer. Veien dit var likevel preget av mye «prøving og feiling» gjennom uegnede lokaler, teltproblemer og utfordringer med bemanning. Først i september hadde kommunen organisert seg slik at de var i stand til å håndtere en testkapasitet på 5 prosent. Etter vår vurdering er det i perioden mars-september at enheten hadde den største sårbarheten i tilfelle en sterk økning i testbehov, både mtp. personell og logistikk i form av en fungerende ordning uten telt. Tilsvarende kravene

Samtidig ønsker vi å påpeke at luftveislegevakten var en helt ny organisasjon med helt nye oppgaver, der behovene vokste fram etter hvert. Det er positivt at kommunen har lært og justert seg underveis, og gjennom bytting av lokaler og kulvert-løsning etter hvert fikk til en god logistikk.

Vi ønsker også å understreke at det er flere positive sider med måten luftveislegevakten vokste frem på. Kommuneoverlegene ble gitt stor autonomi, og fikk til å bygge opp enheten fra grunnen av, på bakgrunn av faglige vurderinger og behov, og til tross for eksisterende utfordringer med bemanning. Kombinert med den akutte krisen landet og kommunene har stått ovenfor, ser det ut

⁷⁸ Disse ble hentet fra ulike deler av kommunen, f.eks fra stab, NAV, skole.

til at dette har utløst en dugnadsånd, kreativitet og arbeidsinnsats som har vært avgjørende for det positive resultatet.

Kommunen valgte å la være å innføre Helsedirektoratets retningslinjer for august 2020, som innebar at de som mistenkte at de var koronasmittet, skulle få anledning til å teste seg uten en leges vurdering. I Strand må innbyggerne fortsatt kontakte lege først for å kunne teste seg. Selv om kommunen påpeker at ordningen fungerer bra og med lite forsinkelse, viser gjennomgangen at ordningen kan være sårbar under pressede perioder; både i form av kapasitetsutfordringer for legene, samt for testtilbudet for innbyggerne.

Smittesporing. Smittesporerne er blant kjernetroppene i landets og kommunenes koronahåndtering, i likhet med de som jobber på luftveislegevakt og teststasjonen. Jobben som smittesporer kommer i tillegg til ordinært arbeid i kommunen, og ved et høyt smittetrykk må ordinære arbeidsoppgaver prioriteres bort.

Gjennomgangen viser at det i praksis var én person som hadde ansvaret for smittesporingen fra mars til august 2020, noe som minner om hvordan smittevernutstyrsarbeidet også var organisert. Etter vår vurdering har beredskapen vært for svak på dette området i denne perioden. Utover en helsesykepleier som hadde vært noe involvert i starten, var det ikke definert ekstrapersonell som kunne tilkalles, og det var ikke gitt opplæring til andre som kunne utført disse oppgavene.

Fra august/september ble smittesporingen organisert annerledes. Ved årsskiftet ble det tydelig at dette var en meget sårbar ordning, som potensielt kunne hatt store problemer med å håndtere en rask smitteoppblomstring. Situasjonen ble løst gjennom smittesporing og digital opplæring til vikarer fra «hjemmekontor», men avgjørende for det positive resultatet var både dugnadsånd, kreativitet og stor arbeidsinnsats, og ikke minst at smittesporingsteamet faktisk var i stand til å utføre arbeidsoppgavene til tross for smitte/karantene.

Det kan være verdt å nevne at Gjesdal kommune har fått på plass en robust organisering av smittesporingen. Per april 2021 bestod smittesporingsteamet av åtte personer som gikk i turnus, hvorav én av disse var leder. Teamet består av ansatte som jobber i reduserte stillinger som har fått en midlertidig økning, samt heltidsansatte som har blitt delvis frigjort fra sine ordinære jobber for å arbeide med smittesporing.

Det er uansett viktig at kommunen ikke glemmer alle de verdifulle erfaringene man har gjort seg med oppbyggingen av luftveislegevakten og smittesporingsteamet, slik at man raskt kan mønstre et solid og velorganisert TISK-organisasjon ved en eventuell ny pandemi eller et nytt større smitteutbrudd.

Kommunen er pålagt å ha et botilbud for smittede innbyggere som bor i tette husstander og ikke har mulighet til å holde seg isolert fra resten av familien i eget hjem. Kommunen har ikke inngått avtaler for dette formålet. Kommunene har ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner faktisk er i karantene og isolasjon. Dette har så langt ikke vært praktisert i Strand.

6.10 VIRKSOMHETER

6.10.1 TILTAK INNENFOR LEGETJENESTEN

Når det gjelder legetjenesten får vi opplyst at den største bekymringen for kommunen har vært bemanningen: «*Bemanning er en utfordring. Hele tiden*». Det pekes på kapasitetsproblematikk på både legekantorene og legevakten. Vi får derfor opplyst at de tiltakene som var viktigst å få på plass raskt var skjerming av legekantorene og legevakten.

Som nevnt ble det opprettet en luftveislegevakt i kommunen, blant annet for å skjerme den ordinære legevakten. I løpet av uke 12 og 13 delte alle de tre legekantorene seg i to team⁷⁹, hvor halvparten var på hjemmekontor annenhver uke⁸⁰. På denne måten kunne de sikre drift ved at legekantorene ikke måtte stenge i tilfelle smitte, i tillegg til «*å unngå total lammelse ved evt. karantenebestemmelser*⁸¹». Det ble også vurdert som ekstra sårbart dersom Jørpeland legesenter skulle rammes av smitte, da det er dette legesenteret som drifter legevakten: «*legevakten ville nok kollapse hvis Jørpeland legesenter ble rammet. Uten Jørpeland legesenter kunne man ikke hatt legevakt*». Det viktigste argumentet for å dele legekantorene blir derfor framhevet som å sikre drift av legevakten.

I løpet av perioden har helseleder og kommuneoverlegene hatt regelmessige møter hvor de har diskutert logistikk og drift av legetjenesten, ulike scenarioer mm. På et tidlig tidspunkt ble også en av legene på Jørpeland legesenter inkludert i gruppen, slik at en kunne sikre felles forståelse på tvers av hele legetjenesten.

6.10.2 TILTAK INNENFOR OMSORGSINSTITUSJONENE

I løpet av pandemien har det blitt iverksatt en rekke tiltak og utarbeidet flere retningslinjer/rutiner innen kommunalområde omsorg⁸². Kommunen har også retningslinjer for besøk på sykehjem, og disse er tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Fra kommunalsjef får vi opplyst at når det

⁷⁹ Jørpeland legesenter (kommunalt) delte seg i uke 12, mens Tau legesenter og Rådhusgaten legegruppe delte seg uken etter. De to sistnevnte måtte avvente svar fra kommunen angående kompensasjon før de kunne iverksette samme tiltak.

⁸⁰ Tiltaket opphørte i løpet av uke 20 og 21, og kantorene gikk over til ordinær drift.

⁸¹ Kilde: E-post fra Jørpeland legesenter 19.03.2020, «Todeling av Jørpeland legesenter»

⁸² Dette inkluderer blant annet rutiner for testing i institusjon, plan for fortsatt drift, opptrappingsplan for håndtering av smitte, bemanning ved påvist smitte osv.

gjelder håndtering av besøksforbudet, har kommunen fulgt de gjeldende nasjonale retningslinjene og veiledere på området.

Beredskap i forkant av nedstengingen og tiltak i tidlig fase

Flere av de vi har intervjuet fremhever at kommunalområde Omsorg var tidlig ute med forberedelser i forkant av nedstengingen. Kommunalsjef startet å forberede sektoren fra midten av februar, og det ble satt inn ekstra beredskapstiltak. Av tiltak som ble utført før 12.mars var eksempelvis kontinuitetsplanlegging, håndhygienekurs, kartlegging av ekstrabemanninger og innskjerping av renholdsrutiner.

12.mars stenges virksomhetene for besøk, og besøk må avtales. Dagen etter blir det etablert vaktordning utenfor dørene ved Tautunet og Jonsokberget. Det ble også innført en umiddelbar kohortstrategi, dvs. at alle avdelingene ble splittet i mindre avdelinger for å unngå at eventuell smitte skulle lamme en hel institusjon.

Den første tiden blir beskrevet som en periode med mye armer og bein og stadige endringer: «*hvordan hverdagen innen helse og omsorg ser ut om en uke er for tiden ikke mulig å forestille seg*»⁸³. Det oppstod raskt en bekymring rundt håndtering av en situasjon med mange smittede institusjonspasienter⁸⁴. For å holde eventuell smitte borte fra institusjonene ble det inngått en avtale med Helse Vest om å ta i bruk DPS-bygget som «smitteavdeling». Denne var operativ fra 26.mars⁸⁵. Samtidig planla kommunen også for en situasjon hvor det ville være behov for å øke kapasiteten på sykehjemsplasser. Med dette som formål ble det 31.mars inngått en avtale med Vaulali leirsted. Vaulali skulle (ved behov) fungere som «avlastningsavdeling» for mindre krevende pasienter, for å skape plass på Jonsokberget og Tautunet for pasienter med mer omfattende behov⁸⁶. Det ble nedsatt en egen arbeidsgruppe med to sykepleiere utenfor omsorgssektoren⁸⁷ som skulle lage rutiner for disse avdelingene.

Samtidig ble det jobbet med kontinuitetsplan og rutiner basert på ulike scenarioer. Et læringspunkt virksomhetene peker på i denne sammenheng, er at det tok lang tid før det forelå en plan for håndtering av smitte på institusjon: «*Det som tok lengst tid var i forhold til hva gjør vi*

⁸³ Kilde: Innlegg kommunestyret, omsorg 25.03.2020

⁸⁴ Opplyst i intervju.

⁸⁵ Kilde: Innlegg kommunestyret, omsorg 25.03.2020

⁸⁶ Vaulali hadde 20 sengeplasser, mens DPS-bygget hadde 8 sengeplasser. Kommunen hadde i tillegg dialog med to hoteller i tilfelle det var behov for ekstra kapasitet. Kilde: Rapportering til Statsforvalteren 31.03.2020

⁸⁷ Fra hhv. NAV og skolesektoren

den dagen når smitten kommer. Den tok for lang tid». Vi får opplyst at arbeidsgruppen for smittevern avdelingen fikk ansvaret med å lage retningslinjer for en slik situasjon, men at disse var mer praktisk orientert mot eksempelvis logistikk og utstyr. «Vi ønsket et klarere verktøy». Virksomhetene begynte derfor å lage sine egne rutiner, før de samlet det sammen til én felles plan.

Kompetanse og bemanning

I intervjuene blir kompetanse og bemanning trukket fram som to av de mest kritiske faktorene i forkant av nedstengingen: «*Bemanning har vært en akilleshæl. Har vi nok, og kan de nok?*». Kommunalsjef omsorg forteller om en voksende uro angående kompetanse i forkant av nedstengingen, og innførte derfor obligatorisk smittevernkurs for alle ansatte i starten av mars. Uroen var hovedsakelig knyttet til to faktorer:

- 1) Smittevernkompetansen ligger ofte latent, og blir ikke dratt opp til aktualisering før det faktisk er aktuelt.
- 2) Forskjeller i kompetanse på tvers av avdelinger. Det blir eksempelvis påpekt at avdelingene med mest kritiske pasienter er mer kompetente på smittevern enn andre avdelinger med mindre kritiske pasienter.

I tillegg til obligatorisk smittevernkurs i forkant av nedstengingen, ble det også etablert et smittevernteam like etter nedstengingen (18.mars). Dette bestod av tre kompetente sykepleiere som ble fristilt fra annet arbeid. Disse fungerte som kompetanseteam internt, og hadde ansvar for kompetansebygging, opplæring og trening i smittevernutstyr, samt rådgivning til kommunalsjef og virksomhetsledere. Dette teamet hadde dessuten tett dialog med smittevernoverlege.

I forkant og like etter nedstengingen ble det altså satt i gang en rekke tiltak for å ruste kompetansen blant de ansatte. Samtidig var det i starten også en bekymring rundt *tilgangen* til kompetanse. I løpet av uke 12 ble det leid inn over 100 ekstravakter som følge av sykdom og karantene i den ordinære ansattgruppen⁸⁸. I et innlegg i kommunestyret 25.mars blir det presisert at «*hovedoppgaven nå er å skaffe nok folk til å holde driften i gang*». I tillegg til fravær på grunn av sykdom og karantene, medførte også kohortstrategien at ansatte som tidligere kunne avlaste hverandre ikke lenger kunne gå på tvers av avdelinger.

For å sikre at avdelingene fikk dekket det nødvendige faglige behovet, ble helsefaglig personell omdisponert mellom omsorgsvirksomheter⁸⁹. Dagen etter nedstengingen startet i tillegg personalkontoret kartleggingen av egne ansatte som kunne omdisponeres, og oppfordret samtidig

⁸⁸ Kilde: Innlegg kommunestyret, omsorg 25.03.2020

⁸⁹ Kilde: Innlegg kommunestyret, omsorg 25.03.2020

frivillige til å melde seg til kommunen. Fordi skolene og barnehagene var stengt, kunne ansatte fra denne sektoren omdisponeres til omsorgsvirksomhetene.

Tilbakemeldinger fra en av virksomhetene tyder imidlertid på at «personalbanken» til kommunen ikke fungerte helt etter hensikten i starten. Vi får opplyst at andre halvdel av mars var preget av mye «armer og bein», og at prosessen med å få tak i nok personell «*var et kav*». Etter hvert fikk virksomhetene beskjed om at all ekstrabemannning skulle gå via personalsjefen, men tilbakemeldinger fra intervju tyder på at dette ikke nødvendigvis ble gjort. For noen var det lettere å kontakte folk de allerede hadde kjennskap til, heller enn å ta i bruk personalbanken: «*Her fisket vi folk ettersom vi kjente og visste om. (...) Når du vet om folk så tar du kontakt fordi du er desperat*». I intervju etterlyses det et bedre system for en vikarpool og en bedre koordinering av bemanningsproblematikken i starten: «*Det burde blitt gjort annerledes. (...) For nå satt vi fem stykker og ville ha folk, og det var ikke samkjørt*».

I intervjuene blir det også pekt på utfordringer med å skaffe bemanning til smitteavdelingen: «*Vi har ikke bemanning. Klarer ikke se hvordan vi skulle ha skaffet de til veie*». Dette kommer også fram i en situasjonsrapport til Statsforvalteren 02.juni.

Per 30.oktober får vi også bekreftet fra kommunalsjef omsorg at bemanning til smitteavdeling ikke er klar for oppstart⁹⁰. «Oppskriften» ved et smittetilfelle er at situasjonen i første omgang skal håndteres i den enheten der smitten oppstår. For å dekke opp fraværet dette medfører må alle andre virksomheter levere ansatte til denne avdelingen. Dersom smitten viser seg å være mer utbredt kan DPS-bygget tas i bruk, men også i dette tilfellet vil bemanningen bestå av «lånt» personell fra andre omsorgsvirksomheter. Vi får opplyst at bemanningsgapet som vil oppstå i de andre omsorgsvirksomhetene kan bli fylt opp ved å øke stillingsstørrelser, leie inn vikarer, eller kontakte frivillige fra den nasjonale bemanningsbanken. Samtidig peker kommunen på at en slik praksis følgelig vil føre til nedsatt aktivitet/kvalitet for resterende enheter. En tilleggsutfordring er at «*tilførsel av nytt personale bestående av frivillige vil kreve store ressurser mht. opplæring mm.*»⁹¹.

