

Krisehåndtering og lærdommer i forbindelse med korona-utbruddet

Stavanger kommune, 2021



INNHOOLD

Innhold

| | |
|---|-----|
| Oppdraget | 3 |
| Sammendrag | 4 |
| Kommunedirektørens kommentar | 11 |
| 1 Innledning | 12 |
| 2 Smitteutviklingen | 21 |
| 3 Kriseforberedelser | 27 |
| 4 Smittevernutstyr | 38 |
| 5 Kriseorganisering og -ledelse | 47 |
| 6 Krisehåndteringsfullmakt | 68 |
| 7 Krisekommunikasjon..... | 78 |
| 8 Oppbygging av TISK-kapasitet | 92 |
| 9 Tiltak for å ivareta sårbare barn og unge | 123 |
| 10 Regionalt samarbeid | 154 |
| Vedlegg..... | 166 |

OPPDRAGET

Bestilling

Kontrollutvalget i Stavanger kommune bestilte i møte 20.04.2020 en forvaltningsrevisjon av «Krisehåndtering og lærdommer i forbindelse med korona-utbruddet» i tråd med det framlagte utkastet til prosjektmandat og protokollførte tillegg. De protokollførte tilleggene fra møtet i kontrollutvalget framgår av problemstillingene i prosjektet.¹

Formål

Siktemålet er å undersøke hvordan kommunen har håndtert ulike faser av korona-utbruddet.

Problemstillinger:

- Hvordan har kommunens ledelse organisert og håndtert beredskapsarbeidet i ulike faser av korona-utbruddet? Hva har vært vellykket? Hva har vært utfordrende?
- Hvordan har krisehåndteringsfullmakten fungert som tiltak i krisehåndteringen?
- Hvilke tiltak er innført innenfor kommunens helsetjeneste?
- Hvilke tiltak er innført for å ivareta sårbare barn og unge og innvandrere?
- Hvordan har implementeringen av tiltak ute i organisasjonen fungert, og hvordan har samhandlingen mellom strategisk, operasjonelt og taktisk nivå 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?
- Hvordan har kommunikasjon ut til innbyggerne vært håndtert? Også overfor flerspråklige?
- Hvilke lærdommer kan trekkes av håndteringen av korona-utbruddet?

Prosjektleder har vært senior forvaltningsrevisor Ståle Opedal som har gjennomført prosjektet sammen med senior forvaltningsrevisor Svein Kvalvåg. Forvaltningsrevisor Frøy Losnedal har laget tidslinjene som ligger til grunn for rapporten. Rapporten er kvalitetssikret av revisjonsdirektør Rune Haukaas.

¹ Møteprotokoll fra kontrollutvalgets møte 20.4.2020 framgår her...

<http://opengov.cloudapp.net/Meetings/KONTROLLUTV/Meetings/Details/209473?agendaItemId=203190>.

Proessen med å få etablert en forvaltningsrevisjon av Stavangers koronahåndtering kom i gang etter et initiativ fra kommunedirektøren i Stavanger. Han ønsket at revisjonen skulle følge og dokumentere håndteringen, og gjøre det på en måte som ikke virket unødig forstyrrende på de som stod midt oppi selve håndteringen.

SAMMENDRAG

Stavanger fikk bekreftet de to første smittetilfellene 29. februar 2020. Da var kommunen godt i gang med å forberede seg på det som skulle bli en krise uten sidestykke etter andre verdenskrig. Alvorlighetsgraden og langvarigheten på pandemien har utfordret etablerte måter å håndtere kriser på. Mange kritiske beslutninger er blitt tatt under stort press i situasjoner med ofte mangelfull kunnskap og med stort behov for koordinering mellom mange berørte instanser.

Denne revisjonen er gjennomført som en *følgeevaluering* av kommunens håndtering av pandemien med sikte på å identifisere langsiktige læringspunkter. Parallelt er det gjennomført lignende evalueringer i Sandnes, Strand og Gjesdal og senere også i Bærum kommune. Revisjonen i Stavanger dekker tiden fra januar 2020 til september 2021.

Selv om rapporten er omfangsrik, utgjør den ikke en samlet evaluering av kommunens pandemihåndtering, jf. problemstillingene i kontrollutvalgets oppdrag. I hvert av rapportens kapitler har vi identifisert læringspunkter som vi håper kan være nyttige i kommunens lærings- og forbedringsarbeid i kjølvannet av koronapandemien.

Hovedbudskap

- *Kommunens håndtering av pandemien har vært god.* I en krevende situasjon for kommunen og innbyggerne har ledelse og organisasjon omstilt seg raskt og tatt beslutninger som har vært avgjørende for hvordan krisen har utviklet seg.
- *Smitteutviklingen har vært under kontroll, og smitteutbrudd er effektivt blitt slått ned.* Befolkningsundersøkelser viser stor tilfredshet blant innbyggerne i Stavanger med hvordan kommunen har håndtert og informert om pandemien.
- *Beskyttelse av eldre og andre risikogrupper har stått sentralt i Stavangers håndtering av pandemien.* Tross smitte i mange sykehjem og helseinstitusjoner, har Stavanger til forskjell fra de øvrige storbykommunene, unngått mange koronarelaterte dødsfall.
- *Verken planverk eller lagre for smittevernutstyr tok høyde for en langvarig og alvorlig pandemi hvor det i utgangspunktet ikke forelå en vaksine.* Grunnleggende sett var likevel kommunen forberedt gjennom sine planer for beredskapsorganisering og ressursmobilisering og tilgang på handlekraftige og kompetente ledere og ansatte.
- *Det har vært et utstrakt samarbeid internt i kommunen - mellom politisk ledelse, administrasjonen og faglig ekspertise.* Det har i hovedsak sikret balanserte avveininger i forhold til når og hvor hardt det skulle trykkes på den «*røde knappen*». Samlet sett har samarbeidet styrket effektiviteten og tilliten til kommunens pandemihåndtering.
- *Stavanger kommune har vært involvert i et omfattende eksternt samvirke som samlet sett har vært nyttig i krisehåndteringen.* Kommunen har gjennom hele pandemien vært en pådriver for regionalt samarbeid. Selv om det har vært uenigheter om innholdet i lokal smittevernforskrift, har de fire kommunene på Nord-Jæren vært enige om det meste.

Smitteutviklingen har vært under kontroll

Stavanger har vært gjennom fire smittebølger - mars/april 2020, desember/januar 2020/2021, mars/april 2021 og august/september 2021. I Rogaland var smitteimporten i starten av pandemien betydelig fra «røde» vinterdestinasjoner i Sør-Europa med omfattende smitte. Den første smittebølgen ble raskt slått ned, og ebbet ut i siste halvdel av april.

Sammenlignet med de andre bykommunene, var Stavanger (og Sandnes) lenge annerledesbyene som unngikk de største smitteutbruddene. Helt fra starten av pandemien til jule- og nyttårshelgen 2020/2021 hadde Stavanger og Sandnes minst registrert smitte av de 10 bykommunene.

Med smittebølgene rundt jul og nyttår og i mars/april 2021 havnet Stavanger høyere opp på lista over bykommuner med mye smitte – men fortsatt langt unna de med mest påvist smitte.

Strategisk har Stavanger valgt en proaktiv og til dels streng tilnærming i tråd med beredskapsprinsippet om «moderat overreaksjon». Tilnærmingen har i praksis betydd at kommunen har tilstrebet å være *raskt ute med smittevern tiltak, ta litt ekstra i, og være forsiktig i forbindelse med gjenåpning og lettelser i tiltakene.*

Denne strategien har bidratt til å slå ned smittebølgene og kontrollere smittespredningen. De lokale kontakt- og mobilitetsreducerende tiltakene har fortløpende blitt justert for å unngå en smitteutvikling som kunne overbelaste kommunens kapasitet til testing, isolering, smitteoppsporing og karantenering (TISK).