Krisestaben besluttet 16.03.2021 å si opp leieavtalen med Vaulali⁹². Begrunnelsen var mangel på tilstrekkelig hjelpepersonell som kunne settes inn i tilfelle en stor smittebølge. «*Ved stor smitte vil mangel på personell bli utfordringen*».

Samhandling

⁹⁰ Opplyst på e-post 29.10.2020

⁹¹ Kilde: Situasjonsrapport til Statsforvalteren 02.06.2020

⁹² Referat krisestabmøte 16.03.2021

I den første perioden hadde kommunalsjef daglige møter med de respektive virksomhetslederne, og i intervju blir møtene beskrevet som å ha et sterkt operativt fokus. Virksomhetene beskriver samhandlingen og informasjonsflyten generelt som god.

Det blir samtidig pekt på at starten var preget av mye usikkerhet og ulik kriseforståelse, som nødvendigvis påvirket implementeringen av tiltak: «*Vi brukte litt ulik tid på å forstå alvoret, og hvor mye tiltak vi skulle sette i gang raskt. Ulikt både i ansattgruppen og blant lederne*». En av virksomhetene peker på at tiltak som for eksempel å skille personalet og dele garderober ble gjort hos noen umiddelbart, mens andre brukte mer tid på implementeringen. Det blir påpekt at selv om budskapet fra kommuneledelsen i seg selv var tydelig, var det likevel knyttet en del usikkerhet til *hvordan* tiltakene skulle gjennomføres, og i enkelte tilfeller *hvem* som skulle ha ansvaret. Dette gjaldt også implementeringen av besøksforbudet; I intervju med virksomhetene blir det påpekt at selv om det fantes retningslinjer for besøk, ble besøksrestriksjonene håndtert ulikt mellom virksomhetene i starten. Håndteringen av besøksforbudet opplevdes også vanskeligere ettersom tiden gikk på grunn av økende trykk fra både pårørende, brukere og politikere⁹³.

Til tross for ulik kriseforståelse i starten, ble virksomhetene mer samkjørte etter hvert: «*Det gikk seg til, men i starten var vi på ulike stadier. Ulik kriseforståelse i starten*».

I løpet av perioden har virksomhetslederne fått videreformidlet relevant informasjon fra krisestaben som har angått deres eget tjenesteområde. I denne sammenheng påpeker en av virksomhetslederne at det hadde vært nyttig å fått informasjon om saker også utenfor deres eget kommunalområde, for å i større grad kunne se helheten i hva de stod oppi. Som vi skal se senere, var dette også et uttalt savn hos flere virksomhetsledere innenfor kommunalområde opplæring.

6.10.3 VURDERING

Det ble innført en rekke smitteforebyggende og kontaktreduserende tiltak for å sikre kontinuitet av legetjenesten i kommunen. Både deling av legekontorer og luftveislegevakt ble implementert og opprettet, til tross for eksisterende bemanningsutfordringer.

Også omsorgstjenesten innførte flere smitteforebyggende og kontaktreduserende tiltak, og flere grep ble også gjort i forkant av nedstengingen. Kommunalsjef startet forberedende aktiviteter allerede i starten/midten av februar.

I likhet med legetjenesten, blir bemanning trukket fram som en akilleshæl også innen omsorg. Samtidig var det også en bekymring rundt kompetanse. Gjennomgangen viser at det ble gjort

⁹³ Opplyst i intervju.

gode grep for å ruste opp kompetansen blant de ansatte, blant annet gjennom kurs og opprettelse av et smittevernteam. I tillegg ble det opprettet en «personalbank» med personell virksomhetene kunne hente inn ved behov. Til tross for noen «oppstartsproblemer», har personalbanken etter vår vurdering vært en god måte å få oversikt over og eventuelt omdisponere personell på under krisen.

Pandemien kom overraskende på mange, og spesielt den første perioden blir beskrevet som å være en periode preget av mye «armer og bein». Gjennomgangen viser at flere tiltak ble utført og implementert ulikt i starten, og at det i denne forbindelse er viktig å være tydelig på ikke bare *hva* som skal gjøres, men også *hvordan* og av *hvem*. Det er uansett viktig at kommunen ikke glemmer alle de verdifulle erfaringene man har gjort seg når det gjelder virksomme og mindre virksomme tiltak, samt hvordan implementeringen av tiltakene har fungert.

7 TILTAK FOR Å IVARETA SÅRBARE BARN OG UNGE

7.1 INNLEDNING OG REVISJONSKRITERIER

Smitteverntiltakene har som formål å beskytte den somatiske helsen til risikoutsatte personer i befolkningen. En utilsiktet konsekvens av begrensningene som ligger i disse tiltakene er en betydelig forverring av livskvaliteten og den psykiske helsen hos barn og unge. Sagt på en annen måte: **Håndteringen av en krise innenfor et fagfelt kan utløse en krise innenfor et annet.** Håndteringen av koronapandemien innebar tidvis nedstengning og reduksjon av kommunenes tilbud rettet mot barn og unge.

Nokså raskt etter nedstengningen ble man nasjonalt og lokalt bekymret for hvilke konsekvenser dette kunne få for sårbare barn og unge og deres familier. Og det ble slått fast at sårbare barn også i krisetid skulle fanges opp, få hjelp og ivaretas⁹⁴.

Barne- og familiedepartementet (BFD) nedsatte 06.04.20 en koordineringsgruppe som skulle vurdere tjenestetilbudet til barn og unge under covid-19 pandemien⁹⁵. Første statusrapport konkluderte med at smitteverntiltakene hadde store negative ringvirkninger på tjenestetilbudet til barn og unge. De peker på at mange virksomheter så ut til å ha overreagert samtidig for å

⁹⁴ Kilde: Sårbare barn og unge – statusrapport nr. 1 fra koordineringsgruppe til bfd, 20.04):

⁹⁵ Gruppen har levert jevnlig statusrapporter til departementet. Arbeidet er blitt ledet av Bufdir.

begrense smitte. Selv om det bare var skole og barnehage som var stengt av myndighetene, var mange flere tjenester gjort helt eller delvis utilgjengelige for barn, unge og familier.

Koordineringsgruppen er bekymret for den totale belastningen smitteverntiltakene har på barn og unge. De legger til grunn at myndighetene i vurderinger av nasjonale smitteverntiltak bør ha som overordnet premiss at tiltaksbyrden overfor barn og unge må være lavest mulig:

«Belastningen øker med varigheten av tiltaket, og bekymringen for at sårbare barn ikke fanges opp eller ikke får god nok hjelp øker tilsvarende. Det er avgjørende at de universelle og spesialiserte tjenestene til barn og unge er åpne og tilgjengelige. Barn og unge bør i størst mulig grad få mulighet til å drive med fritidsaktiviteter og besøke hverandre hjemme»⁹⁶.

Koordineringsgruppen anslo i sin første rapport i april 2020 at andelen utsatte barn utgjorde minst 20 prosent av landets barn og unge. Samtidig vises det til såkalte «gråsoneelever», som ikke objektivt sett er definert som sårbare, men som i denne ekstraordinære situasjonen har blitt det eller kan bli det på sikt. Det pekes på at også i utgangspunktet ressurssterke familier har blitt rammet og trenger oppfølging. Dette er familier man i utgangspunktet ikke så for seg skulle ha behov for ekstra oppfølging, men der usikkert arbeidsmarked og sviktende økonomi rammer bredt og gir nye sårbare familier som må ivaretas⁹⁷.

I denne delen ser vi på tiltak for å redusere de utilsiktede konsekvensene av koronatiltakene, dvs. Strand kommunes tiltak rettet mot sårbare barn og unge. For å kunne vurdere kommunens innsats og tiltak, legges følgende indikatorer/kriterier til grunn:

- Kommunen var tidlig ute med å prioritere sårbare barn og unge
- Barn i sårbare livssituasjoner har mottatt et omsorgstilbud i barnehagene og på skolen
- Elevene som mottok spesialundervisning fikk tildelt de vedtatte timene
- Antall bekymringsmeldinger har ikke endret seg vesentlig i 2020, sammenlignet med foregående år. Antall bekymringsmeldinger er en indikator på kommunens evne til å fange opp de sårbare barna, selv om det er vanskelig å være for bastant i konklusjonene ved en nedgang/oppgang i meldinger.
- Helsestasjonstjenestene har klart å ivareta barn og sårbare grupper på en tilnærmet normal måte

Koronapandemien har naturlig nok hatt en viss innvirkning på aktivitetsnivået i kommunene, også aktivitetene rettet mot barn og unge. Eksempelvis har smittevern hensynet gjort det vanskelig å gjennomføre det vedtatte antallet spesialundervisningstimer i flere kommuner.

⁹⁶ Rapport nr. 11, s. 5.

⁹⁷ Fra «Oppsummering av fylkesmennenes innrapportering på konsekvenser av koronatiltakene for barnehage og skole», etter oppdrag 27.03.2020

I gjennomgangen anvender vi derfor sammenligninger for å få et bilde av hvordan aktivitetsnivået er i koronaåret 2020. Vi sammenligner Strand med andre kommuner. I tillegg sammenligner vi kommunens aktivitet rettet mot barn og unge i 2020 mot aktiviteten i 2019.

Vi legger også til grunn virksomhetenes egne vurderinger av hvordan tilbudet til barn i sårbare livssituasjoner er blitt påvirket av koronasituasjonen.

7.2 KOMMUNENS FØRINGER/RETNINGSLINJER

Det ble ikke utarbeidet et sett med kriterier for hva som avgjorde om et barnehagebarn eller elev ble definert som sårbar i Strand kommune. Vi får opplyst at de ekstra sårbare elevene og barnehagebarna var oppe som overordnet sak i alle møtene kommunalsjef hadde med virksomhetslederne, og at skolene og barnehagene delte erfaringer på hvordan de identifiserte og fulgte opp barna. Kommunalsjef opplevde i disse møtene at lederne hadde god kontroll på elevmassen, og at lærere og fagarbeidere klarte å få til gode løsninger for de barna som var ekstra sårbare. I tillegg har virksomhetene innen både kommunalområde opplæring og kommunalområde levekår hatt en tett dialog om barn som hadde behov for omsorgstilbud.

I forbindelse med gjenåpningen utarbeidet skolene og barnehagene planer/sjekklister for gjenåpning og smittevern. I disse planene inngår det eksempelvis organisering av kohorter, planlegging av uteaktiviteter, bruken av klasserom, og opplæring av både barn og ansatte i smitteverntiltak.

Alle barnehager og skoler i Strand kommune utarbeidet egne **beredskapsplaner med trafikklysmodell** i løpet av sommeren 2020⁹⁸. Målet med planen var å sikre at den enkelte skole eller barnehage raskt skulle være i stand til å trappe opp og ned på tiltak ut fra smittesituasjonen. Trafikklysmodellen varierer fra grønt nivå med vanlig organisering, via gult nivå med moderate tiltak, rødt nivå med mer omfattende tiltak. Barnehager og skoler skal følge gult nivå i trafikklysmodellen, med mindre lokale eller nasjonale helsemyndigheter beslutter at det skal være rødt tiltaksnivå.

September 2020, dvs. et halvt år etter nedstengningen, utarbeidet kommunalområde opplæring en **rutinebeskrivelse for oppfølging av sårbare barn og unge**⁹⁹. Denne tar utgangspunkt i veilederne til Udir, og understreker skoleeiers ansvar for sikre gode rutiner for å kartlegge og følge opp sårbare barn og unge. I rutinen er det også lagt ved et skjema virksomhetene skal

⁹⁸ Helsedirektoratet publiserte 29.05.2020 nye veiledere for barnehager og skoler. De nye veilederne introduserte trafikklysmodellen, som skulle hjelpe virksomhetene med å tilpasse tiltak etter smittesituasjon. <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-veiledere-for-barnehager-og-skoler/>

⁹⁹ Se «Oppfølging av sårbare barn og unge i korona-pandemien, Strand kommune»

benytte, hvor det blant annet må gis en beskrivelse av bekymring og tiltak, samt hvem som er ansvarlig for oppfølgingen.

I januar 2021 hadde kommunalområde opplæring også utarbeidet en **overordnet beredskapsplan** for endring av tiltak i barnehage og skole ved et smitteutbrudd. Her blir det blant annet slått fast at barnehage- og skoleeier skal sørge for at skolene kan gi et opplæringstilbud i samsvar med det til enhver tid gjeldende regelverk for grunnopplæringen, uavhengig av smittesituasjon. Ifølge planen skal virksomhetene utarbeide en oversikt over minimumsbemanning på gult og rødt nivå. Dersom virksomheten ikke har tilstrekkelig bemanning til en forsvarlig drift, skal dette meldes til kommunalsjef som ser på mulighet for bruk av personell fra andre virksomheter.

I beredskapsplanen blir det også spesifisert at den enkelte barnehage og skole må gjøre konkrete og individuelle vurderinger av hvilke barn som bør få et omsorgstilbud under en eventuell nedstenging, og eksempler på momenter som kan inngå i vurderingen¹⁰⁰. Det blir også framhevet som viktig å samarbeide med hjelpetjenestene.

7.3 ORGANISERING

I Strand kommune er skoler, barnehager og PPT organisert under kommunalområde for opplæring, mens barnevern og Familiens hus (helsestasjonstjenester) er organisert under kommunalområde for levekår.

I tråd med kommunens modell for beredskapsorganisering, har ansvaret for krisehåndtering blitt lagt til linjen. Kommunalsjefene er medlemmer av krisestab, hvor avgjørelser om hvilket nivå tiltakene i kommunen/virksomheter skal legges på drøftes. Det er videre delegert til virksomhetslederne å iverksette nødvendige tiltak ut fra lokal smittesituasjon.

Under nedstengingen og tiden etter hadde kommunalsjefene jevnlig møter med virksomhetene. Kommunalsjef for opplæring har hatt møter med styrerne i de kommunale barnehagene, samt møter med rektorene i de kommunale og private skolene, læringscenteret og kulturskolen. PPT har også deltatt på noen av disse møtene. Samtidig hadde barnehagekonsulentene ukentlige møter med alle styrere, både i kommunale og private barnehager. Der var også kommunalsjef til stede ved noen anledninger.

¹⁰⁰ Eksempler som blir nevnt er fysiske eller psykiske utviklingshemninger, og barn som er omfattet av tiltak fra barnevernet eller andre hjelpetiltak.

Kommunalsjef for levekår hadde ukentlige møter med sine virksomhetsledere i løpet av samme periode. Vi får også opplyst at kommunalsjefene samarbeidet tett og koordinerte informasjon og tiltak mellom områdene, og at det ble satt opp noen ekstra møter på tvers av kommunalområdene.

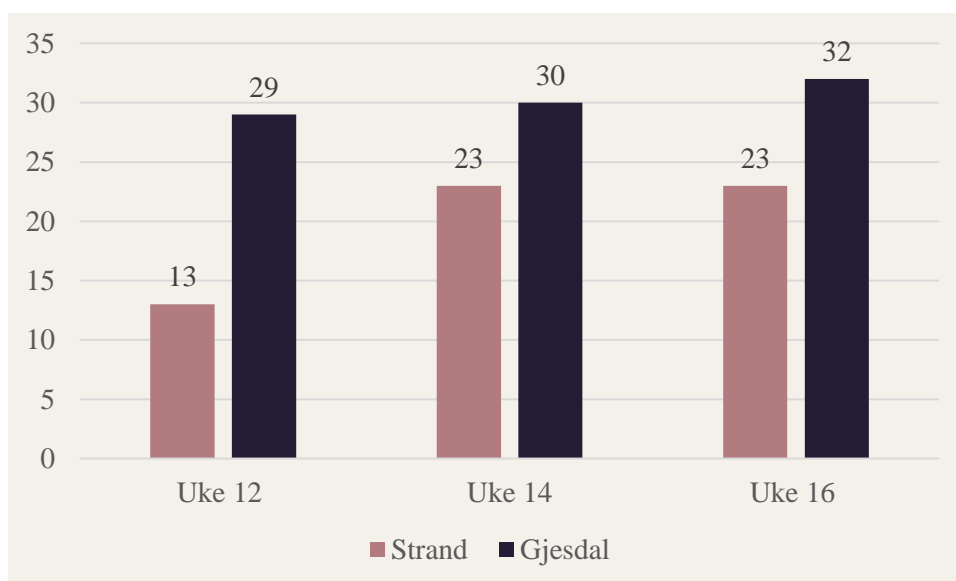
7.4 OMSORGSTILBUD I BARNEHAGENE OG SKOLENE UNDER NEDSTENGINEN

Den 12.mars 2020 fikk alle landets skoler og barnehager beskjed om å stenge. De måtte likevel sørge for et tilbud til barn av foreldre med kritiske samfunnsfunksjoner, samt barn med særlige omsorgsbehov som ikke kunne ivaretas når barnehagene og skolene stengte. Barnehager ble gjenåpnet fra 20. april, barneskoler 1.-4.trinn fra 27. april, og øvrige skoletrinn fra 11. mai. I dette delkapitlet ser vi nærmere på omsorgstilbudet i barnehagene og skolene.

7.4.1 BARN I BARNEHAGEN UNDER NEDSTENGINEN

I figuren under har vi sammenlignet det totale antall barn som har vært i barnehagen i nedstengingsperioden i Strand og Gjesdal. Tallene inkluderer altså både sårbare barn og barn av foreldre i samfunnskritiske yrker. Tallene er ikke hundre prosent sammenlignbare, men de gir likevel et relativt godt bilde av forskjellene¹⁰¹:

Figur 7: Totalt antall barn i barnehagen i Strand og Gjesdal under nedstengingen



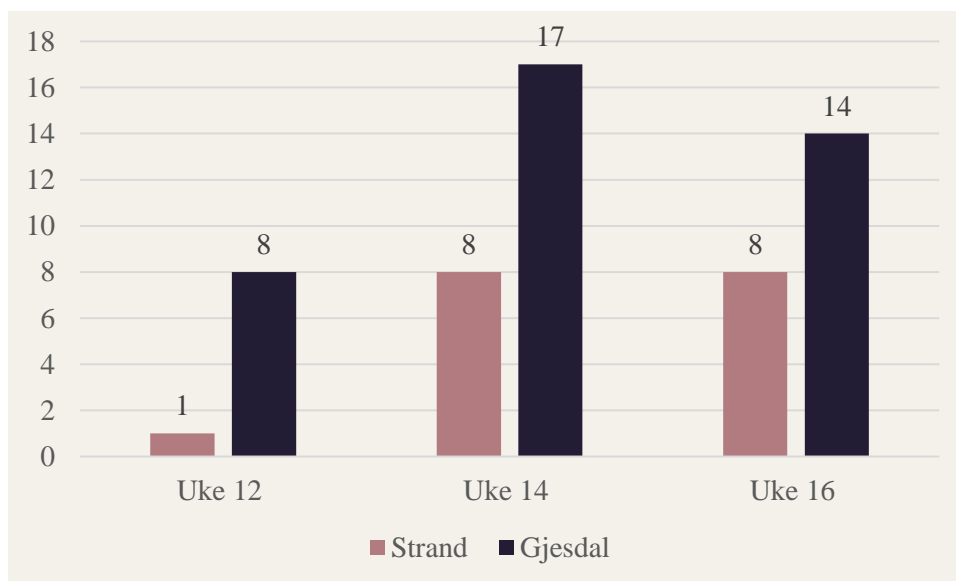
Kilde: Gjesdal kommune og Statsforvalteren

¹⁰¹ I Gjesdal ble tallene rapportert daglig og tallene som er presentert i figuren er gjennomsnittstallet for de respektive ukene. I Strand ble det ikke rapportert daglig, og tallene er øyeblikkstill en bestemt dag. Tallene er hentet fra situasjonsrapporter til Statsforvalteren hhv. 18.03, 27.03 og 14.04.

Av figuren ser vi at det har vært flere barn i barnehagene i Gjesdal enn i Strand under hele nedstengningen, men at forskjellene har jevnet seg ut fra uke 12 til uke 16. I uke 16 fikk 4 prosent av barn i barnehagen et omsorgstilbud i barnehagen i Gjesdal. Tilsvarende tall for Strand kommune var 3 prosent.

I figuren under har vi sammenlignet antall sårbare barn med omsorgstilbud i Gjesdal og Strand kommune under nedstengingen:

Figur 8: Antall barn i barnehagen med omsorgstilbud



Kilde: Gjesdal kommune og Statsforvalteren/Strand kommune

Av figuren ser vi at Strand kommune på det meste hadde 8 barn i barnehagen med omsorgstilbud i løpet av perioden. Samtidig ser vi at betydelig flere barn fikk et omsorgstilbud i Gjesdal¹⁰².

Gjennomgangen tyder videre på at det er store forskjeller mellom barnehagene mht. hvor mange barn som har hatt et omsorgstilbud. Av de ti barnehagene i kommunen har seks barnehager ikke hatt et omsorgstilbud for noen barn noen dager. De åtte barna som fikk et omsorgstilbud var med andre ord fordelt på fire barnehager¹⁰³.

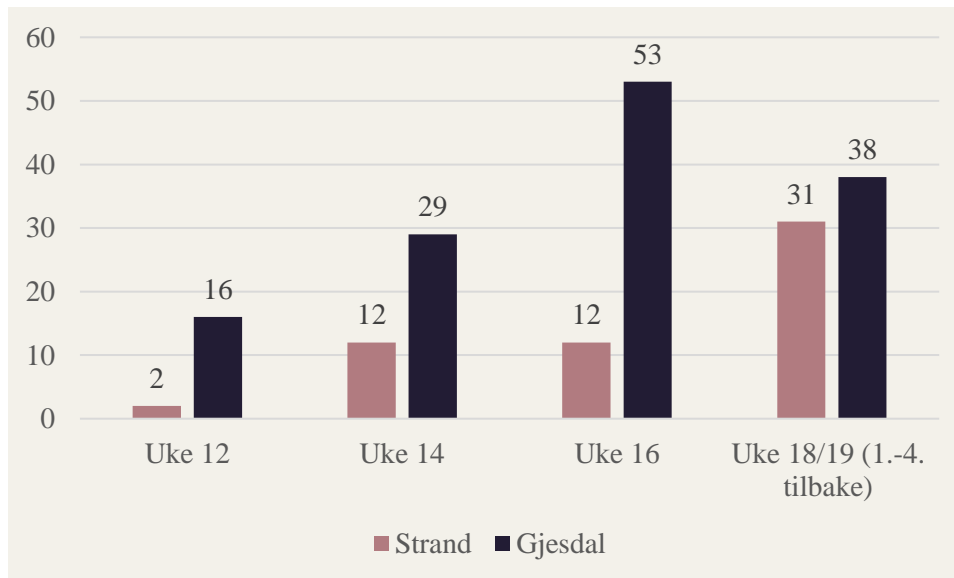
¹⁰² Det er totalt sett 5 prosent flere barnehagebarn i Gjesdal enn i Strand kommune, og vi kan derfor i utgangspunktet forvente en tilsvarende differanse i antall barn som fikk et omsorgstilbud. Differansen er imidlertid langt høyere. Mens Strand kommune på det meste ga et omsorgstilbud til 1,05 prosent av det totale antallet barnehagebarn i kommunen, er tilsvarende tall for Gjesdal 2,1 prosent. For året 2020 har vi tatt utgangspunkt i tallene til Utdanningsdirektoratet (Basil-tall), oppdatert 25.02.2020. Antall barnehagebarn i Strand og Gjesdal var hhv. 765 og 802. Tallene inkluderer både private og kommunale barnehager.

¹⁰³ Opplyst i intervju.

7.4.2 ELEVER PÅ SKOLEN UNDER NEDSTENGINEN

I figuren under viser vi utviklingen i antall sårbare barn med omsorgstilbud på skolen i Strand og Gjesdal i forbindelse med nedstengingsperioden¹⁰⁴.

Figur 9: Utvikling i antall sårbare elever med omsorgstilbud på skolen under nedstengingen



Kilde: Gjesdal kommune og Statsforvalteren/ Strand kommune

Hovedbildet er at det er langt flere elever som får et omsorgstilbud på skolen i Gjesdal enn Strand, men vi ser at forskjellene blir mindre etter at småskoletrinnet er tilbake.

Samtidig er tallene i figuren ovenfor beheftet med usikkerhet. Fra kommunalsjef Opplæring får vi opplyst at Strand fikk beskjed fra Statsforvalteren om å fatte enkeltvedtak for de sårbare elevene som fikk omsorgstilbud. Samtidig blir det påpekt at denne praksisen nok ble håndhevet noe ulikt fra skole til skole. Når kommunen skulle rapportere inn tall til Statsforvalteren, har det trolig kun blitt rapportert inn tall på elever som fikk enkeltvedtak, selv om skolene i realiteten ga tilbud til flere¹⁰⁵. Dette illustreres blant annet i tallene for uke 18/19 i figuren ovenfor; tallene ble hentet inn fra skolene gjennom kommunalsjef, og vi ble i forbindelse med dette opplyst om at den ene ungdomsskolen hadde to elever med enkeltvedtak, men i tillegg ga tilbud til 6-10 andre elever. Tallene for de tre foregående rapporteringstidspunktene representerer derfor trolig kun de elevene

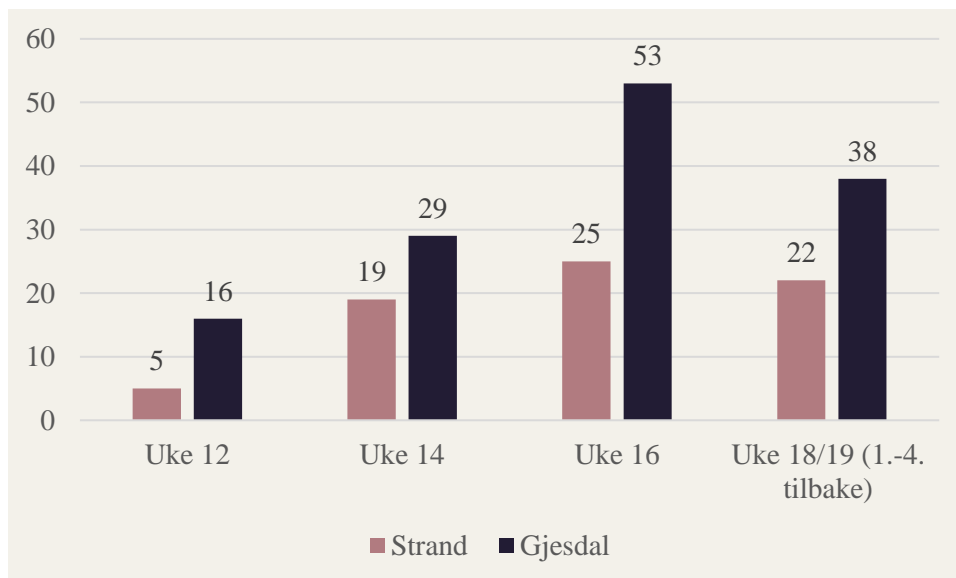
¹⁰⁴ Strand har ikke en samlet ukesvis oversikt over hvor mange elever som fikk omsorgstilbud¹⁰⁴, og tallene for uke 12, 14 og 16 er derfor hentet fra kommunen sine situasjonsrapporter til Statsforvalteren. Disse tallene representerer øyeblikkstill for en bestemt dag i de respektive ukene. Tallene er hentet fra situasjonsrapporter til Statsforvalteren hhv. 18.03, 27.03 og 14.04. For uke 17/18 (1.-4.-trinn tilbake) har vi mottatt tall fra kommunalsjef 02.10.2020

¹⁰⁵ Opplyst i oppfølgingssamtale med kommunalsjef 03.02.2021

som fikk enkeltvedtak om skoletilbud. Samtidig har ikke kommunen en samlet ukesvis oversikt over hvor mange elever som faktisk fikk et tilbud.

På grunn av usikkerhet rundt disse tallene kontaktet vi hver enkelt skole i kommunen, hvor vi forespurte både ukesvise oversikter og totalt antall (unike) elever som fikk skoletilbud i perioden¹⁰⁶. Denne rapporteringen illustrerer dessuten den ulike praksisen skolene hadde på dette området: enkelte skoler fattet utelukkende enkeltvedtak, andre skoler fattet ingen enkeltvedtak, og noen skoler gjorde begge deler. De nye tallene er presentert under¹⁰⁷:

Figur 10: Utvikling i antall sårbare barn i skolen, ukesvis, basert på tall fra skolene



Kilde: Gjesdal kommune og Strand kommune

Med utgangspunkt i de nye tallene ser vi at Strand har fulgt samme mønster som Gjesdal: en økende trend fram til småskoletrinnet åpner. I denne framstillingen har vi også ekskludert 12 elever som har hatt andre, tilrettelagte tilbud under nedstengingen¹⁰⁸. Dette for å gjøre tallene sammenlignbare, ettersom Gjesdal ikke har inkludert denne gruppen elever i sin rapportering.