Ikke helt forberedt, men heller ikke uforberedt

Stavanger kommune var raskt ute vinteren 2020 med å forberede seg på pandemien.

Stavangers beredskapsplaner og helseplaner tok imidlertid ikke fullt ut høyde for et pandemiscenario med en langvarig og alvorlig pandemi hvor det i utgangspunktet ikke forelå vaksine. Stavangers pandemiplan er i stor grad en influensapandemiplan. Selv om smittevernloven gir kommunene mulighet for å stenge ned samfunnet, forelå det ikke planer, øvelser eller scenarier som raskt kunne veilede kommunen i håndteringen av pandemien.

Tross en del «*armer og bein*» de første ukene, kom det raskt på plass en beredkapsorganisasjon og mange beslutninger ble truffet for å slå ned smitten. De proaktive prinsippene nedfelt i beredkapsplanen satte tidlig sitt preg på beredkapsledelsens håndtering av pandemien. Tross mangler i planverket, var det derfor på plass en *grunnleggende forberedhet* gjennom beredkapsorganisasjon, metode for krisehåndtering og mobilisering av kompetente og handlekraftige ledere og ansatte. Denne «beredkapsgrunnmuren» har vært viktig for effektiviteten i kommunens krisehåndtering. *Et læringspunkt basert på erfaringene med pandemien, er at fortløpende planlegging har vært til mer hjelp enn beredkapsplaner.*

Planverket bør likevel gjennomgå i lys av erfaringene med koronapandemien. Særlig pandemiplanen bør ta høyde for flere pandemiscenarier. Det bør vurderes om slike planer bør regionaliseres. Samtidig er det verdt å minne om at læring fra denne krisen ikke automatisk er gyldig for den neste krisen. Ingen vet hva neste krise vil bli. Planverket må være generisk og gyldig for et stort antall mulige fremtidige kriser, enten det er pandemier eller andre kriser.

Manglet smittevernutstyr, men et beredskapslager kom raskt på plass

Stavanger kommune hadde før pandemien slo til smittevernutstyr for bare noen få uker på lager. Sandnes var i samme situasjon, mens en kommune som Bærum hadde langt større lagre.

Ansvar for å kjøpe inn smittevernutstyr lå til hver enkelt virksomhet, og både LEAN-prinsippet og Just-in-Time-prinsippet tilsa minst mulig på lager. Forsyningssikkerheten lå dermed i stor grad på grossistene i markedet - for Stavangers del primært hos NorEngros.

Det tok imidlertid ikke mange ukene før kommunen fikk utviklet et nytt logistikksystem, og gjennom egne anskaffelser og statlige leveranser, ble lagrene av smittevernutstyr fylt opp. Det ble utvist stor handlekraft og kreativitet fra kommunens side for å få på plass et beredskapslager. Resultatet er at kommunen besitter et beredskapslager som kan dekke forbruket i minst 8 måneder, og for de fleste typene utstyr mye lengre tid enn det.

Et læringspunkt er at fortløpende markedsanskaffelser og små kommunale lagre av smittevernutstyr ikke gir tilstrekkelig forsyningssikkerhet i kriser. Et permanent beredskapslager bør ses i en regional sammenheng. Konkluderes det med at kommunen skal ha et permanent beredskapslager bør dette innarbeides i kommunens beredskapsplaner og pandemiplan.

Fleksibel beredskapsorganisering er nødvendig i en langvarig krise

Den overordnede beredskapsledelsen får gode skussmål. Ledelsen har utvist stor handlekraft. Usikkerhet og mangel på informasjon har ikke stått i veien for handling. Det har gitt høy beslutningseffektivitet i akutte og usikre beslutningssituasjoner. Møteleders evne til å sammenfatte, samle trådene og trekke konklusjoner blir pekt på som viktig i den sammenheng.

Beredskapssjefen og beredskapsstaben har hatt en mer markant rolle i Stavanger enn i kommuner som Bærum og Sandnes. Situasjonsrapporter, analysearbeid, anbefalinger til beredskapsledelsen om fokusområder og beredskapsnivå, covid-19 beredskapsplaner, regional koordinering og oppfølging overfor tjenesteområdene har vært blant oppgavene staben har vært engasjert i.

Grunnstrukturen i beredskapsorganiseringen har ligget fast under pandemien, men det er gjort flere store og små justeringer for å optimalisere organiseringen. *Et læringspunkt er at én og samme beredskapsorganisasjon ikke nødvendigvis passer for alle krisesituasjoner.* En sentralisert kommandostruktur slik beredskapsplanen legger opp til, kan passe godt til kortvarige, akutte kriser. Strekker en krise ut i tid – som med koronapandemien – er det behov for en mer fleksibel og desentralisert tilnærming der krisehåndtering i tjenesteområdene får en større plass.

Både Helse og velferd og Oppvekst og utdanning har etablert beredskapsledelse og operative beredskapsgrupper på sine respektive tjenesteområder. Det er en utbredt oppfatning i både Helse og velferd og Oppvekst og utdanning at en parallell beredskapsorganisering til den ordinære linjeledelsen har sikret kontinuitet, effektivitet og tverrfaglighet i koronahåndteringen.

Hovedinntrykket er at det horisontale samarbeidet har fungert internt i kommunen. I noen saker har samordningen skjedd i beredskapsledelsen, andre ganger gjennom beredskapstabens arbeid, men mye har skjedd formelt og uformelt mellom de ulike tjenesteområdene.

Det bør vurderes å oppdatere beredskapsplanene slik at det tas høyde for de organisatoriske nyvinningene som er gjort under pandemien.

Fullmaktdelegering har sikret beslutningseffektivitet

Smittevernloven og kommuneloven har gitt kommunens ledelse tilstrekkelige fullmakter til å håndtere pandemien. Ordfører har gjennom kommuneloven hatt en generell hastefullmakt på vegne av kommunestyret, og fikk høsten 2020 midlertidig fullmakt etter smittevernloven. Ordførers hastefullmakt etter kommuneloven er forlenget ut valgperioden.

Kommunedirektøren ble i april 2020 gitt en midlertidig utvidet budsjettfullmakt og en generell krisehåndteringsfullmakt. Smittevernoverlegen har gjort hastevedtak etter smittevernloven.

Den samlede bruken av disse fullmaktene kan ikke sies å være omfattende, men de har sikret beslutningseffektivitet når det ikke har vært tid til å følge ordinære saksbehandlingsregler.

Begrenset bruk av midlertidig utvidede fullmakter, regelmessig informasjon og dialog mellom politikk og administrasjon og det at både ordfører og varaordfører har deltatt i beredskapsledelsen, har vært med å sikre demokratisk kontroll med koronahåndteringen.

Det er pekt på fra flere intervjuede at fullmaktsystemet er blitt noe uoversiktlig. *Et læringspunkt kan være å gå gjennom fullmaktsystemet når krisen er over med tanke på forenklinger.*

En generell og permanent krisehåndteringsfullmakt til kommunedirektøren bør vurderes videreført. Det gir kommunedirektøren ryggdekning til å handle når liv og helse står i fare.

Kommunen har samlet sett lykkes godt med kommunikasjonen ut til befolkningen

Vår vurdering er at kommunens koronakommunikasjon overfor befolkningen i hovedsak har vært nyttig og forståelig. 3 av 4 innbyggere i Stavanger er fornøyd med den informasjonen de har fått. Befolkningen har i stor grad stilt opp og etterlevd smittevernregler og råd. Kommunens kommunikasjonsavdeling har høstet ros i overordnet beredskapsledelse og blant ansatte vi har intervjuet for måten de har håndtert kommunikasjonsutfordringene på. Den har bidratt til å vedlikeholde kriseforståelsen blant folk, men har også unngått å skape for mye uro.