Videre har vi også mottatt tall fra fjorårets GSI-rapportering¹⁰⁹, hvor skolene måtte svare på spesifikke korona-spørsmål. Kommunene måtte blant annet rapportere inn tall på antall elever

¹⁰⁶ Forespørsel ble sendt 09.02.2021. Tallene ble mottatt i tidsrommet 09.02-16.02.2021

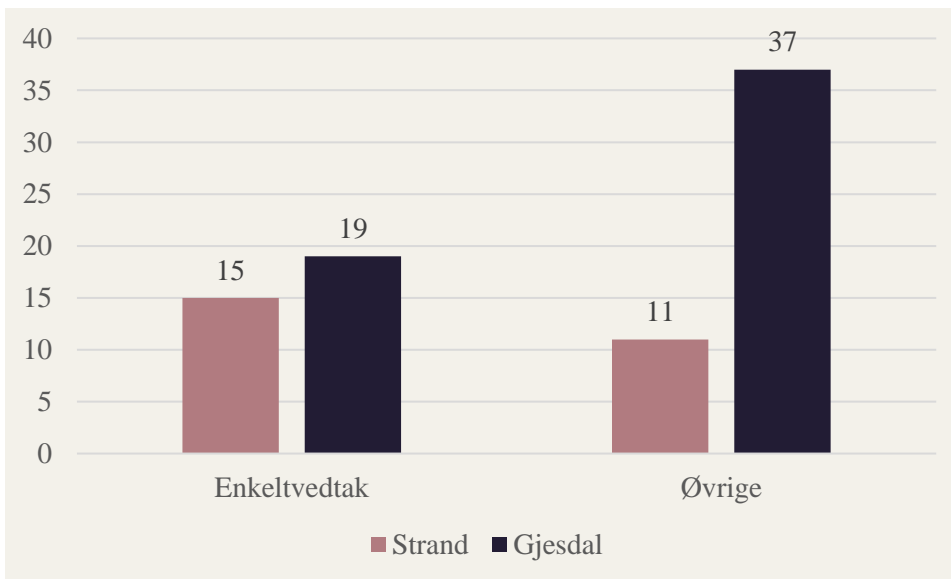
¹⁰⁷ Den ene skolen forela en daglig oversikt. For denne skolen tok vi derfor utgangspunkt i gjennomsnittet for de utvalgte ukene.

¹⁰⁸ F.eks samtale eller tur med miljøarbeider, treff på kafé og lignende.

¹⁰⁹ Vi mottok disse tallene fra Udir 26.01.2020. Tallene for skoleåret 2019/2020 hadde svarfrist i juni 2020.

med skoletilbud, fordelt på «enkeltvedtak om spesialundervisning» og «øvrige sårbare/utsatte barn»:

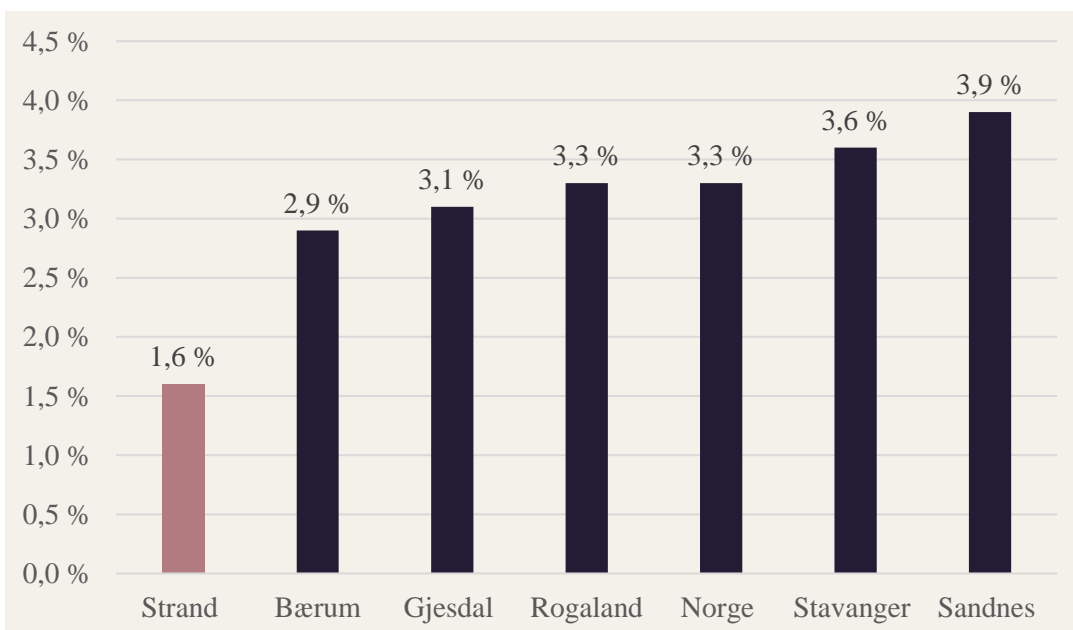
Figur 11: Antall sårbare elever som har mottatt et omsorgstilbud på skolen under nedstengingen



Kilde: GSI

Ifølge tallene kommunen har rapportert inn til Utdanningsdirektoratet, har Strand gitt omsorgstilbud på skolen til totalt 26 (unike) sårbare elever. Tilsvarende har Gjesdal gitt et tilbud til totalt 56 (unike) sårbare elever. I figuren under sammenligner vi med de fire andre kommunene vi har tilsvarende forvaltningsrevisjoner i, i tillegg til landet og Rogaland:

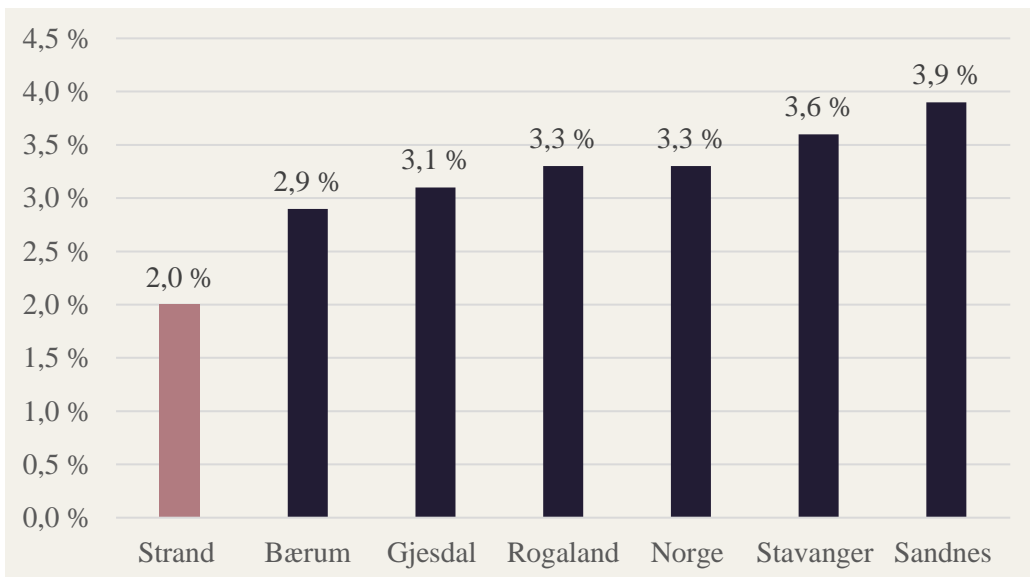
Figur 12: Andel elever av den totale elevmassen som har fått omsorgstilbud i den kommunale grunnskolen



Kilde: GSI

Tar vi imidlertid utgangspunkt i tallene vi hentet inn direkte fra skolene i Strand, øker prosentandelen for kommunen med knapt et halvt prosentpoeng. Det bør presiseres at vi ikke har gjort det samme i kommunene vi sammenligner med. Dersom vi hadde gjort det, kan det godt tenkes at andelen hadde endret seg også her.

Figur 13: Andel elever av den totale elevmassen som har fått omsorgstilbud på skolen, med tall innhentet fra skolene i Strand



Kilde: GSI og Strand kommune

Når vi summerer antallet elever rapportert fra hver enkelt skole, har skolene gitt omsorgstilbud til totalt 33 elever, noe som tilsvarer 2 prosent av elevmassen. Fra figuren ser vi at Strand er den kommunen som har gitt tilbud til færrest andel av elevmassen, sammenlignet med de andre kommunene og Rogalands- og landssnittet.

Tallene i figur 13 inkluderer ikke elever som har fått andre, tilrettelagte tilbud, som eksempelvis tur/samtale med miljøarbeider, treff på kafé eller lignende.

Men hvordan kan disse forskjellene forklares? Én mulig forklaring kan være at de andre kommunene faktisk har klart å fange opp flere. I intervju med kommunalsjef blir det pekt på at eksempelvis Gjesdal er en godt etablert BTI-kommune¹¹⁰, som gjerne medfører bedre samhandlingsstrukturer på tvers av tjenestene som har bidratt til at flere sårbare har blitt avdekket. En annen forklaring kan være at kommunene har hatt og/eller utøvd ulike kriterier for

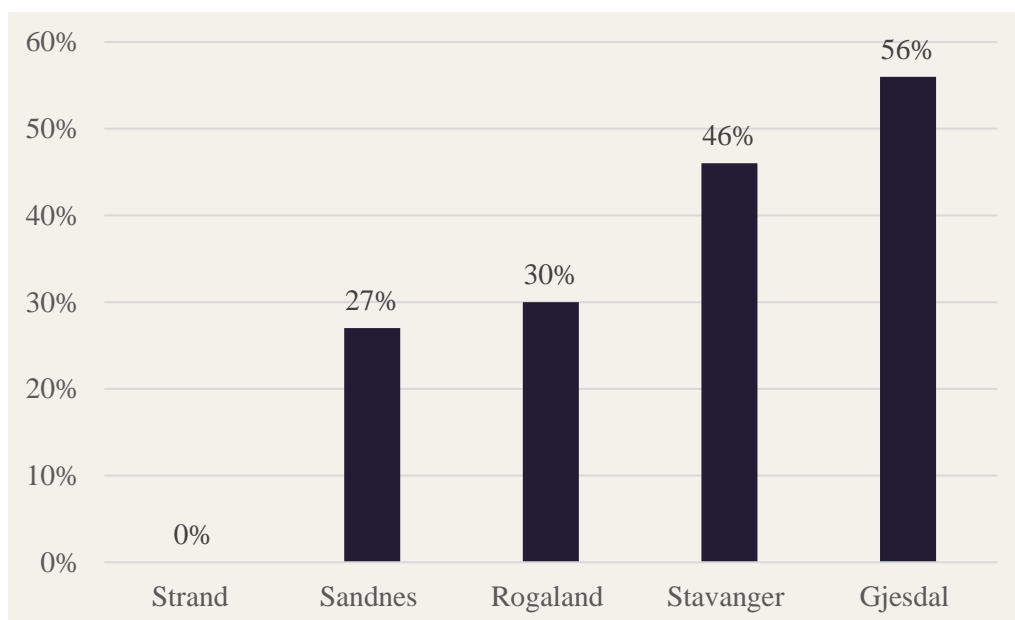
¹¹⁰ BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats) er en samhandlingsmodell for tjenester som møter gravide, barn, unge og foreldre det er knyttet en bekymring til.

hvem som fikk tilbud. I forbindelse med tilsvarende forvaltningsrevisjon i Gjesdal, får vi opplyst at skolene var romslige mht. hvem som fikk skoletilbud.

7.4.3 SPESIALUNDERVISNING

Skolene har rapportert til GSI på antall elever som har fått tildelt færre timer til spesialundervisning enn det som var planlagt/normalt. Indikatoren sier ingenting om hvor mye mindre spesialundervisning de har fått, dvs. om reduksjonen har vært på 2 eller 100 timer, eller hvor stor prosentandel av det enkelte vedtaket. Den gir likevel et bilde av situasjonen i de ulike kommunene. Figurene under viser andelen elever som har fått færre timer med spesialundervisning enn normalt for skoleåret 2019/2020, i forhold til totalantallet som får spesialundervisning:

Figur 14: Andel elever som har fått færre timer med spesialundervisning for skoleåret 2019/2020 i prosent av de som mottar spesialundervisning



Kilde: GSI

Av figuren ser vi at Strand skiller seg positivt ut i forhold til de andre kommunene. Strand har klart å opprettholde tilbudet som normalt, altså har alle elever med spesialundervisning fått alle tildelte timer i løpet av koronaens første halvår. Fra kommunen får vi opplyst at tilbudet ble gitt, men organisert litt annerledes. Eksempelvis elever med vedtak i grupper fikk ikke dette, men fikk et tilpasset tilbud.

Av elever med spesialundervisning har noen fått omsorgstilbud på skolen, mens andre har fått opplegg hjemme med tilrettelagte undervisningsoppgaver. Tilbakemeldingen fra skolene er at spesialpedagogene har fulgt opp elevene på samme måte som de andre lærerne har gjort i løpet av perioden. De elevene som var hjemme under nedstengingen fikk digital undervisning og

oppfølging gjennom videomøter og telefon. Noen ganger kunne øktene være kortere, men det ble kompensert ved å ha hyppigere økter. Andre eksempler på måten dette kunne foregå på:

- Spesialundervisning i egne opprettede klasserom i Google Meet
- Ekstra digitale treff/telefonsamtaler med lærer
- Levering av konkretiseringsmaterieil til bruk i skolearbeidet

7.5 TILTAK I VIRKSOMHETENE

Vi har intervjuet to barnehagestyrere, hvorav én barnehage har gitt omsorgstilbud og den andre ikke, tre rektorer (fra både barne- og ungdomstrinn), virksomhetslederne på Familiens hus, barnevernstjenesten og PPT, blant annet for å undersøke hvilke tiltak som ble innført og hvordan implementeringen av disse fungerte, om de mener at sårbare barn og unge har blitt fulgt opp på en god måte, og hvordan samarbeidet og samhandlingen mellom tjenesteområder og ledernivåer har vært.

Et viktig spørsmål er hvilke konsekvenser nedstengningen og koronahåndteringen har hatt for tjenestetilbudet og brukerne. Koordineringsgruppen påpeker at selv om de ulike tjenesteområdene mobiliserte seg raskt og tok i bruk digitale løsninger for å holde kapasiteten oppe, påvirker det på flere områder kvaliteten på tjenestene negativt. Det blir vanskelig å eksempelvis gjennomføre tilstrekkelig undersøkelse, kartlegging og oppfølging.

I skrivende stund har tiltakene pågått i om lag ett år og nedstengningen, som var det mest dramatiske tiltaket, varte i halvannen til to måneder. Det er selvsagt vanskelig å si noe presist om hvilke konsekvenser dette har hatt på kort og sikt, og man trenger også systematiske tilbakemeldinger fra brukerne selv, noe som per dags dato ikke foreligger.

Et annet moment er at håndteringen av pandemien innebærer en rekke sosiale restriksjoner utover de tiltakene som er iverksatt innenfor kommunale tjenester til barn og unge. Og mange av disse tiltakene har pågått over lang tid.

Nedstengningen, sosiale restriksjoner og mangel på sosial kontakt kan bidra til å skape ensomhet og en sårbarhet som ikke var der i utgangspunktet. Barna og elevene opplever situasjonen ulikt: Mange vil oppleve de sosiale begrensningene som vanskelige og som en stor belastning over tid, mens andre er mer fortrolige med en slik situasjon. Dette betyr at nedstengningen gjerne fører til at man sitter igjen med andre og kanskje flere sårbare barn enn da landet ble stengt ned i mars.

Det er hovedsakelig tilbakemeldinger fra intervjuene, samt relevant tallmateriale som presenteres i dette delkapitlet.

7.5.1 BARNEHAGER

Nedstenging

Fra virksomhetene blir vi fortalt at de kommunale barnehagene gikk i dialog med hverandre nærmest umiddelbart etter beskjeden om nedstenging kom for å bli enige om informasjon ut til foreldre. Dagen etter ble det holdt beredskapsmøte med styrergruppen sammen med kommunalsjef og barnehagekonsulent. Vi får opplyst at det gikk «noen uker» før neste møte med kommunalsjef, men at styrergruppen hadde ukentlige Teams-møter hvor man kunne drøfte problemstillinger med andre barnehager.

Fremgangsmåten til barnehagene for å identifisere de sårbare barna var å gå gjennom listene avdelingsvis, og høre med ansattgruppen om det var noen som hadde bekymringer for noen av barna på denne listen¹¹¹. De gikk også i dialog med barnevernet for å høre om de delte bekymringene. Det blir dessuten påpekt at virksomhetene stort sett vet hvem de sårbare er fra før.

I intervjuene blir samarbeidet mellom både kommunale og private barnehager beskrevet som tett og godt. Vi får opplyst at barnehagene var samkjørte når det gjaldt det administrative, som eksempelvis informasjon ut til foreldre eller hva som var samfunnskritiske funksjoner. Når det gjelder det praktiske, har ting blitt gjort noe ulikt. Det blir fremhevet at det som gikk på det rent praktiske ble drøftet i styremøtene, og at gode ideer ble delt, men at det ikke nødvendigvis var felles rutiner. Eksempelvis var det ikke en felles rutine blant barnehagene for hvordan man skulle følge opp de sårbare barna¹¹². Dette illustreres blant annet ved at den ene virksomheten vi intervjuet besøkte barna i hjemmet under nedstengingen, mens den andre virksomheten ikke tillot dette.

Når det gjaldt de øvrige barnehagebarna som ikke fikk omsorgstilbud, var praksisen at disse skulle kontaktes ukentlig og ved behov. Barn ble kontaktet både via mobil, skype, messenger og andre kommunikasjonsmidler¹¹³. Vi får også opplyst at nedstengingen førte til flere kreative måter å følge opp barna på selv om de var hjemme: facebookgrupper, digital samlingsstund og eventyrstund, turløyper, quiz mm.

Den ene barnehagen opplevde også å ha barn og familier i barnehagen de var bekymret for, men som takket nei til omsorgstilbud. Disse ble fulgt opp tett via telefon, og gjerne i samarbeid med andre instanser som eksempelvis barnevernet.

¹¹¹ Kilde: Rapportering til Statsforvalteren: «Rapportering av tilbud til barn som trenger det mest og barn av personell med kritiske samfunnsfunksjoner», 18.03.2020.

¹¹² Opplyst i intervju.

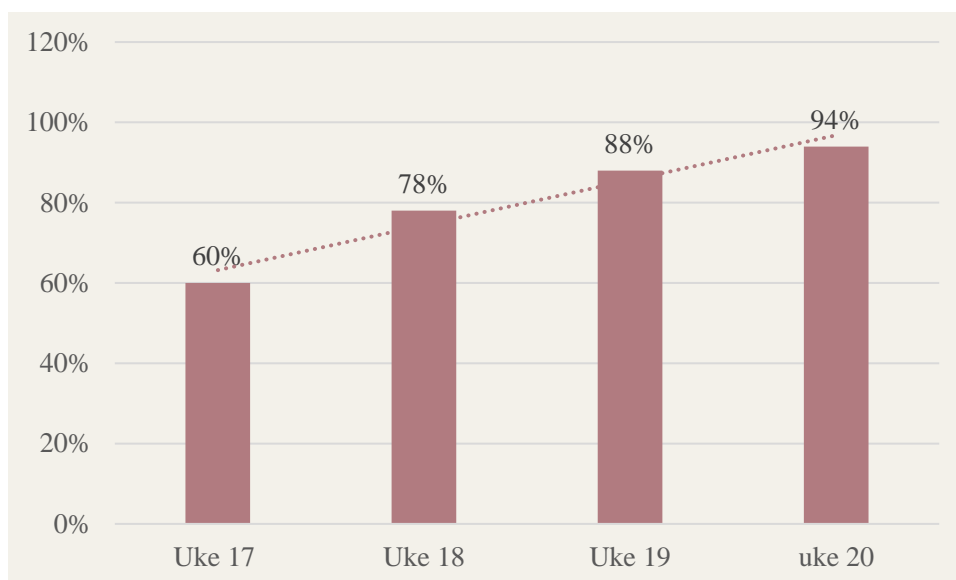
¹¹³ Kilde: Notat «Tiltak de sårbare barna – uke 11, 12 og 13 felles logg – levekår»

Tilbakemeldingene fra intervjuene er at barnehagene mener de har gjort det de kunne for å følge opp de sårbare barna på en god måte, og at de ville gjort det samme ved en ny nedstenging. Barnehagen med omsorgstilbud peker imidlertid på at hvis de skulle gjort noe annerledes, hadde de gitt omsorgstilbud noen dager tidligere enn det de gjorde. Starten av nedstengingen blir beskrevet som stressende, og det gikk derfor noen dager før de fikk «roet nervene» og gitt et tilbud.

Gjenåpning

Den (første) nasjonale veilederen til gjenåpning av barnehager forelå 14.april, og alle barnehagene skulle lage en plan for gjenåpning. I uke 17 åpnet barnehagene igjen med 7 timers brukstid¹¹⁴, samt andre smitteforebyggende tiltak. Disse inkluderte blant annet inndeling i kohorter, faste bringe- og hentetider, og håndsprit ved alle porter. De første ukene etter gjenåpning måtte barnehagene også rapportere på antall barn i barnehagen:

Figur 15: antall barn i barnehagen etter gjenåpning, i prosent¹¹⁵



Kilde: Strand kommune

Av figuren over ser vi at mens 60 prosent av barna var tilbake i uke 17, var 94 prosent tilbake i uke 20. Det blir pekt på at hovedårsakene til fraværet er at barna har foreldre i risikogruppen, eller at familiene klarer seg uten barnehageplass. Samtidig blir det oppgitt at noen få hadde frykt for smitte som årsak. Barna som ikke møtte ble fulgt opp via telefon ukentlig fra barnehagen,

¹¹⁴ Barn av foresatte i samfunnskritiske funksjoner og sårbare barn skulle fortsatt få tilbud innenfor den ordinære åpningstiden på 10,5 timer.

¹¹⁵ Tall mottatt av kommunalsjef opplæring 07.09.2020

samtidig som at enkelte også ble fulgt opp av flyktingtjenesten, barnevern eller interkulturelt senter¹¹⁶. Dette blir beskrevet som vellykket, noe også tallene indikerer.

Konsekvenser

En av barnehagene påpeker at som en konsekvens av nedstengingen, ble det spesialpedagogiske tilbudet redusert. Selv om enkelte av de mest krevende sakene hadde god dekning, fikk barna med rett på tilrettelagte timer eller spesialpedagogisk hjelp stort sett færre timer enn de hadde krav på.

En konsekvens av smitteverntiltakene som blir fremhevet som positiv, er at bemanningen har vært betydelig bedre på grunn av reduserte åpnings- og brukstider. Inndelingen i kohorter har økt voksentettheten per barn, og barnehagene har derfor hatt mulighet til å følge opp det enkelte barnet på en bedre måte. En av barnehagene omtaler dette som «*gode læringspunkter*».

En slagside ved dette er imidlertid sårbarhet ved fravær, da en kohort er en fast gruppe med barn og ansatte som minst mulig skal blandes med andre grupper. I intervjuene blir derfor sykdom i ansattgruppen beskrevet som et sårbart moment, samtidig som det hersket en del usikkerhet med tanke på å bruke vikarer i kohortene. Det forelå heller ingen kontinuitetsplan som gikk nærmere inn på hvordan man planla å sikre drift i en situasjon med mye fravær: «*planen var egentlig å hive seg rundt situasjonen hvis mange ble syke*». Vi får opplyst at i en situasjon med høyt sykefravær og mangel på vikarer må virksomheten vurdere å stenge.

7.5.2 SKOLER

Nedstenging

Virksomhetene forteller om en kaotisk tid i dagene før nedstengingen, med mye usikkerhet og engstelse både blant personalet og foreldre. Nedstengingen blir derfor beskrevet som en «*stor lettelse*», fordi man da hadde tydelige føringer å forholde seg til. Samtidig blir det påpekt at både lærere og elever var godt forberedt på digital undervisning som følge av digitaliseringsprosjektet som startet i Strandaskolen i 2019. På grunn av dette prosjektet hadde også alle elevene i grunnskolen fått utlevert chromebook.

I likhet med barnehagestyrerne hadde også rektorene et beredskapsmøte med kommunalsjef dagen etter nedstengingen. De tiltakene som var viktigst å få på plass etter nedstengingen blir definert som 1) å sikre tilbud til sårbare barn, og 2) sikre et opplæringstilbud hjemme.

¹¹⁶ Kilde: Rapportering til Statsforvalteren 14.05.2020

Utgangspunktet i Strand var at det var den enkelte skole som kjente barna og familiene best, og som vurderte hvem som var i en sårbar livssituasjon. Men de fikk også innspill fra barnevernet, PPT og Familiens Hus, som også gikk gjennom sine brukere og pekte ut hvem de mente hadde behov for et omsorgstilbud. I tillegg var de sårbare elevene/barna oppe som overordnet sak i alle møtene kommunalsjef hadde med virksomhetslederne, og skolene og barnehagene delte erfaringer på hvordan de identifiserte og fulgte disse opp.

I likhet med barnehagene, påpeker også skolene at de kjenner elevmassen godt og derfor stort sett vet hvem de sårbare er fra før. Sårbarheten kunne være knyttet til at de fikk et spesielt tilpasset opplæringstilbud, at de hadde en krevende hjemmesituasjon, språkutfordringer mm. I tillegg kom elevene som gjerne har en sårbarhet med seg, men som gjerne befant seg i en gråson. Disse fikk ekstra oppfølging via telefon eller videomøter, og eventuelt tilbud på skolen etter hvert dersom behovet endret seg.

Vi får opplyst at elevene som fikk omsorgstilbud kan deles inn i to grupper: de elevene som hadde et tilbud fra starten av, og de elevene som ble «oppdaget» underveis. Tilbakemeldingene fra skolene er at de kjenner elevmassen og derfor tidlig identifiserte hvem som ville ha behov for tilbud. Det blir samtidig påpekt at «*det var ikke alt vi forutså*», og at det etter hvert ble fanget opp elever som i utgangspunktet ikke hadde blitt definert som sårbare. Disse ble fanget opp enten direkte i dialogen mellom kontaktlærer/sosiallærer/helsesykepleier og elev, eller mer indirekte gjennom atferd som ble ansett som avvikende fra normalen. Dette kunne eksempelvis være elever som det var vanskelig å få kontakt med, eller elever som ikke leverte skolearbeid. I denne sammenhengen blir Google Meet¹¹⁷ framhevet som en viktig arena for å avdekke «nye» sårbare. Selve omsorgstilbudet ble tilpasset til de ulike elevene. Dersom årsaken til omsorgstilbudet eksempelvis gikk ut på at foresatte ikke fulgte opp hjemme, kunne eleven jobbe med samme opplegg som resten av klassen hadde fjernundervisning i. Ved andre årsaker, som for eksempel faglig svake elever eller elever med spesialundervisning, fikk disse et tilpasset undervisningsopplegg¹¹⁸.

I tillegg fantes også andre tilrettelagte tilbud for de elevene som hadde behov for det. Dette var gjerne elever som, av ulike årsaker, hadde behov for ekstra samtaler eller et avbrekk fra fjernundervisning. Slike tilbud kunne blant annet bestå av tur med miljøarbeider, treff på kafé og lignende.

Når det gjaldt de øvrige elevene hadde alle kontaktlærerne ved skolene ansvar for å ringe hjem til disse minst én gang i uken.

¹¹⁷ Google Meet er et digitalt verktøy som muliggjør «virtuelle» klasserom. Vi får opplyst at Google Meet ble brukt av alle skolene. Skolene måtte først ta en ROS-analyse før det ble åpnet. De fleste skolene var klare for bruk samme uke som hjemmeundervisningen startet.

¹¹⁸ Kilde: Rapportering til Statsforvalteren 18.03.2020

Eksempler på andre tiltak som ble utført for å fange opp og ivareta sårbare barn i løpet av nedstengingen¹¹⁹:

- Hjemmebesøk av sosiallærer/helsesykepleier
- Alle skolene hadde fra 16.mars tilbud om «Hjertetelefon»¹²⁰.
- Helsesykepleier ved Tau ungdomsskole åpnet opp kontoret for elevene en dag i uken fra uke 18. Også sosialrådgiver åpnet for noen timer i uken
- Jørpeland ungdomsskole avtalte treff for elever som opplevde skoledagen som vanskelig 27.mars

I likhet med barnehagesektoren opplevde også skolene at det var enkelte som takket nei til et omsorgstilbud. Disse ble fulgt ekstra opp via telefon, og gjerne i dialog med andre involverte instanser (som f.eks barnevern).

Gjenåpning

I uke 18 (fra 27.april) åpnet 1.-4.trinn, mens det ble åpnet for de resterende trinnene i uke 20 (fra 11.mai). I forkant av åpningen hadde rektorgruppen jevnlig møter med smitteverneverlegen for å avklare problemstillinger knyttet til smittevern, kohorter, utstyr og lignende: «*Enormt med rutiner som skulle på plass*».

I en statusrapport til Statsforvalteren 30.april måtte kommunen rapportere på særlige utfordringer knyttet til åpningen av mellom- og ungdomstrinn. Utfordringene som fremkommer her angår å ha nok areal og fremskaffe nok pedagogisk personell.

Vi får opplyst at på grunn av bygningsmessige utfordringer ved enkelte skoler, ble gjenåpningen praktisert ulikt på de forskjellige skolene¹²¹. Fra åpningen i uke 20 hadde eksempelvis ungdomsskolene og Fjelltun skole (5.-7.trinn) en ordning med noen dager hjemmeskole og noen dager ordinær skole¹²². På Fjelltun varte denne ordningen til uke 23, mens ungdomsskolene åpnet for alle elevene i uke 24.

Alle rektorene vi har intervjuet forteller at de måtte engasjere flere vikarer for å kunne drifte innenfor rammen av de nye smittevernreglene. Med kohorter og ekstra tilsyn i uteområder, i

¹¹⁹ Eksemplene er hentet fra både intervju og loggene de enkelte skolene førte i løpet av perioden.

¹²⁰ Intensjonen var at elever kunne ringe inn og snakke om vanskelige ting eller stille spørsmål om korona-situasjonen

¹²¹ I veilederen var det en åpning for dette med begrunnelse i lokale hensyn.

¹²² Kilde: Rapport til Statsforvalteren 14.05.2020

pauser og friminutter, strakk ikke den ordinære bemanningen til. Men i likhet med barnehagene, hadde heller ikke skolene en kontinuitetsplan som gikk nærmere inn på hvordan man planla å sikre drift i en situasjon med mye fravær. Men som den ene rektoren påpeker: «*Vi hadde nedstengingen så varmt at vi tenkte at hvis et trinn må i karantene, så ordner vi det med fjernundervisning*».

Konsekvenser

I intervjuene blir det påpekt at det digitale har vært en opptur. Det pekes på at de digitale løsningene har vist seg å være effektive og gode, og at dette har vært en positiv konsekvens av pandemien.

Enkelte peker på at koronasituasjonen vil kunne føre til redusert undervisningskvalitet i perioder. Dette begrunnes blant annet i mye tid brukt på håndhevelse av smitteverntiltak og vask av hender, overflater osv. I tillegg blir det påpekt at den digitale undervisningen er avhengig av den enkelte lærers digitale ferdigheter.