At befolkningen har endret atferd i møte med pandemien, er en klar indikasjon på at myndighetene har nådd fram med budskapene sine til befolkningen. Det er likevel deler av innvandrerbefolkningen som kommunen ikke har lykkes like godt med å nå fram til.

Et læringspunkt fra kommunikasjonsarbeidet er nødvendigheten av å nå ut raskt med tilpasset og koordinert informasjon til risikoutsatte målgrupper gjennom ulike kanaler og plattformer.

Det bør vurderes en erfaringsgjennomgang av informasjons- og kommunikasjonsarbeidet rettet mot kommunens innvandrergrupper under pandemien med sikte på læring og forbedring.

Oppbyggingen av TISK-kapasitet har vært en suksess

Kommunens ansvar for testing, isolasjon, smittesporing og karantene, er nedfelt i smittevernloven, men loven sier ikke noe spesifikt om hva slags beredskap kommunene skal ha på dette området. Verken staten eller kommunen hadde klar en strategi eller en beredskapsplan for rask oppskalering av TISK-kapasiteten da pandemien slo til i begynnelsen av mars 2020.

Det er fra kommunens side lagt ned en stor innsats for å bygge opp TISK-tilbudet. Vår vurdering er at Stavanger kommune har hatt stor suksess med TISK-arbeidet. Smitte er raskt blitt avdekket gjennom høy vilje i befolkningen til å teste seg, og kapasiteten til testing og smittesporing har vært stor nok til å sikre kontroll også under de høyeste smittetoppene. Det er laget planer og

organisatoriske løsninger det er viktig å ta med som lærdommer fra pandemien. *Et læringspunkt er at TISK har vist seg som et målrettet virkemiddel for å slå ned smitteutbrudd.*

Det synes å ha vært høy grad av etterlevelse av isolasjonsplikten og karanteneplikten, men det foreligger lite informasjon om etterlevelsen. Det er også avdekket brudd. Det kan indikere at innsatsen for å føre kontroll og tilsyn burde kommet tidligere og vært mer kraftfull.

Planverket bør oppdateres i forhold til TISK-beredskap, særlig helseberedskapsplanen og pandemiplanen. Det bør videre avklares nærmere *hvem-som-skal-gjøre-hva* i forhold til kontroll og tilsyn når det er stort behov for isolasjon og karantene i en smittesituasjon.

Sårbare barn og unge har tatt mange byrder, men har også fått hjelp

Sårbare barn og unge har vært særlig utsatt under pandemien. Flere viktige tjenester falt helt eller delvis bort våren 2020. Det har vært bekymring for at omfanget av omsorgssvikt, vold og overgrep har økt under pandemien, men foreløpig foreligger ikke sikre tall om dette.

Hovedinntrykket er at kommunen har ivaretatt barn og unge i sårbare livssituasjoner på en relativt god måte, og at dette har vært en tydelig prioritering gjennom hele pandemien.

Sammenlignet med Sandnes var det i Stavanger en relativt høy andel barn i barnehagen og på skolen som mottok et omsorgstilbud i starten etter nedstengningen. Dette bildet endret seg etter hvert, og for barnehagene jevnet dette bildet seg ut. I likhet med andre kommuner var det en høy andel elever i 2020 som fikk færre timer med spesialundervisning enn det som var vedtatt. Andelen var høyest på barnetrinnet, mens ungdomstrinnet nesten var uberørt.

Det var en liten økning i bekymringsmeldinger til barnevernet i 2020. Økningen skyldes trolig kommunesammenslåingen. Uten barna fra Rennesøy og Finnøy hadde det sannsynligvis vært en liten nedgang i bekymringsmeldinger i 2020. Barnevernet er bekymret over at meldinger om vold har holdt seg stabilt, når en undersøkelse fra Bufdir viste at 1 av 6 ungdommer fortalte om vold og overgrep under nedstengningen. Barnevernet har klart å opprettholde tilnærmet normal tjenestekvalitet, selv om oppfølging av fosterhjemsbarn ble redusert under nedstengningen.

Helsestasjonstjenestene klarte å opprettholde et høyt aktivitetsnivå i 2020, til tross for et krevende driftsår. Oppfølging av de minste barna og barn med spesielle behov har hatt høy prioritet. Kvaliteten på tilbudet har vært noe redusert. Konsultasjonene som ble gjennomført våren 2020 hadde både kortere varighet og et mer begrenset innhold enn det som er vanlig.

Fritidsklubbene i Stavanger var stengt i en periode, og har samlet hatt færre besøkende i 2020 enn året før. Det har vært en liten nedgang i antall ungdommer som har fått individuell oppfølging fra Uteseksjonen, og som gjerne har en ekstra sårbarhet med seg. Det er indikasjoner på at en del ungdommer var ekstra sårbare under pandemien. Kommunen bør følge denne utviklingen nøye.

Etter vår vurdering valgte Stavanger kommune en god framgangsmåte for å identifisere de sårbare barna og familiene under nedstengningen. Virksomhetene fikk selv ansvaret for å vurdere hvem som var i sårbare livssituasjoner, på bakgrunn av føringer fra direktør, og innspill fra hjelpeinstanser i kommunen, som barnevern og helsestasjonstjenester. Krisen ser ut til å ha styrket samarbeidet på tvers av fagområder og mellom direktør/stab og virksomhetene.

Regionalt samarbeid har vært nyttig – og krevende

Stavanger kommune har vært involvert i et omfattende regionalt samvirke. Omfanget er sannsynligvis uten sidestykke i nyere kommunehistorie på Nord-Jæren og i Sør-Rogaland. Både etablerte og nye samarbeidsstrukturer er tatt i bruk for informasjonsutveksling, koordinering og i noen tilfeller for å utvikle felles smitteverntiltak som lokal smittevernforskrift og intermediært «feltsykehus». Stavanger har fra februar 2020 og gjennom hele pandemien vært en pådriver for regionalt samarbeid, og har tatt de største byrdene i forhold til ressursinnsats for å få det til.

Det medisinsk-faglige samarbeidet har fungert godt både på Nord-Jæren og i opptaksområdet for Helse Stavanger. Også innenfor beredskap, kommunikasjon og TISK har det i hovedsak vært godt samarbeid. Samarbeidet i storbynettverket har vært nyttig i krisehåndteringen.

En observasjon fra det regionale samarbeidet på Nord-Jæren, er at det har vært enklere å oppnå faglig og administrativ enighet enn politisk enighet. Den interkommunale forskriftsgruppen har stått sentralt i arbeidet med å utrede og gi anbefalinger om tiltak, mens kommunedirektørene har innstilt til ordførermøtene. Fra politisk hold, er det pekt på at fordelene med smitteverntiltakene er blitt synliggjort, mens ulempene ikke alltid har fått like stor oppmerksomhet.

Selv om ordførerne på Nord-Jæren ved noen korsveier har vært uenige om tiltak i smittevernforskriften, har regelen vært politisk enighet. Det har gitt politisk ryggdekning og legitimitet til «pakker» av påbud, forbud og anbefalinger rettet mot innbyggerne på Nord-Jæren.

Stavanger kommune etablerte tidlig et analysesamarbeid med Helse Stavanger. Tilsvarende samarbeid har ikke funnet sted mellom kommunene på Nord-Jæren, selv om situasjonsrapportene til Stavanger er delt med de andre kommunene. *Et læringspunkt er at det er viktig å tidlig etablere en regional situasjonsforståelse som grunnlag for strategiske valg i krisehåndteringen.*

For fremtiden bør det avklares nærmere om – og i tilfelle hva slags regionalt samarbeid - det skal være om analyser/situasjonsrapporter, smittevernutstyr og smittesporing. På disse områdene har samarbeidet vært begrenset. Overordnet kan det være behov for å gjennomgå hvilke roller statsforvalter, helseforetak, fylkeskommune og den største kommunen i regionen skal spille i forhold til lederskap i langvarige og alvorlige kriser som berører hele regionen.