Flere understreker at nedstengingen gjerne var ekstra utfordrende for fremmedspråklige elever. Det blir påpekt at det var verre å få kontakt, og at det var en utfordring å «*nå*» de med samme informasjon. Vi får opplyst at på bakgrunn av dette ble det bestemt at tiltakspakken fra staten¹²³ skulle gå til tiltak rettet mot disse elevene.

En av skolene løfter også fram at for de som ikke nødvendigvis har hatt det så bra på skolen har det vært en pustepause å være hjemme, og at det derfor var krevende å starte opp igjen. Dette gjelder eksempelvis elever med skolevegring: «*satte oss mange hakk tilbake*».

Det blir framhevet at utfordringen med oppfølgingen av sårbare barn er at det er avhengig av den enkelte lærer og voksne som fanger dette opp. Det blir dessuten påpekt at «*det var mer da gjenåpningen startet at vi så hvem som hadde vært sårbare. Og da vet vi om dette til neste gang*». Med andre ord har nedstengingen, i sin konsekvens, også gitt skolene en kartlegging over sårbare barn og unge som de enten ikke visste om fra før, eller som har blitt sårbare som følge av nedstengingen.

7.5.3 HELSESTASJONSTJENESTER

¹²³ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/tiltakspakke-for-sarbare-barn-og-unge/id2701975/>

Da nedstengingen ble et faktum, reduserte helsestasjonstjenestene tilbudet betraktelig. I denne perioden fikk oppfølgingen av gravide, barn opp til 6 måneder, barnevaksiner og barn med spesielle behov høyest prioritet. Helseundersøkelser som kunne vente ble utsatt, og det ble gitt flere tilbud om telefonkonsultasjoner heller enn fysisk oppmøte. Ved fysiske konsultasjoner tilstrebet man i tillegg en varighet på max 15 minutter for å minimere smitterisiko¹²⁴.

Helsestasjonstjenester rapporterte en periode til Bufdir, der de svarte på spørsmål knyttet til koronasituasjonens påvirkning på tilbudet¹²⁵. Strand kommune rapporterte i slutten av april, midten av mai og midten av august, og måtte rapportere på nåsituasjonen sammenlignet med normalsituasjonen. Det er etter vår vurdering ikke mulig å lage en fornuftig statistikk av denne rapporteringen. Derfor har vi valgt å oppsummere tilbakemeldingene under. Vi supplerer også med ytterligere informasjon vi har mottatt direkte fra tjenesten.

Helsestasjon for barn har vært åpen gjennom hele perioden, men tilpasset smitteverntiltak. Det rapporteres om langt færre fysiske møter for barn i mars, april og starten av mai. Fra midten av mai og utover var tjenesten normalisert.

Helsestasjon for ungdom ble stengt i mars. Det blir rapportert om både langt færre fysiske møter og langt færre konsultasjoner enn normalt fram til august (da er tjenesten normalisert). Ansatt på helsestasjon for ungdom (helsesykepleier) jobbet hjemmefra i perioden, men hadde kontakt med ungdommer på telefon og avtalte møter på helsestasjonen når det var nødvendig. Vi får imidlertid opplyst at det på generell basis er få ungdommer som benytter seg av helsestasjonen, og at dette sannsynligvis henger sammen med at helsesykepleier er til stedet fire ganger i uken på den videregående skolen.

Skolehelsetjenesten hadde langt færre fysiske møter de månedene skolene var stengt, og stort sett alle jobbet hjemmefra i mars og april. Situasjonen ble normalisert når skolene åpnet igjen, og enkelte var også ute på skolene i en tid før gjenåpningen. Vi får opplyst at helsesykepleier under nedstengingen var tilgjengelig for elever/foresatte på mobil og fysiske møter ute når det var nødvendig. Likevel rapporteres det om langt færre konsultasjoner fram til august.

Det blir understreket at sårbare barn og unge har vært høyt prioritert, og at helsestasjonstjenesten samarbeidet med andre tjenester for å fange opp utsatte barn og unge. Når det gjaldt omsorgstilbud i barnehager og skoler, hadde helsestasjonstjenestene dialog med den enkelte virksomhet om barn og unge som etter deres vurdering måtte prioriteres. Helt i starten deltok også virksomhetsleder på møte med rektorer og styrere. Vi får opplyst at alle de anbefalte å gi tilbud til, fikk tilbud.

¹²⁴ Kilde: Skriv: *Informasjon til brukere helsestasjon 17.03*

¹²⁵ Vi mottok disse tallene fra Bufdir i desember og januar 2020/2021.

Det har vært mye oppmerksomhet knyttet til at helsesykepleiere ble omdisponert til smittesporingsarbeid i starten av pandemien. Helsedirektoratet gikk ut 17.april og ba kommunene om å opprettholde eller gjenopprette et normalt helsetilbud til barn og unge. Både i Gjesdal, Sandnes og Stavanger ble helsesykepleiere i starten omdisponert til smittesporingsarbeidet. Eksempelvis i Stavanger ble 20 ansatte omdisponert til smittehåndtering i uke 12. I Strand, som tidligere nevnt, var det virksomhetsleder på Familiens Hus som fikk hovedansvaret for smittesporing, i tillegg til én helsesykepleier (barneskole) som kunne bidra hvis vedkommende var tilgjengelig. Helsesykepleier er fremdeles en del av kommunens smittesporingsteam, men det påpekes at selve smittesporingsarbeidet har foregått på ettermiddag og kveldstid, og at det ikke har gått utover det ordinære arbeidet som vedkommende helsekykepleier har hatt i noe særlig grad. Vi får opplyst at dersom det kommer en smittetopp må ordinære arbeidsoppgaver bortprioriteres i en periode og flere personer kalles inn og delta for å hindre at arbeidet går ut over barn og unge.

Også ansvaret for koronatelefonen var lagt til Familiens hus, og skolehelsetjenesten bidro i dette arbeidet med ca. én vakt i uken. Tilbakemeldingen per oktober 2020 er likevel at helsesykepleierne var så minimalt involvert i dette arbeidet at det ikke har gått utover det ordinære tilbudet til barn og unge.

7.5.4 BARNEVERNET

Når det gjelder barnevernet får vi opplyst at selv om nedstengingen kom brått på, ble det mobilisert og handlet raskt. Like etter nedstengingen ble det gjennomført en ROS-analyse av alle barna i tjenesten. Sakene ble delt inn i grønt, gult eller rødt, etter alvorlighetsgrad, og prioritert deretter. Parallelt ble det foretatt en gjennomgang av hvilke barn tjenesten mente burde få et omsorgstilbud i barnehagen og skolen¹²⁶, og vi får opplyst at tjenesten har opplevd en god dialog med barnehager og skoler og fått til et godt opplegg rundt de aktuelle barna.

Som følge av nedstengingen ble fysiske møter redusert til et minimum, og erstattet av telefon, Skype o.l. Tilsyn under samvær ble forskjøvet og oppdragstakere som støttekontakter og besøkshjem ble stoppet. Grunnet redusert bemanning og mulighet for å ivareta andre oppgaver, skulle også undersøkelser ligge på vent i alle saker hvor oppstart kunne vente. I tillegg ble barnevernvakten i Stavanger kontaktet for å forberede akuttberedskap for kommunene som inngår i denne.

Men når det ble klart at den nasjonale nedstengingen skulle bli forlenget, startet barnevernet å normalisere driften igjen. Vi får opplyst at det var lite føringer fra nasjonalt hold i denne første perioden. Barnevernstjenesten i Strand er imidlertid med i læringsnettverk, og virksomhetsleder kunne derfor forhøre seg om praksis med andre barnevernstjenester i fylket.

¹²⁶ Kilde: *Notat: Tiltak De sårbare barna – uke 11, 12 og 13 felles logg – levekår*

Etter de første to ukene ble det åpnet for mer fysiske møter hensyntatt gjeldende smittevernregler om symptomfrihet og avstand, og oppgaver som samvær, besøkshjem og barnesamtaler ble tatt opp igjen¹²⁷. Det blir påpekt at de ansatte var kreative i den praktiske gjennomføringen av oppgavene: «*Folk sluttet jo ikke å jobbe, jobbet bare annerledes. Fokus på kontinuitet, men måtte tenke kreativt og annerledes i forhold til å finne gode løsninger*». Eksempler vi får oppgitt er samtaler på terrassen hjemme hos familier, eller å ta foreldre med på tur.

Like etter nedstengingen lagte også barnevernstjenesten en plan for fortsatt drift (kontinuitetsplan). Denne har siden blitt oppdatert flere ganger. Et av tiltakene som ble gjennomført var å umiddelbart dele ansattgruppen i to vaktlag. Selv om alle var pålagt hjemmekontor i starten, hadde de to lagene annenhver uke ansvar for akuttberedskapen. På denne måten sikret man fortsatt drift i tilfelle smitte, i tillegg til at det hele tiden var et operativt team som kunne være rustet til å håndtere med utfordringene som kom. Det ble også utarbeidet retningslinjer for hvilke oppgaver som skulle prioriteres ved redusert bemanning.

Ved **rødt nivå** i kommunen, rapporterer barnevernet at oppfølgingen har samme aktivitet som normalt i de sakene som er kategorisert som gule eller røde, altså de mest sårbare barna. Med unntak av noen enkeltsaker blir fysiske møter med foreldre og samarbeidspartnere erstattet med digitale møter. Samtidig får også familiene veiledning digitalt. Når det gjelder fysiske møter med barn og unge, blir det lagt opp til treff utendørs. For de sakene som er kategorisert som grønne, altså lav grad av bekymring, gjennomføres det noen færre fysiske treff¹²⁸.

Bekymringsmeldinger

I framstillingen under ser vi nærmere på om antallet bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten har endret seg i 2020, sammenlignet med året før. Dette er en indikator på kommunens evne til å fange opp de sårbare barna.

¹²⁷ Kilde: barneverntjenestens logg

¹²⁸ Ekstra rapporteringspunkt til Statsforvalteren januar 2021.

Figur 16: nye bekymringsmeldinger 2019-2020, måned for måned¹²⁹



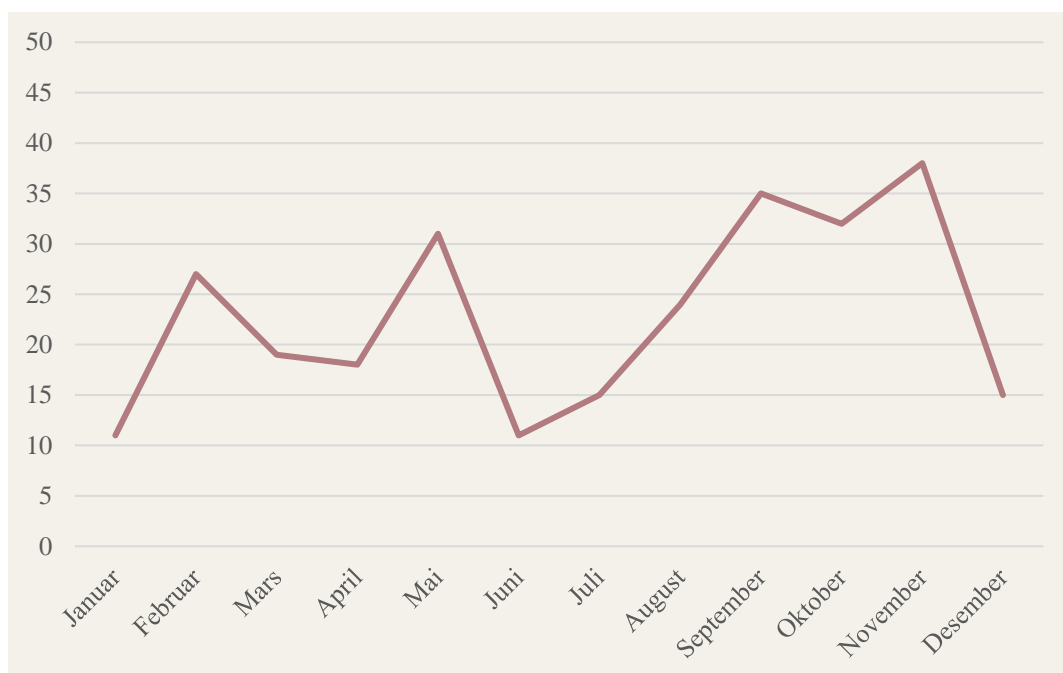
Kilde: Strand kommune, barnevernstjenesten

Antall nye bekymringsmeldinger har totalt sett økt med 23 prosent i 2020 sammenlignet med 2019 (167 mot 136). Vi hadde nok forventet en nedgang, og i alle fall i nedstengingsmånedene. Det ser ut til at utslaget er størst i april og juni (hhv. likt antall og én mindre i 2020), mens antallet bekymringsmeldinger er høyere i 2020 enn i 2019 i de resterende månedene under pandemien. Vi ser at differansen er størst i mai og august/september.

I den neste figuren ser vi på utviklingen i meldinger totalt i barnevernet. Det totale antallet bekymringsmeldinger inkluderer både meldinger i nye saker og aktive saker. Her viser vi kun utviklingen i for fjoråret, ettersom meldinger i aktive saker ikke ble registrert før i 2020.

¹²⁹ Tall mottatt fra barnevernstjenesten 07.03.2021

Figur 17: Alle bekymringsmeldinger i 2020 – utvikling måned for måned



Kilde: Strand kommune, barnevernstjenesten

Vi ser at både antall nye meldinger og antall meldinger totalt viser samme mønster. Antallet bekymringsmeldinger øker i mai (etter at barnehager og skoler har åpnet igjen), avtar igjen i juni, før det skjer en kraftig økning igjen fra august/september, altså etter skolestart. Eksempelvis øker antall bekymringsmeldinger fra 15 i juli til 35 i september.

Barnevernstjenesten påpeker at mange av de nye bekymringsmeldingene omhandlet primært ungdommer. Det blir pekt på en negativ utvikling i ungdomsmiljøet mtp. rus, kriminalitet og psykisk helse.

Tabell 8 viser hvem som har meldt inn saker til barnevernet i 2019 og 2020. I tabellen har vi ekskludert kategoriene med færre enn fem meldere begge årene.

Tabell 8: Oversikt over meldere 2019 og 2020

Melder	2019	2020	Endring
Privatpersoner	16,2 %	14,5 %	-1,7 %
Barnevernstjenesten	17,7 %	7,3 %	-10,4 %
Helsestasjonen	6,6 %	1,8 %	-4,8 %

Mor/far/foresatte	12,5 %	5,8 %	-6,7 %
Lege/sykehus/tannlege	8,8 %	11,6 %	2,8 %
Politi	10,3 %	10,1 %	-0,2 %
NAV	3,7 %	1,1 %	-2,6 %
Barnehage	5,9 %	3,6 %	-2,3 %
Skole	5,2 %	15,2 %	10 %
Barnevernvakt	3 %	15,6 %	12,6 %
Psykisk helsevern voksne	1,5 %	2,9 %	1,4 %

Kilde: Strand kommune, barnevernstjenesten

Barnevernet registrerte ikke meldinger i aktive saker i 2019, noe som betyr at tallene ikke er helt sammenlignbare. Den prosentvise fordelingen av hvem som melder gir en bedre indikasjon på forskjellene mellom 2019 og 2020, med et viktig unntak: Barnevernstjenesten. Denne er ikke helt sammenlignbar ettersom barnevernet sjelden melder til seg selv i aktive saker, som de andre instansene gjør. Dette betyr at nedgangen sannsynligvis ikke er reell.