For tidlig å konkludere om langsiktige konsekvenser av pandemien

Begrensningene på sosial kontakt under koronaen har vært særlig belastende for barn, unge, institusjonsbeboere og de som bor alene. Skolene i Stavanger ser en økning i elever som strever med psykisk uhelse og utenforskap. Det er også indikasjoner på at isolasjon og inaktivitet har gitt funksjonsfall blant brukere på helse- og velferdsområdet, særlig de som bor alene. Redusert sosial kontakt og mindre fysisk aktivitet kan gi varige helseeffekter. Vi vet foreløpig lite om hvor sterke slike negative folkehelseeffekter vil kunne bli i tiden fremover. Dette er noe som kommunen bør overvåke nøye også etter at situasjonen er blitt mer normalisert.

Anbefalinger

Kommunens håndtering av koronapandemien har mange likhetstrekk med en krisedrevet innovasjonsprosess. Kommunen har handlet, erfart, lært og justert kursen underveis.

I etterfasen, når mange har mest lyst til å legge pandemien bak seg, er det viktig å evaluere og trekke lærdommer ut av krisen: *Hva bør huskes på før neste krise melder seg? Hva gjorde vi riktig? Hva bør vi ikke gjøre igjen? Hvordan kan kommunen stå bedre rustet neste gang?*

Vi har nedenfor gjort oss noen refleksjoner hva kommunen kan gjøre etter pandemien:

- *Planverket bør oppdateres med et scenario som tar høyde for en langvarig og alvorlig pandemi som må slås ned med inngripende tiltak fordi det ikke foreligger vaksine.*
- *Kommunens beredskapslager av smittevernutstyr bør ses i en regional sammenheng. Konkluderes det med at kommunen skal ha et eget permanent beredskapslager bør dette innarbeides i Stavanger kommunes beredskapsplaner og pandemiplan.*
- *Beredskapsplaner og helseplaner bør ta høyde for at behovet for beredskapsorganisasjon er forskjellig i en langvarig krise som koronapandemien enn under en kortvarig krise.*
- *Krisehåndteringsfullmakten til kommunedirektøren bør vurderes gjort permanent. Gjøres den permanent bør den innarbeides i overordnet beredskapsplan.*
- *Kommunen bør gjennomgå fullmaktsystemet i lys av erfaringene med koronapandemien med sikte på å lage et mest mulig enkelt og oversiktlig fullmaktsystem ved kriser.*
- *Kommunen bør foreta en erfaringsgjennomgang av informasjons- og kommunikasjonsarbeidet rettet mot minoritetsgrupper i Stavanger.*
- *Helseberedskapsplan og pandemiplan bør omfatte beredskap for å bygge opp test- og smittesporingskapasitet, samt behov for isolasjons- og karantenekapasitet.*
- *Det bør avklares nærmere hvem-som-skal-gjøre-hva i forhold til kontroll og tilsyn når det er stort behov for isolasjon og karantene i en smittesituasjon.*
- *Kommunen bør følge opp eventuelle langsiktige konsekvenser av pandemien for sårbare barn og unge. Det gjelder også mulige langsiktige konsekvenser for andre brukergrupper.*
- *Det bør avklares om det skal lages en regional pandemiplan, eventuelt om den regionale dimensjonen bør styrkes i øvrige beredskaps- og helseplaner.*

Fortsatt usikkerhet

Covid-19 vil være en trussel mot folkehelsen frem til det er oppnådd tilstrekkelig immunitet i befolkningen, i hovedsak ved hjelp av vaksinasjon. I begynnelsen av oktober 2021 var 90 % av innbyggerne i Stavanger over 18 år, vaksinert. Det er usikkerhet knyttet til oppkomsten av nye virusvarianter og fremtidig vaksineeffekt. Selv med en tilnærmet fullvaksinert befolkning, kan det være fare for nye lokale smitteutbrudd. For kommunen betyr det å beholde en viss beredskap parallelt med at hverdagen etter hvert normaliseres.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Covid-19 pandemien er av mange beskrevet som den største krisen for vårt land etter 2. verdenskrig. Kommunene er selve frontlinjen i bekjempelsen og håndteringen av denne pandemien. Det er kommunene som iverksette tiltak og beskytter innbyggerne. Det er kommunene som opprettholder viktige samfunnsfunksjoner som skoler og barnehager. Det er kommunene som finner kompenserende tiltak for de som er hardest rammet av pandemien. Det er kommunene som organiserer og gjennomfører massevaksinering. Dette har satt kommunens kriseberedskap og kommunens kriseledelse på prøve, ikke minst med tanke på varighet. Det er åpenbart at det er mye å lære av kommunens håndtering.

Mandatet for forvaltningsrevisjonsoppdraget dekker bare noen sider av kommunens omfattende arbeid med håndtering av covid-19 pandemien. Kommunedirektøren ser nødvendighet i at mandatet er begrenset. Erfaringer og læringspunkter fra det øvrige arbeidet med pandemien, som massevaksineringsprogrammet, trafikklysmodellen i skoler og barnehager, og store deler av arbeidet bymiljø og utbygging har utført, vil bli inkludert i den interne oppfølgingen.

Rapporten får godt fram kommunens strategi med potensiale basert beslutning og de dilemmaer som følger av dette. Et annet dilemma kommunen har stått i, er å håndtere en omfattende krise over lang tid og samtidig opprettholde så mye som mulig av den ordinære driften. Det har ikke alltid vært mulig å gjøre begge deler, og noen oppgaver har blitt utsatt eller avvirket, og andre oppgaver har ikke fått nødvendig oppmerksomhet. Samtidig vil kommunedirektøren understreke hvor stor kraft og omstillingsevne organisasjonen faktisk har vist, stilt ovenfor en stor krise. Det er mange ansatte som har gjort et arbeid langt utenfor det som kan forventes. De fortjener en stor takk!

Rapporten omhandler samordningsbehovet i kriser som ikke forholder seg til kommunegrenser. Dette har vært en viktig læringsprosess underveis, og kommunene på Nord-Jæren har utviklet sin organisering for regional samhandling. Kommunedirektøren mener at dette samarbeidet fungerte best når en fulgte gode forvaltningsprinsipper som felles utredning, felles beslutning og en mest mulig felles gjennomføring og forvaltning av beslutningene. Både eksisterende samarbeidsavtale om beredskap og de konkrete erfaringene fra pandemihåndteringen vil legges til grunn for evaluering kommunene imellom.

Denne forvaltningsrevisjonen er basert på data og observasjoner som har blitt samlet inn samtidig med at krisen utviklet seg og parallelt med kommunens krisehåndtering. En slik «følgeevaluering» gir et annet og bedre grunnlag for å finne læringspunkter, enn en mer tradisjonell «etter-evaluering», der etterpåklokskapen kanskje overdøver den klokskap som kan utvikles av noen som har hatt muligheten til å følge hele arbeidet mens det skjedde.

Kommunedirektøren vil takke for en svært grundig, og svært innsiktsfull forvaltningsrevisjonsrapport. De refleksjoner, konklusjoner og læringspunkter som står i rapporten er det lett å kjenne seg igjen i, også i etterpåklokskapens lys. Dette gir et veldig godt grunnlag for forbedringer av kommunens beredskapsarbeid og kriseledelse.

1 INNLEDNING

1.1 PANDEMIEN I KORTE TREKK

Covid-19 ble først påvist i Wuhan, Kina i desember 2019. Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte 30. januar utbruddet som en «*alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse*», og erklærte utbruddet 11. mars som en pandemi. Pandemien skyldes et nytt koronavirus som er beslektet med SARS-viruset som førte til en epidemi i 2002/2003.