Vi ser at det er en nedgang i meldinger fra instanser som helsestasjon, NAV og barnehage. Dette skyldes sannsynligvis nedstengingen og mindre kontakt med barna.

Ut fra tallene ser vi at den sterkeste økningen kommer fra barnevernvakt og skolene. Vi ser også at det har vært en økning i meldinger fra lege/sykehus/tannlege og psykisk helsevern voksne. Vi får opplyst at økningen trolig skyldes en dreining av hvilken gruppe som har vært mest fremtredende i perioden; ungdommene. I blant annet uke 19 meldes det om flere bekymringsmeldinger enn vanlig, primært knyttet til ungdommer. Barnevernstjenesten deltok denne uken på ekstraordinært politiråd og «osg»-møte (barnevern, politi, SLT-koordinator og ungdomsteamet), hvor tema var negativ utvikling i ungdomsmiljøet mtp. rus og kriminalitet. I uke 22 meldes det om mange nye saker som omhandler rus, kriminalitet og psykisk helse: «kommunen har lite tiltak selv, så det blir i større grad en tidligere søkt om tiltak fra det statlige barnevernet»¹³⁰. Mangel på kommunale tiltak til ungdom kommer også fram i intervju:

¹³⁰ Barnevernstjenesten logg, uke 22

«Utfordringen er når man trenger tiltak knyttet til ungdom. Har ikke tiltaksrekkene, lavterskeltiltakene før alt blir alvorlig».

7.6 SAMARBEID OG SAMHANDLING

7.6.1 INTERNT SAMARBEID

Når det gjelder internt samarbeid blir det at Strand er en mellomstor kommune framhevet som en stor fordel. Vi får beskrevet en oversiktlig organisasjon med «kort vei» mellom direktørområdene, og samarbeidet på tvers blir framhevet som tett og godt.

Det blir påpekt at barnehager, skoler, helsestasjonstjenester, PPT og barnevern allerede har en godt etablert praksis og systemer for samarbeid. I intervju med virksomhetene blir også samarbeidet og dialogen under pandemien av de aller fleste beskrevet som bra. Et eksempel her er knyttet til de sårbare barna: identifiseringen og oppfølgingen av de sårbare barna ble gjort av hver enkelt virksomhet, men med innspill fra andre virksomheter, og ved hjelp av erfaringsutveksling mellom virksomhetene. Et fellestrekk i intervjuene er at virksomhetene opplever at de har vært samstemte i hvem som var sårbare, og at de hadde «samme navn på blokken». «Det var en felles enighet om hvem vi vurderte som røde. De var det enighet om».

Vi får opplyst at det ikke var noen faste samarbeidsmøter eller kontaktpunkter mellom barnehager/skoler og barnevernstjenesten under nedstengingen. Dette er også delvis tilfellet for PPT. Tjenesten var invitert til møter med rektorene, og var med på noen av disse, men måtte melde forfall på en del av disse møtene¹³¹. Samarbeidet fulgte den etablerte praksisen, og hvorvidt hjelpetjenestene var involvert var avhengig av om det var knyttet bekymringer til enkeltbarn.

7.6.2 INFORMASJONSFLYT OG SAMHANDLING

I denne delen vil vi sammenstille tilbakemeldingene fra virksomhetsledere innen kommunalområde levekår og opplæring, med sikte på å identifisere læringspunkter. Et fellestrekk i intervjuer med flere av virksomhetslederne går ut på at den vertikale samhandlingen har et forbedringspotensial.

To av tre skoler vi har snakket med savnet mer kontinuitet og faste møter på overordnet nivå, særlig i starten av nedstengingen. Det blir påpekt at det tok for lang tid før neste møtet etter den første samlingen rett etter nedstengingen. Det blir imidlertid framhevet at ledelsen var tilgjengelig

¹³¹ Opplyst i intervju.

og at det er kort vei, og det vises forståelse for at alt var nytt, men at det likevel var et behov for å samles. Vi får opplyst at på grunn av usikkerheten i denne første perioden, ble den horisontale samhandlingen, altså samhandlingen rektorene imellom, tett og god. På grunn av at barneskoler og ungdomsskoler gjerne har elever med samme foresatte, ble det oppfattet som viktig at informasjonen som kom ut var avklart og felles.

Videre blir det påpekt at det ble savnet tydeligere føringer. I intervjuene kommer det eksempelvis fram at flertallet av virksomhetene ikke opplevde at utarbeidelse av kontinuitetsplan kom som en tydelig føring fra kommunen. Videre påpeker to av tre skoler at det i for stor grad var opp til den enkelte skole angående hvordan ting ble håndtert. Det blir påpekt at mye ble gjort likt fordi rektorene snakket sammen seg imellom, men at *«det kunne vært tydeligere føringer ovenfra på hvordan vi skulle gjøre det»*. Eksempler på tiltak vi får opplyst at var opp til den enkelte skole er blant annet bruk av Google Meet, eller opprettelse av hjertetelefon.

Vi har tidligere vært inne på at også gjenåpningen ble praktisert ulikt på de enkelte skolene, og at det var noe veilederen åpnet for med grunnlag i «lokale hensyn». Også i forbindelse med gjenåpning får vi opplyst at det ikke var store føringer ovenfra, og at hver skole fikk relativt «frie tøyler». For skolene som åpnet krevde det mye tid og ressurser for å organisere alt som skulle på plass. Samtidig så man at andre skoler brukte lenger tid på gjenåpningen, og begrunnelsene for dette ble ikke nødvendigvis oppfattet som helt klare. *«Vi savnet nok føringer på at vi bør gjøre likt i Strandaskolen»*. I intervju med kommunalsjef august 2020 fikk vi opplyst at det framover skulle være fokus på at alle skulle gjøre likt.

Som vi også så var tilfelle innen kommunalområde omsorg, kommer det fram at flere av virksomhetene innen begge tjenestoområdene (levekår og opplæring) savnet mer informasjon fra krisestaben, utover den informasjonen som direkte angikk deres egen virksomhet. Det blir påpekt at krisestaben gjerne diskuterer saker som selv om er utenfor deres eget kommunalområde, likevel kan ha en indirekte påvirkning på områder innenfor deres tjeneste. Samtidig blir det løftet fram at mer informasjon også er viktig ut fra et personalperspektiv: *«Hvis jeg skal betrygge personalet må jeg ha siste informasjon»*.

Enkelte påpeker også at de har savnet noen å sparre med: *«Jeg synes man har vært relativt overlatt til seg selv»*. Dette blir også knyttet til mangelen på føringer fra overordnet nivå. Viktigheten av å ha noen å sparre med blir også trukket fram av en av rektorene: *«Når har vi et godt samhold blant rektorene, men hadde jeg vært ny og ikke kjent de så godt som jeg gjør, hadde jeg nok følt meg litt mer alene»*.

7.6.3 EKSTERNT SAMARBEID

Statsforvalteren har gjennom hele perioden hatt jevnlige (digitale) møter med kommunene. Hyppigheten på møtene har blitt skalert opp eller ned alt etter smittesituasjon. I starten var møtene felles for alle rådmenn/kommunedirektører med tilhørende stab, men etter hvert startet det opp egne møter kun for opplæringsfeltet. Møtene med statsforvalteren blir beskrevet som

svært nyttige, og avgjørende i den første fasen av pandemien for å skape trygghet i en situasjon som opplevdes uavklart og usikker.

Det har også vært et utstrakt eksternt samarbeid innenfor ulike læringsnettverk. Kommunalområdet opplæring har allerede et formalisert samarbeid på kompetanseutviklingsområdet, og kommunalsjef har brukt dette nettverket til erfaringsutveksling og til å dele ideer og praksis. Det blir framhevet at nettverket har god delingskultur, og at større kommuner som Stavanger, som har flere ressurser og egen stab som jobbet med planer/retningslinjer i forbindelse med koronahåndteringen, kunne dele disse videre med kommuner med færre ressurser. For eksempel da trafikklysmodellen kom, fikk kommunalsjef tilsendt et eksempel på en versjon Stavanger hadde utarbeidet, som Strand kommune igjen kunne ta utgangspunkt i og tilpasse til sine egne virksomheter.

Også barnevernstjenesten og PPT har formalisert samarbeid med ulike læringsnettverk som disse tjenestene i andre kommuner også deltar i. Her har tjenestene delt erfaringer og rutiner, spesielt ifm. nedstenging og gjenåpning, fått testet ut om man har vært opptatt av de samme tingene, og diskutert aktuelle tema som har dukket opp underveis. Dette nettverket blir av en av tjenestene beskrevet som uunnværlig, da det har gitt mulighet til å kvalitetssikre egen praksis.

7.7 VURDERING

En utilsiktet konsekvens av begrensningene som ligger i smittevernrestriksjonene er en betydelig forverring av livskvaliteten og den psykiske helsen hos barn og unge. Sagt på en annen måte: Håndteringen av en krise innenfor ett fagfelt, kan utløse en krise innenfor et annet. Hvordan har Strand kommune klart å ivareta de mest sårbare barna gjennom sine tilbud?

Hovedinntrykket vårt er at god ivaretagelse av barn i sårbare livssituasjoner har vært en tydelig prioritering i Strand gjennom hele perioden. Det er flere indikasjoner på dette.

De aktuelle tjenesteområdene rettet oppmerksomheten mot barn i sårbare livssituasjoner umiddelbart etter nedstengingen. Etter vår vurdering valgte Strand kommune en god framgangsmåte for å identifisere de sårbare barna og familiene under nedstengingen. I tråd med ansvarsprinsippet var det virksomhetene selv som hadde ansvaret for å vurdere hvem som var i sårbare livssituasjoner, med bistand fra øvrige kommunale hjelpeinstanser. Det at de ulike virksomhetene og tjenestene også var samstemte i hvem de identifiserte som sårbare tyder også på at kommunen i stor grad fanget opp de barna som hadde behov for omsorgstilbud fra starten av/i utgangspunktet. Under nedstengingsperioden ble det også iverksatt flere tiltak for å fange opp elever som hadde blitt eller stod i fare for å bli sårbare på grunn av pandemien.

Andelen barnehagebarn med omsorgstilbud er lavere enn tilsvarende andel i Gjesdal, og Strand var også den kommunen som ga omsorgstilbud til lavest andel elever, sammenlignet med de andre kommunene vi har hatt tilsvarende prosjekter i, og Rogalands- og landssnittet. Det er ingen grunn til å tro at behovet er mindre i Strand enn i de andre kommunene. Det kan være flere forklaringer til hvorfor Strand har gitt tilbud til færre: 1) Forskjeller i kriterier for hvem som blir

definert som sårbare, dvs. at Strand har hatt en høyere terskel for å gi tilbud 2) De andre kommunene har faktisk klart å fange opp flere. I relasjon til dette har det blitt pekt på at Gjesdal er en BTI-kommune, og at samhandlingsstrukturene gjerne har bidratt til at flere sårbare barn har blitt avdekket. Barneombud Inga Bejer Engh¹³² poengterer også at de kommunene som har lykkes best i arbeidet med sårbare barn og unge er de som har hatt gode samarbeidsstrukturer på forhånd av pandemien. I denne sammenheng ønsker vi å trekke fram at Strand er i gang med BTS¹³³-prosjekt. Prosjektet tar utgangspunkt i BTI-modellen, og målet er at modellen skal være klar innen utgangen av 2021.

Etter vår vurdering kan også mangel på tydelige føringer være en av forklaringene på den lave andelen barn med omsorgstilbud i skolene og barnehagene. Rutinebeskrivelsen for oppfølging av sårbare barn og unge kom ikke før et halvt år etter nedstengingen. Samtidig har ikke skolene i Strand hatt en ensidig praksis på hvordan man skal registrere eller føre oversikt over de sårbare, og det foreligger heller ingen overordnet oversikt i kommunen over hvor mange som fikk et tilbud. En slik oversikt kunne ha gitt viktig styringsinformasjon til kommunen under nedstengingsperioden, og vært et viktig datagrunnlag for å treffe riktige beslutninger.

Strand er imidlertid «best i klassen» på å ha gitt spesialundervisning i samsvar med vedtak i løpet av perioden, og går fram som et eksempel å følge ovenfor andre kommuner som i større grad ikke har gitt elevene den oppfølgingen de har hatt krav på.

Utviklingen i antall bekymringsmeldinger til barnevernet er en indikator på kommunens evne til å fange opp sårbare barn og unge. Antallet bekymringsmeldinger i nye saker til barnevernet i Strand økte med 23 prosent fra 2019 til 2020. Det gjennomgående høyere antallet meldinger kan indikere – og bekrefte det som fremkommer av intervjuene – at det har vært et stort fokus på de sårbare barna og unge, og at disse er fanget opp. En annen mulig tolkning er at konsekvensene av pandemien har gjort at det er blitt flere barn som lever under vanskelige forhold og at det dermed burde har vært enda flere bekymringsmeldinger, men at en del ikke har blitt fanget opp og meldt inn. Et mønster som viser seg for både nye bekymringsmeldinger og bekymringsmeldinger totalt, er to topper hhv. etter gjenåpningen av skolene og barnehagene, og etter sommerferien. Dette tyder på at skoler og barnehager er viktige meldesystemer. Oversikten over antall meldere viser dessuten en kraftig økning fra skolene, mens det for barnehagene er en nedgang fra 2019. Ifølge barnevernstjenesten skyldes den store økningen i all hovedsak en negativ utvikling i ungdomsmiljøet. Kommunen bør framover være oppmerksomme på utviklingen i bekymringsmeldinger i 2021, for å se om trenden snur eller vedvarer.

Tilbakemeldingene fra barnevernstjenesten og PPT tyder på at tjenestene i stor grad har klart å opprettholde kvaliteten på tilbudet. De kvalitetsmessige konsekvensene ser ut til å ha vært størst

¹³² Foredrag på Kontrollutvalgskonferansen 2021.

¹³³ «Bedre tverrfaglig samhandling»

under nedstengingen, men at situasjonen i all hovedsak har vært normalisert etter det. Også helsestasjonstjenestene har til tross for en kraftig nedskalering i tilbudet prioritert barn med spesielle behov, og helsestasjonen for barn har vært åpen i løpet av hele perioden (tilpasset smitteverntiltak). Gjennomgangen viser at Strand fremdeles bruker helsesykepleier i smittesporingsarbeidet. Siden 17.april 2020 har det vært en klar føring fra staten til kommunene om å ikke bruke helsesykepleiere som TISK-personell, og organisere TISK-arbeidet på en måte som ikke går på bekostning av tilbudet til barn og unge. Tilbakemeldingen fra kommunen er at smittesporingsarbeidet ikke har gått utover det ordinære arbeidet til helsesykepleieren i særlig grad. Etter vår vurdering kan likevel kommunen vurdere å bruke andre ressurser enn helsesykepleiere i smittesporingsarbeidet, i tråd med nasjonale føringer.