Stavanger kom tidlig i gang med å forberede seg på det som kunne bli en pandemi. Allerede før den statlige nedstengningen av samfunnet den 12. mars 2020, var Stavanger og flere av de øvrige bykommunene i storbynettverket i gang med å planlegge og implementere lokale smitteverntiltak. Om formiddagen 12. mars annonserte Bergen stenging av ungdomsskoler og videregående skoler. Like etter fulgte Oslo opp med varsel om stenging av alle skoler og barnehager. Det ble lagt press fra bykommunenes side på regjeringen og nasjonale helsemyndigheter om å komme på banen.

12. mars beskrev statsminister Erna Solberg tiltakene som «*de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid*».² Nedstengingen omfattet 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 arbeidet 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.

Pakken av tiltak som ble satt inn 12. mars er senere beskrevet i den statlige granskningsrapporten som dårlig utredet og dårlig forberedt. Listen over hvilke virksomheter som skulle stenges, ble utarbeidet i løpet av noen få timer og var klar først én time før tiltakene ble offentliggjort.

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 smitteverntiltakene 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.

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.

Parallelt med gjenåpningen fra mai og utover, ble det stilt krav fra staten til kommunene om å bygge opp kapasiteten til å teste, isolere, smittespore og sette mulige smittede i karantene (TISK). Fra 1. august 2020 skulle kommunene ha en plan for raskt å kunne oppskalere kapasiteten til å kunne teste 5% av befolkningen i kommunen om det skulle oppstå et slikt behov.

I løpet av august utviklet smittesituasjonen seg fra å være stabil gjennom sommeren til å øke. For å beholde kontrollen trakk staten på bremsen for videre gjenåpning. Cruisetrafikken ble ytterligere strammet inn, og nasjonal skjenkestopp ble innført kl. 24.00 fra 7. august. Samtidig med innstramninger fortsatte regjeringen å følge planen for gjenåpning. Fra 12. oktober ble det gitt lettelse for breddeidretten for voksne og regjeringen opphevd skjenkestoppen ved midnatt. Samtidig ble det tillatt med inntil 600 personer til stede samtidig på utendørsarrangementer, fordelt på grupper på inntil 200 personer. I kommuner med høyt smittetrykk åpnet imidlertid staten opp for at kommunene kunne innføre lokale forskrifter ol.

Fra slutten av oktober trakk staten for alvor på ny 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 statsministeren.

Flere kommuner, blant annet Stavanger i samarbeid med nabokommunene, tok i bruk lokal smittevernforskrift. De statlige og lokale innstramningene ble beholdt så lenge det var nødvendig for å få kontroll med smitteøkningen utover høsten 2020. Beskjeden fra statsministeren var *«Hold dere hjemme, ha minst mulig sosial kontakt»*. Mot jul pekte smittekurven på ny nedover.

Med den bråe, og til dels overraskende smitteøkningen i jule- og nyttårshelgen, ble det på ny vedtatt nasjonale og lokale tiltak for å slå ned utbruddet og gjenopprette kontroll med smittesituasjonen. Økningen i smitte ble på ny stoppet, men økt import av muterte virus førte til ny fart på smitteutviklingen i mars/april og delvis ut i mai måned 2021. Forsterket TISK og bedre grensekontroll ble blant annet innført for å få kontroll med spredningen av muterte virus.

Parallelt med nye statlige og lokale smitteverntiltak for å håndtere den tredje store smittebølgen, pågikk vaksinerings av risikogrupper (eldre og innbyggere med underliggende sykdommer) og etter hvert ble det satt i gang massevaksinasjon av befolkningen sommeren 2021.

Intensivert vaksinerings i august og september, var imidlertid ikke tilstrekkelig til å forebygge nok en smittebølge. 1. september 2021 ble det registrert 1.796 koronasmittede i Norge, det høyeste smittetallet så langt i pandemien. Statlig gjenåpning, færre grenserestriksjoner, skolestart og fadderuker ved universiteter og høyskoler og generell mindre etterlevelse av smittevernråd i befolkningen, medførte en sterk økning i smitten, dominert av det mer smittsomme delta-viruset. Selv om smittetallene økte, var sykdomsbyrden lavere, noe som påvirket det lokale tiltaksnivået.

Stavanger kommunes håndtering av koronapandemien har uløselig vært forbundet med den statlige håndteringen. Rollen har dels bestått i å implementere statlig vedtatte smitteverntiltak, dels i å utvikle og iverksette lokale smitteverntiltak tilpasset den til enhver tid rådende smittesituasjonen. I lange perioder har tiltakene bestått av en kombinasjon av nasjonale og lokale forbud, påbud og anbefalinger, i det som kan beskrives som en form for flernivåstyring.

Stavangers håndtering må også forstås innenfor en regional kontekst. Nabokommuner, statsforvalter og sykehuset er blant noen av de aktører som har inngått i det regionale samvirket for å håndtere pandemien. Dessuten har Stavangers deltakelse i storbynettverket vært en viktig arena for å dele erfaringer og hente inspirasjon i håndteringen av krisen.

Med statlig gjenåpning av samfunnet og svakere befolkningsetterlevelse i siste fase av pandemien, ble kommunen i stor grad sittende alene med ansvaret for å kontrollere smitteutviklingen, samtidig som den skulle ivareta oppgaven med massevaksinasjon.

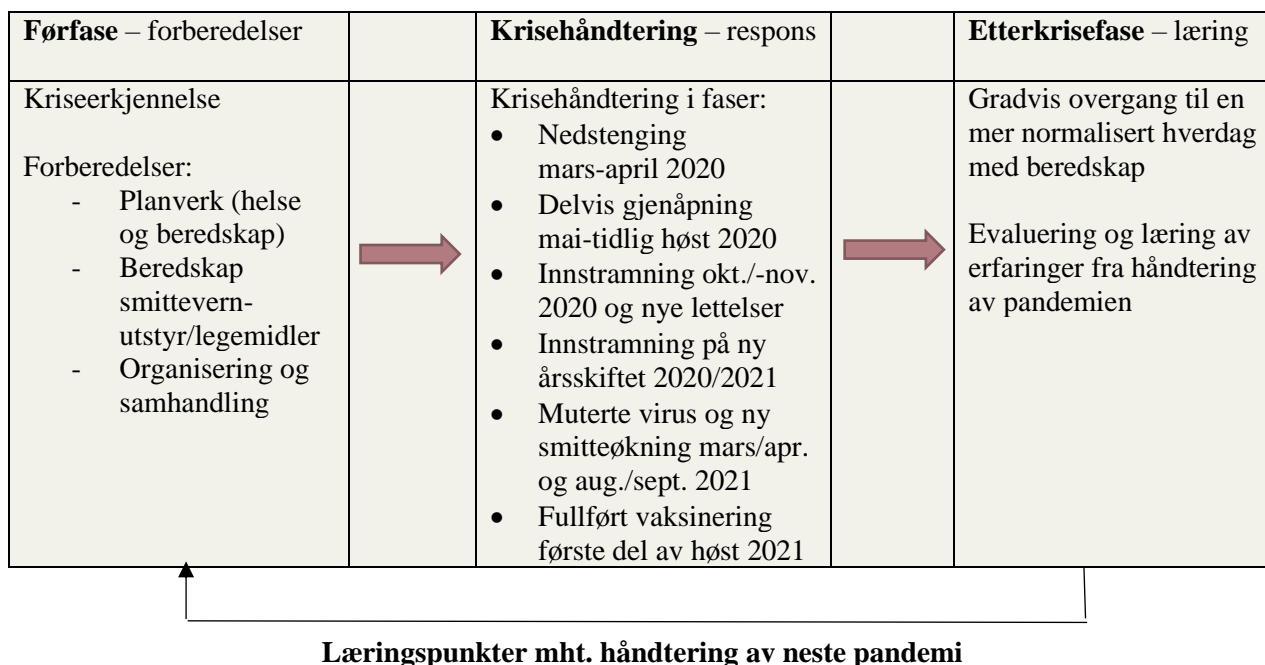
Med en tilnærmet fullvaksinert befolkning i løpet av første del av høsten 2021, har samfunnet gradvis beveget seg mot en mer normalisert hverdag. Faren for utbrudd blant uvaksinerte og oppkomsten av nye virusvarianter, har gjort det nødvendig å opprettholde en viss beredskap.

1.2 KRISEHÅNTERING I FASER

En krise kan deles inn i en *førkrisefase*, en *akutt krisefase* og en *etterkrisefase*.³ Disse kan henge nært sammen, f. eks. ved at forberedelser i en førfase har betydning for håndteringen i krisefasen. Håndteringen under krisen vil for sin del ha betydning for læringen i etterkrisefasen.

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

Figur 1: Faser i forbindelse med koronapandemien.



Kriseerkjennelse og forberedelser

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 situasjonen kommer ut av kontroll og håndteringen blir *reaktiv*: Man blir løpende etter krisen og prøver å slukke «smittebranner» etter hvert som de oppstår.

³ Jf. blant annet Engen, Ole Andreas, Kenneth Arne Pettersen Gould, Bjørn Ivar Kruke, Preben Hempel Lindøe, Kjell Harald Olsen og Odd Einar Olsen (2021): *Perspektiver på samfunnsikkerhet*. Cappelen Damm.

Alternativet er en *proaktiv* metodikk for krisehåndtering hvor en er i forkant med tiltak for å redusere konsekvenspotensialet. Det forutsetter kunnskap om hva som er riktig innslagspunkt og hva som er treffsikre virkemidler. En proaktiv og forebyggende tilnærming – hvor det eventuelt legges inn et element av overreaksjon som følge av usikkerhet – må imidlertid veies opp mot hva som er forholdsmessig mellom tiltakets kost/nytte slik dette er nedfelt i smittevernloven.

Både Verdens helseorganisasjon (WHO) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utpekt pandemier som de mest sannsynlige truslene mot folkehelsen.⁴ Til tross for dette var nasjonale myndigheter på flere områder dårlig forberedt da pandemien kom.⁵

Krisehåndtering

Krisehåndtering er summen av aktiviteter som er rettet mot å minimalisere konsekvensene av en krise.⁶ 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.

Det foreligger etter hvert mye forskningsbasert kunnskap om hva som karakteriserer god styring og ledelse i krisesituasjoner. Følgende utfordringer synes særlig å være av betydning når man skal planlegge og utøve kriseledelse (Boin 2017):

- *etablere en relevant og dynamisk situasjonsforståelse*
- *klargjøre ansvarsforholdene*
- *sørge for nødvendig beslutningstaking*
- *bidra til å samle ressursene og understøtte felles meningsskaping*
- *sørge for erfaringsinnhenting med tanke på fortløpende læring*

I kriser trengs noen som er i stand til å rydde opp i uklare mål og ustruktureerte oppgaver. Det er behov for å prioritere mellom alternativer som kan stå i konflikt med hverandre, og som i større eller mindre grad gjelder viktige verdier knyttet både til menneskers liv og økonomiske forhold. Lederoppgavene i kriser kan i tillegg endre seg mye og uforutsigbart, noe som betyr at ledere må ha stor evne til situasjonsbasert håndtering av krisen. Når dessuten mange ulike instanser skal koordineres, sier det seg selv at ledelsesoppgavene kan være særdeles krevende i en krise.

Én slik utfordring er å treffe informerte beslutninger til rett tid. Å vente for lenge i påvente av bedre kunnskap, kan bety at beslutningene tas for sent og krisen eskalerer. Raske beslutninger uten sikker kunnskap, betyr for sin del høy risiko for å treffe feil beslutninger.

Fallgruvene er synliggjort i den såkalte *beslutningsinformasjonsfellen*.⁷ Manglende kunnskap kan føre til nøling og beslutningsvegring, noe som betyr at beslutningene kommer for sent. Men raske proaktive beslutninger kan også slå feil. Er kunnskapsgrunnet dårlig, kan en uinformert beslutning gjøre vondt verre, selv om den tidsmessig kom til riktig tid.

⁴ Jf. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (2019): Alvorlige hendelser som kan ramme Norge.

⁵ *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Rapport fra Koronakommisjonen, NOU 2021:6.

⁶ Jf. Lægred, P. Styringskapasitet og styringslegitimitet. Stat og styring 2:2020.

⁷ Jf. Johnsen, B. Helge. (2011). *Beslutningstaking i operative situasjoner*. Bergen: Universitetet i Bergen.

Nesten enhver beslutning under håndteringen av koronaen har bestått i å avveie tiltakets effekt på smittespredningen opp mot tiltakets byrde på økonomi, privatliv, næringsliv, kulturliv osv.

Krisehåndtering er ofte mest vellykket når den er i stand til å kombinere styringslegitimitet med tilstrekkelig kapasitet til å styre krisen. Styringslegitimitet dreier seg om hvordan en sikrer seg oppslutning i befolkningen om de tiltakene som iverksettes. Styringskapasitet dreier seg om summen av de tiltak som iverksettes for å bekjempe pandemien. Både for mye og for lite styring for å få bukt med krisen, kan gå utover legitimiteten. Opplever folk at tiltaksbyrden er stor og følbart mens effekten på smittespredningen er liten, kan kriseledelsen miste tillit.

Det ligger i pandemiens natur at den ikke har respekt for kommunegrenser, landegrenser og hvordan det lokale smittevernet er organisert. Koronapandemien utgjør dermed et såkalt *umedgjørlig problem* (wicked problem) som berører mange tjenester og forvaltningsnivåer.⁸

Det er derfor viktig å finne fram til en organisering som fungerer effektivt i krisehåndteringen. Løsningen skal ivareta fire generelle prinsipper for organisering av beredskapsarbeid:⁹

- **Ansvarsprinsippet**, Ansvarsprinsippet innebærer at den organisasjonen som har ansvaret for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere ekstraordinære hendelser på området.
- **Likhetsprinsippet**, betyr at den organisasjonen man opererer med under kriser, skal være mest mulig lik den organisasjonen man har til daglig. Dette prinsippet utdyper ansvarsprinsippet ved å understreke at ansvarsforholdene ikke skal endres under kriser.
- **Nærhetsprinsippet**, betyr at kriser håndteres på lavest mulig effektive beslutningsnivå. Den som har størst nærhet til krisen har best kompetanse til å håndtere den.
- **Samvirkeprinsippet**, innebærer et selvstendig ansvar for å koordinere mellom relevante aktører internt i kommunen og med andre kommuner og regionale myndigheter.

En langvarig og lite predikerbar *megakrise* som koronapandemien kan gjøre det krevende å ivareta alle disse prinsippene på en likeverdig måte. Det kan være behov for organisatoriske tilpasninger som gjør det mulig for en hel organisasjon å stå i en krise som strekker ut i tid.

Etterkrisefase og læring

Kriselæring dreier seg både om **læring under krisen og etter krisen**.¹⁰ Tilpasninger i planer, tiltak og organisering underveis i krisehåndteringen vil være en form for erfaringsbasert læring

⁸ Jf. Rittel, H. W. J. and Webber, M. M. (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* 1973.

⁹ Jf. St. meld. Nr. 29 (2011-2012).

¹⁰ De læringspunkter som er identifisert utover i rapporten, er knyttet til de temaer og problemstillinger som behandles. Eksempelvis til planverk, smittevernstyr, beredskapsorganisering osv. Det finnes også en rekke mer generelle læringspunkter og -effekter i kjølvannet av pandemien. Det gjelder f.eks. betydningen av tillit mellom innbyggerne og myndighetene for etterlevelse av smitteverntiltakene. Det gjelder også digitaliseringsløftet pandemien har ført til – hvordan samfunnsmaskineriet kan holdes i gang med teamsmøter ol. når vi ikke kan treffes som før. Sannsynligvis vil også smittevernhensyn få en viktigere plass i tjenestedesign i fremtiden, eksempelvis hvordan sykehjem utformes. Det er også lærdommer forbundet med det å overholde grunnleggende smittevernråd, som å vaske hender, være hjemme når man er syk mv. Hva som vil bli stående igjen på lang sikt, er fortsatt usikkert.

som kan sikre mer effektiv håndtering i løpet av krisen. Kunnskap om det som virker, kan gjøre det mulig å bygge opp rutiner og systemer som skaper mer forutsigbarhet i håndteringen.