Tilbakemeldinger fra virksomhetene tyder på at samarbeidet mellom direktørområder og virksomheter har fungert bra under pandemien. Gjennomgangen viser likevel at flere virksomhetsledere innen begge direktørområdene har savnet tydeligere føringer fra overordnet nivå. Etter vår vurdering er det derfor positivt at kommunalsjef opplæring fra sensommeren 2020 skulle ha et større fokus på at virksomhetene skulle gjøre likt framover.

Videre tyder intervjuene på at krisen førte til stor usikkerhet blant de ansatte i organisasjonen, som igjen utløste et stort behov for informasjon. Dette vises igjen i at særlig skolene ønsket flere møter i starten, samtidig som at flere virksomheter savnet mer informasjon fra krisestaben. Samtidig blir viktigheten av å ha noen å sparre med framhevet i intervjuene. Vi har tidligere i rapporten påpekt at dette har vært et uttalt savn blant flere virksomhetsledere på tvers av kommunalområder, og at nøkkelpersoner i krisestaben har framhevet at påkjenningen på enkelte har vært for stor. Samtidig kan dette ha blitt forsterket i mangel på overordnede føringer, tydelige rutiner og informasjon. Innenfor kommunalområde opplæring kom det først en rutinebeskrivelse for oppfølging av sårbare barn og unge i september 2020, og beredskapsplan i januar 2021. Etter vår vurdering burde disse ha vært på plass tidligere; både for å forebygge utrygghet og usikkerhet i organisasjonen, samt potensielle kvalitetsmessige forskjeller mellom virksomhetene.

Både nedstengningen og omfattende sosiale restriksjoner over lang tid kan for mange bidra til å skape en ensomhet og en sårbarhet som ikke var der i utgangspunktet. Barna og elevene opplever disse restriksjonene ulikt: Mange vil oppleve de sosiale begrensningene som vanskelige og som en stor belastning over tid, mens andre er mer fortrolige med en slik situasjon. Dette betyr at nedstengningen gjerne fører til at man sitter igjen med andre (og flere) sårbare barn enn da landet ble stengt ned.

Det er også vanskelig å si noe sikkert om hva som vil være de langsiktige konsekvensene av over et år med pandemi. Koronakommisjonen har uttalt at *«barn og unge bærer en stor byrde under pandemien, og konsekvensene kan vise seg å vare utover i livsløpet til dem som er unge i dag»*.

Røde Kors mener koronaåret er det største humanitære tilbakeslaget i landet vårt siden krigen¹³⁴. De hevder at barn, unge og studenter blitt vår “*koronagenerasjon*” og er svært hardt rammet av smitteverntiltakene som følge av pandemien. Spesielt barn og unge i sårbare situasjoner som allerede har det vanskelig hjemme, har vært utsatt. Ensomheten har økt betydelig, spesielt blant unge voksne. I rapporten pekes det også på at pandemien forsterker utenforskapet og forskjellene i samfunnet.

Så selv om kommunen langt på vei har lyktes i å gi mange barn i sårbare livssituasjoner et tilnærmet likt tilbud i koronaåret, er det uvisst hva som vil bli de langsiktige konsekvensene her, og hvordan det vil påvirke tjenestebehovet fremover.

Kommunen bør vurdere å undersøke hvordan barn og unge selv har opplevd koronaperioden og de tilbudene de har mottatt. Det er også en svært krevende situasjon å stå i for de ansatte, både for ansatte innen omsorg, levekår og opplæring. Kommunen bør vurdere å undersøke hvordan de ansatte har opplevd situasjonen og hvordan pandemien har påvirket dem.

¹³⁴ Velferdssamfunnet satt på prøve – Humanitære konsekvenser i kjølvannet av Covid-10-pandemien, Røde Kors 2021.

VEDLEGG

Intervjuer

- Kommunedirektør
- Beredskapskoordinator
- Kommunalsjef opplæring
- Kommunalsjef levekår
- Kommunalsjef omsorg
- Kommunalsjef samfunn
- Helseleder
- Kommuneoverlegene (3 stk)
- Virksomhetsleder Familiens hus
- Virksomhetsleder barnevernstjenesten
- Virksomhetsleder PPT
- Barnehagestyrere (2 stk)
- Rektorer (3 stk)
- Virksomhetsledere omsorg (2 stk)
- Utstyersansvarlig

I tillegg har vi gjennomført oppfølgingsamtaler/intervjuer vinteren/våren 2021. **Åtte personer.**

Dette forvaltningsrevisjonsprosjektet har vært kommuneovergripende. I relasjon til dette har det blitt foretatt intervjuer også av representanter fra SUS (smittevernoverlege, beredskapssjef, analysesjef) og Statsforvalteren (fylkeslege, fylkesberedskapssjef).

Dokumenter

Tilgang til følgende arkivsaker i Websak under koronahåndteringen, der den mest sentrale dokumentasjonen har blitt funnet:

- Krisestabsmøter – Koronavirus 2021
- Koronavirus 2021 – smittevern
- Kommunikasjon med statsforvalteren – Koronavirus 2021
- Koronavirus 2020 – barnehager og skoler
- Kommunikasjon med fylkesmannen – Koronavirus
- Krisestabsmøter – Koronavirus 2020
- Koronavirus 2020 – hendelse
- Koronavirus 2020 – smittevern
- Ukesmøter med hovedtillitsvalgte – Koronapandemien 2020
- Koronavirus 2020 – Regional smitteverngruppe
- Koronavirus – virksomhetslederens loggføring i kommunalavdeling samfunn
- Koronavirus – virksomhetslederens loggføring i kommunalavdeling levekår

- Koronavirus – virksomhetslederens loggføring i kommunalavdeling opplæring
- Koronavirus – virksomhetslederens loggføring i kommunalavdeling omsorg
- Informasjon i disse arkivsakene: Retningslinjer, rutiner, planer, løpende informasjonsutveksling, møtereferater, situasjonsrapporter, logger osv.

Andre dokumenter:

- Helhetlig ROS-analyse 2019 og beredskapsplan for Strand kommune 2020-2023
- Smittevernplan (februar 2020) og Pandemiplan (mars 2020)
- Plan for sivilt beredskap 2020-2023
- Plan for helsemessig og sosial beredskap 2015
- Kontinuitetsplaner
- Rutiner, føringer innenfor kommunalområde omsorg
- Rutiner, føringer for kommunalområde opplæring
- Brev fra NorEngros til kommunene fra mars 2020
- Nasjonale faglige råd ifm. Pandemiplanlegging, 13. november 2019
- Ulike nasjonale føringer, lover, forskrifter, rundskriv osv. refereres direkte til i teksten
- Diverse analyser og utredninger fra Hdir og FHI
- Rapporter fra barne- og familiedepartementets koordineringsgruppe, den første fra 20.04.20
- Diverse avisartikler
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sender hvert år ut en spørreundersøkelse om kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap
- Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Lægreid i Stat og styring 2:2020.
- Kommunens nettside

Tall

- Oversikt over omsorgstilbud i nedstengningsperioden, barnehager og skoler. Hentet fra situasjonsrapporter til Statsforvalteren, kommunalsjef, samt direkte fra skolene
- Smittevernutstyr. Både fra kommunen og fra Statsforvalteren
- Bekymringsmeldinger, mottatt fra barnevernstjenesten i Strand
- Antall smittede og testede – fra Strand kommune
- Utdanningsdirektoratet – tall om elever og spesialundervisning:
<https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-grunnskole/tall-om-elever-og-skoler/>
- Tall fra Bufdir som viser hvordan koronapandemien har påvirket tjenestetilbudet

Vedlegg 1: Fordeler og ulemper med tre ulike typer beredskapsorganiseringer

- **Krisehåndteringen hovedsakelig lagt til strategisk ledelse og beredskapsstab.** I denne modellen er beslutningsfullmaktene sentralisert, og styringen følger en pyramideformet struktur med strategisk ledelse på toppen og med beredskapsstaben som mellomnivå. Taktisk nivå utfører og implementerer tiltak. Denne modellen har vist seg effektiv i håndteringen av kortvarige kriser eller akutt håndtering av en overraskende krise. Instruksjoner sendes raskt nedover organisasjonen og både ledelse og stab blir arenaer for tverrgående koordinering internt og eksternt i tråd med samvirkeprinsippet. Håndteres krisen på ledelse- og stabsnivå vil det også være et bidrag til å skjerme den ordinære driftsorganisasjonen. Ulempen med å organisere krisehåndteringen slik, er at mye saker og informasjon må gå oppover i hierarkiet, og at ledelses- og stabsleddet kan bli en flaskehals. Styringslinjene kan også bli uklare om beredskapsstaben har fullmakt til å styre det taktiske nivået.
- **Krisehåndteringen hovedsakelig lagt til tjenesteområdene (taktisk nivå).** Denne modellen baserer seg på desentralisering av krisehåndteringen til taktisk nivå i tråd med nærhetsprinsippet. Strategisk ledelse tar de mest overordnede sakene, og sørger for tverrgående koordinering i saker som ikke blir løst mellom tjenesteområdene på taktisk nivå. Det vil være en modell med nær kopling mellom ansvar for tjenestene og krisehåndteringen, noe som åpner opp for en løpende og handlingsorientert problemløsning der få saker må løftes opp i hierarkiet for vedtak og avklaringer. Ulempen er at drift og krisehåndtering veves tett sammen, der driften kan bli sårbar når beredskapsnivået er høyt. En måte å håndtere denne sårbarheten på, kan være å etablere en parallellorganisasjon som tar seg av selve krisehåndteringen, mens driften går i den ordinære linjeorganisasjonen. En utfordring med en desentralisert krisehåndteringsmodell kan være tverrgående koordinering mellom tjenestenivåene, gitt at krisen krever tverrsektoriell handling. Dette kan bøtes på gjennom mer uformell koordinering mellom tjenestenivåene.
- **Krisehåndtering gjennom fleksibel organisering.** De to foregående modellene er basert på at krisehåndteringen i hovedsak er sentralisert eller desentralisert, og at tyngdepunktene ligger fast gjennom kriseforløpet. Koronapandemien er en dynamisk krise med både smittetopper og perioder med lite smitte der behovet er mindre for strenge forebyggingstiltak. Det har betydd et varierende beredskapsnivå og dermed varierende press på kommunen. I perioder med liten smitte har driften vært tilnærmet normal, om enn i en unormal situasjon. Utfordringen er krisehåndteringen i mer akutte faser av pandemien. Skal mer av ressursene på tjenestenivå (taktisk nivå) da vris over på krisehåndtering, noe som potensielt kan gå utover driften? Eller er det bedre å skalere opp beredskapsstaben under smittetoppene, og la mer av krisehåndteringen skje på operativt nivå? Sistnevnte løsning kan være et bidrag til skjerming av driften, men den kan komme i konflikt med nærhetsprinsippet og fordelene med lokal krisehåndtering. En beredskapsmodell basert på fleksibel organisering, bygger på en forutsetning om rask opp- og nedskalering av kriseberedskapen som følger smittetopper og -bunner i pandemien. Det er dynamikken i utfordringsbildet som avgjør hva som til enhver tid er en hensiktsmessig organisering.

Vedlegg 2: Fullstendig utledning revisjonskriterier for kapittel 6

Smittevernloven § 7-1.

Kommunen skal sørge for at alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen med hensyn til smittsom sykdom er sikret nødvendige forebyggende tiltak, undersøkelsesmuligheter, behandling og pleie utenfor institusjon og pleie i sykehjem eller annen kommunal helseinstitusjon.

Kommunen skal også utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her eller bestemmelser i medhold av loven, herunder skaffe seg oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen, drive opplysning om smittsomme sykdommer og gi råd og veiledning om hvordan de forebygges, sørge for at individuelt forebyggende tiltak blir satt i verk, sørge for at andre tiltak etter loven her, folkehelseloven eller helse- og omsorgstjenesteloven blir satt i verk.

Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen skal samarbeide med myndigheter som har oppgaver av betydning for tiltakene.

Tabell 9: Smitteverntiltak og kommunalt ansvar fastsatt i lovverk og anbefalinger.

Tiltak	Beskrivelse	Lov/forskrift
Tidlig oppdaging av smittede og rapportering	Meldingsplikt/ varslingsplikt om smittede	MSIS-forskriften, Smittevern § 2-3
	Testing for å finne smittede	Anbefaling, § 6c i covid-19-forskrift
	Gi informasjon til grupper med økt smitterisiko	Smittevern §§ 7-1, 7-2
	Ha oversikt over sykdomsomsfanget	Smittevern §§ 7-1, 7-2
Raskt isolere syke	Tilgang på legemidler/ smittevernutstyr	Helseberedskapsl. § 2-2 ¹³⁵
	Isolering hjemme dersom det er mulig	Smittevern kapittel 5
	For øvrig finne sted for isolering på egnede steder	Covid-19 forskriften kap. 2
Smitteoppsporing	Iverksette sporing for å begrense videre smitte	Smittevern § 3-6

¹³⁵ Departementet kan gi forskrift om krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, herunder sette krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr, og til øvelser og opplæring av personell.

Karantene	Innskrenke bevegelsesfrihet til mulige smittede inkludert reisende fra utlandet	Smittevern § 4-3 Covid-19-forskriften kap. 2
Kontakt-reducerende tiltak i befolkningen	Iverksette kontaktreducerende tiltak for å forsinke/slå ned smittespredningen Stenge skoler, barnehager, arrangementer, utesteder mv. og gi råd om bruk av transport Reiserestriksjoner Unngå unødvendige utenlands-/innenlandsreiser	Smittevern § 4-1, a-e Covid-19 forskriften kap. 4 og 5 Covid-19 forskriften, kap. 2 Anbefaling
Generelle hygienetiltak	Informasjon om avstand, hånd- og hostehygiene, være hjemme hvis syk, og redusere nærkontakter	Anbefaling
Beskyttelsestiltak i risikogrupper	Beskyttelsestiltak i helse- og omsorgstilbud Skjerming av personer i risikogrupper	Anbefaling Anbefaling
Informasjon til befolkningen	Opplysnings- og kommunikasjonstiltak	Forskrift kommunal beredskap § 4 Smittevern. §§ 7-1, 7-2

Vedlegg 3: Forsterket TISK

Den tredje mars publiserte FHI et råd om forsterket TISK ved utbruddshåndtering. Forsterket TISK innebærer en mer utstrakt testing og karantenesetting, og mer vektlegging av god gjennomføring av karantene og isolering.



Ifølge FHI er det ved forsterket TISK særlig viktig at man følger opp at den smittede gjennomfører isolering med råd og veiledning, gjerne med tilbud om besøk i hjemmet hvis det er kapasitet til det.

En av de største endringene ved forsterket TISK er ventekarantene for nærkontaktens husstandsmedlemmer: «For å begrense videre smittespredning, bør nærkontaktens husstandsmedlemmer oppfordres til å være i «ventekarantene» fram til nærkontakten har fått negativt svar på første test (men ikke lenger). Det bør kun brukes ventekarantene for husstandsmedlemmer til personer som er definert som nærkontakter, ikke for andre mer perifere kontakter.»