Læringspunkter i etterkant av krisen handler om å justere planer, tiltak og organisering slik at kommunen står bedre forberedt til neste krise. Det dreier seg om å finne ordninger som gjør at organisasjonen husker det som virket godt, og unngår det som slo feil, altså det som ikke bør gjentas når en ny krise dukker opp. Målet er altså å peke på både suksessfaktorer og utfordrende sider ved krisehåndteringen og identifisere langsiktige lærings- og forbedringsforslag.

Et stykke på vei går det 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. Det som er gode løsninger for håndtering av én type pandemi vil ikke nødvendigvis treffe blink i forhold til andre typer pandemier. De kommunale pandemiplanene før koronapandemien var sterkt påvirket av erfaringene med svineinfluensaen i 2009/2010, og tok i liten grad høyde for et planscenario basert på en koronapandemi der vaksine ikke foreligger.

Å være forberedt på enhver krise i detalj, er vanskelig, om ikke umulig. Da er det to ting som er viktig for effektiviteten i håndteringen: Det ene er en *grunnleggende form for forberedthet*, det at kommunen har en plan for hvordan håndteringen skal organiseres og hvem som skal involveres. Det andre er kompetanse og erfaring blant de involverte til *å improvisere og utvise handlekraft gjennom situasjonsbasert ledelse*. En tommelfingerregel er at improvisering og skjønn blir viktigere når beslutningstøtte gjennom situasjonsanalyser og scenarier ikke strekker til.

1.3 ANALYTISK RAMMEVERK OG METODE

Stavanger kommune utarbeidet i begynnelsen av februar 2020 en beredskapsplan for håndtering av covid-19. Planen klargjør oppdraget til kommunen slik beredskapsledelsen så det for seg før pandemien var et faktum. Stikkordsmessig bestod oppdraget i å begrense smittespredning, samarbeide med sykehus, nabokommuner og andre samvirkeaktører, kommunisere med innbyggerne og i størst mulig grad opprettholde kommunens tjenesteproduksjon.

I versjon 3 av planen (1.10.2020) er planen supplert med mål fra den statlige strategien for håndteringen av pandemien fra 7. mai samme år. Suppleringen i kommunens beredskapsplan er at *«Stavanger kommune skal ha oversikt over smittesituasjonen og fortløpende analysere situasjonen. Kommunen skal være forberedt på å iverksette og justere tiltak for å beholde kontroll og slå ned evt. lokal oppblomstring av smitte.»*

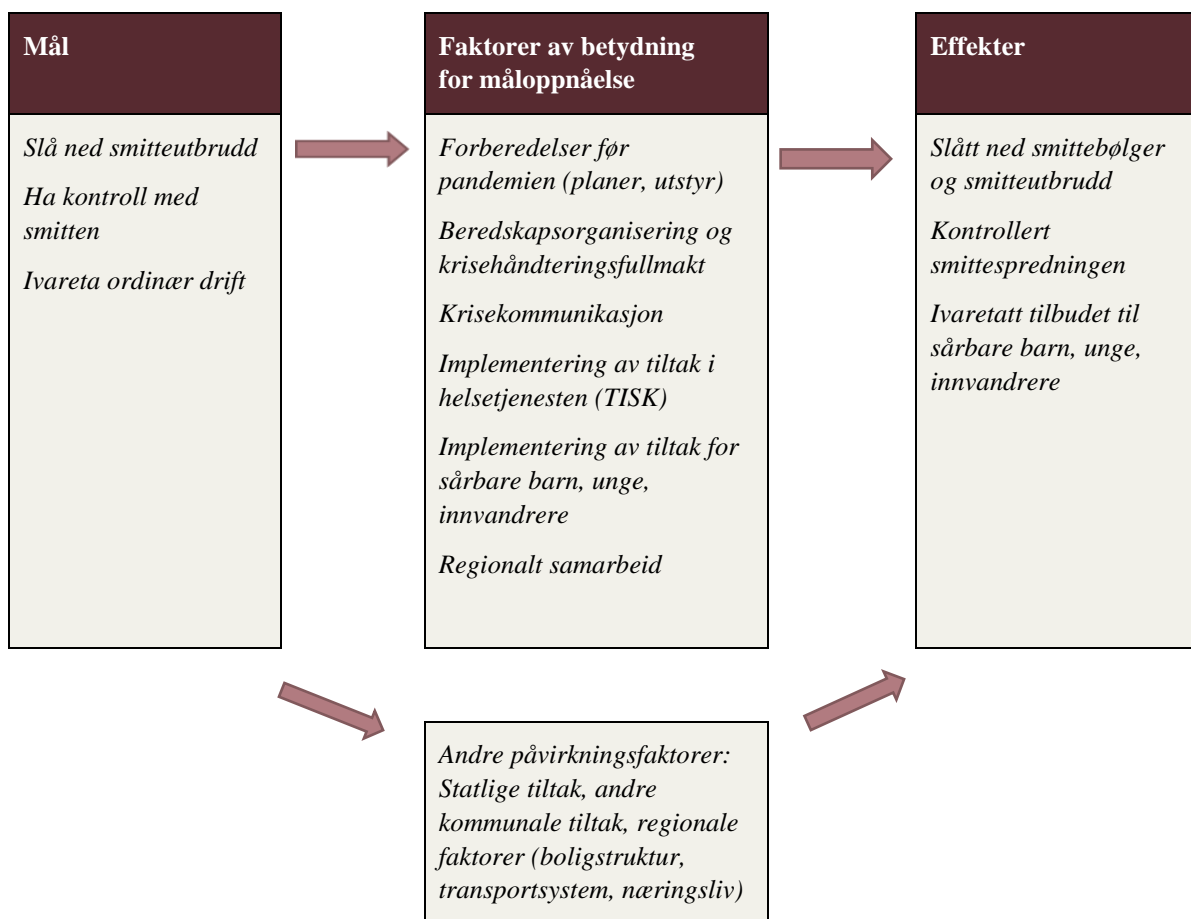
Dette *målbildet* er et viktig utgangspunkt for å vurdere måloppnåelse gjennom de ulike smitteverntiltak som er iverksatt i forbindelse med krisehåndteringen.

På *tiltakssiden* har vi som nevnt tidligere i kapitlet, undersøkt noen, men ikke alle de tiltak som Stavanger kommune har tatt i bruk for å slå ned utbrudd og kontrollere smitten. Det rapporten tar for seg, er forberedelser i forkant, overordnet beredskapsorganisering og delegering av fullmakter, oppbyggingen av TISK-kapasitet og tiltak for å beskytte sårbare barn og unge, samt

krisekommunikasjon og regionalt samarbeid.¹¹ Mye av smittevernarbeidet i tjenesteområdene og på virksomhetsnivå, er dermed ikke undersøkt, blant annet den håndtering som har skjedd i Bymiljø og utbygging, Økonomi og organisasjon og Innovasjon og støttetjenester.

Det har konsekvenser for *effektvurderingen*, i den forstand at mange tiltak og påvirkningsfaktorer ligger utenfor rammen for forvaltningsrevisjonen. Vi har synliggjort i neste figur forholdet mellom mål, tiltak, eksterne påvirkningsfaktorer og mulige effekter og virkninger. Det har utgjort vårt analytiske rammeverk for å kunne vurdere og evaluere sider ved krisehåndteringen.

Figur 2: Mål, tiltak og påvirkningsfaktorer og effekter av krisehåndteringen.



Målene representerer **overordnede revisjonskriterier** for å kunne vurdere kommunens innsats for å hindre smitte og fare for liv og helse. Dessuten er det i hvert enkelt kapittel i innledningen utledet mer **detaljerte revisjonskriterier**. Eksempler er krav og forventninger til planverk og smittevernutstyr, til organisering og krisekommunikasjon. I stor grad dreier det som om formalkrav som følger lovverk, statlige krav, prinsipper for organisering ol.

¹¹ I en forvaltningsrevisjon av Bærum kommunes håndtering av koronahåndteringen utført av Rogaland Revisjon, er det foretatt en sammenligning mellom Stavanger og Bærum mht. besøksrestriksjoner og andre smitteverntiltak i sykehjem. Bærum rapporten foreligger høsten 2021.

I vedlegg har vi vist noen av de krav som smittevernloven, helseberedskapsloven, covid-19-forskriften og forskrift om kommunal beredskap pålegger kommunene.

Noe mer utfordrende har det vært å avlede revisjonskriterier for å kunne vurdere handlekraft og situasjonstilpasset ledelse. Dette er ikke noe vi kan avlede av planverk eller lovverk. Likevel er det en viktig del av krisehåndteringen. Her har vi lent oss på faglitteraturen og de faktorer den identifiserer som viktige for god kriseledelse og -håndtering.

Forvaltningsrevisjonen er gjennomført som en kombinert tilbakeskuende evaluering (retrospektiv evaluering) og følgeevaluering. Vi har gjennomgått de forberedelser som ble gjort i forkant av pandemien (vinteren 2020) og håndteringen i den mest akutte fasen i mars. Fra april 2020 til september 2021 er prosjektet gjennomført som en følgeevaluering.

Det er benyttet et bredt sett av datakilder: Skriftlig dokumentasjon, intervjuer, statistikk og observasjon av møter. Sammenlignet med andre revisjoner, har **skriftlig dokumentasjon** stått mer sentralt. Det er lagt ut fortløpende informasjon fra møter ol. på krisestøtteverktøyet CIM. Fra januar 2020 til september 2021 er det loggført mer enn 2600 dokumenter i CIM. Denne kilden har gjort det mulig å følge krisehåndteringen fortløpende, og bidratt til å kunne løse revisjonsoppgaven uten å forstyrre de aktører som har stått midt oppi håndteringen unødig. Vi har også hatt tilgang til teamsområder i kommunen og saksdokumenter til beredskapsledelsen.

I tillegg er det gjennomført **intervjuer** på ulike stadier av pandemien. Selv om antallet etter hvert har blitt nokså stort, har nok denne informasjonskilden vært mindre sentral enn normalt. Det har i stor grad sammenheng med dynamikken i pandemien. Det vi fikk av informasjon på ett tidspunkt, kan i neste omgang være irrelevant fordi situasjonen hele tiden har endret seg.

Det **statistiske materialet** har også vært under utvikling under hele pandemien. Etter hvert har det blitt utviklet statistikk om TISK, smittevernutstyr, om smitteutvikling, om tjenestetilbudet til sårbare barn og unge, om kommunikasjonen med befolkningen osv. Mengden styringsinformasjon er radikalt endret fra starten av pandemien til slutfasen. I rapporten finnes både statistiske tidsserier og sammenligninger med andre kommuner hvor dette har vært mulig.

Viktig i denne revisjonen har det vært å kunne **observere** møtene i overordnet beredskapsledelse som medlytt fra april 2020 til september 2021. Vi har også observert enkelte møter i formannskapet og kommunestyret, særlig de som har dreid seg om delegasjon av fullmakter.

I vedlegg har vi redegjort nærmere for datagrunnlaget.

1.4 ORGANISERING AV RAPPORTEN

I **kapittel 2** ser vi nærmere på smitteutviklingen under pandemien.

I **kapittel 3 og 4** ser vi nærmere på hvor godt forberedt kommunen var på å håndtere koronapandemien, både i form av planer, forberedende aktiviteter og smittevernutstyr.

I **kapittel 5** undersøker vi hvordan kommunens ledelse har organisert og håndtert beredskapsarbeidet. I **kapittel 6** undersøker vi beredskapsledelsens bruk av fullmakter med særlig fokus på krisehåndteringsfullmakten. I **kapittel 7** undersøker vi hvordan kommunikasjon og informasjon er blitt ivaretatt under pandemien.

I **kapittel 8** undersøker vi oppbyggingen og bruken av TISK-virkemidlene: Testing-Isolering-Smittesporing-Karantene. I **kapittel 9** ser vi på kommunens tiltak for å redusere utilsiktede konsekvenser av koronatiltakene, i denne sammenheng tiltak rettet mot sårbare barn og unge.

I **kapittel 10** behandles kommunens samarbeid med andre aktører i forbindelse med krisehåndteringen, og i hvilken grad samarbeidet har styrket den samlede krisehåndteringen.

2 SMITTEUTVIKLINGEN

2.1 INNLEDNING

Smittevernloven pålegger kommunene å holde oversikt over omfanget av smittsomme sykdommer (§ 7-1) der kommunelegen har et ansvar for å holde løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen (§ 7-2, a). Forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer pålegger kommunen å rapportere om smittetilfeller til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet.¹²

Foruten innmelding til MSIS, der folkeregisteradresse avgjør hvilken kommune smittetilfellet registreres i, har Stavanger kommune fortløpende registrert smittede med fysisk tilhold i kommunen.¹³ Kommunetallene er daglig presentert på kommunens korona-nettsider,¹⁴ og både disse og MSIS-tallene (ved sammenligning med andre kommuner) har inngått i situasjonsanalyser til beredskapsledelsen og blitt delt med ulike samvirkeaktører.

Omfanget av smitte, er en funksjon av smittetrykket i befolkningen (R-faktoren), testaktiviteten, smittesporingen og omfanget av tiltak for å slå ned/ bremse smitteutviklingen. R-faktoren har vært forbundet med usikkerhet på kommunenivå. Antall smittede per 100 000 innbyggere siste 14 dager har derfor etter hvert blitt benyttet som en indikator på lokalt smittetrykk.

2.2 SMITTETILFELLER I STAVANGER

Stavanger fikk bekreftet de to første smittetilfellene 29. februar 2020. I Rogaland var smitteimporten i starten av pandemien betydelig fra «røde» vinterdestinasjoner i Sør-Europa med omfattende smitte. Av innbyggere i Rogaland som testet positivt de første dagene i mars, kom 35 fra vinterferie i Østerrike, mens 15 kom fra vinterferie i Nord-Italia.

Dette ble starten på en rask stigning i antall smittede i første halvdel av mars, en smittebølge som kulminerte i siste halvdel av april. I løpet av mars/april testet 133 Stavanger-innbyggere positivt på covid-19 ifølge kommunens egne tall, med en topp på 53 positive tester mellom 9. - 12. mars.

Smittetrykket var i denne tidlige fasen betydelig. Folkehelseinstituttet har anslått at bare 1 av 10 smittede i denne perioden ble påvist gjennom testing. Smittebølgen var dermed mye større enn det som påviste smittetilfeller viser. Med den økte testaktiviteten fra tidlig høsten 2020, har FHI anslått at om lag 4 av 10 smittede har blitt påvist gjennom testing.

¹² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740>

¹³ Tallet på smittede i Stavanger varierer mellom antall smittede innmeldt til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet og kommunens egen tall over smittede innbyggere i kommunen. Smittede i MSIS-registeret er borgere med folkeregisteradresse i Stavanger. Denne statistikken fanger for eksempel opp studenter som er smittet i Bergen eller Oslo, men som har adresse i Stavanger. Kommunens egen statistikk fanger opp innbyggere som er påvist smittet i Stavanger kommune uavhengig av folkeregisteradresse.

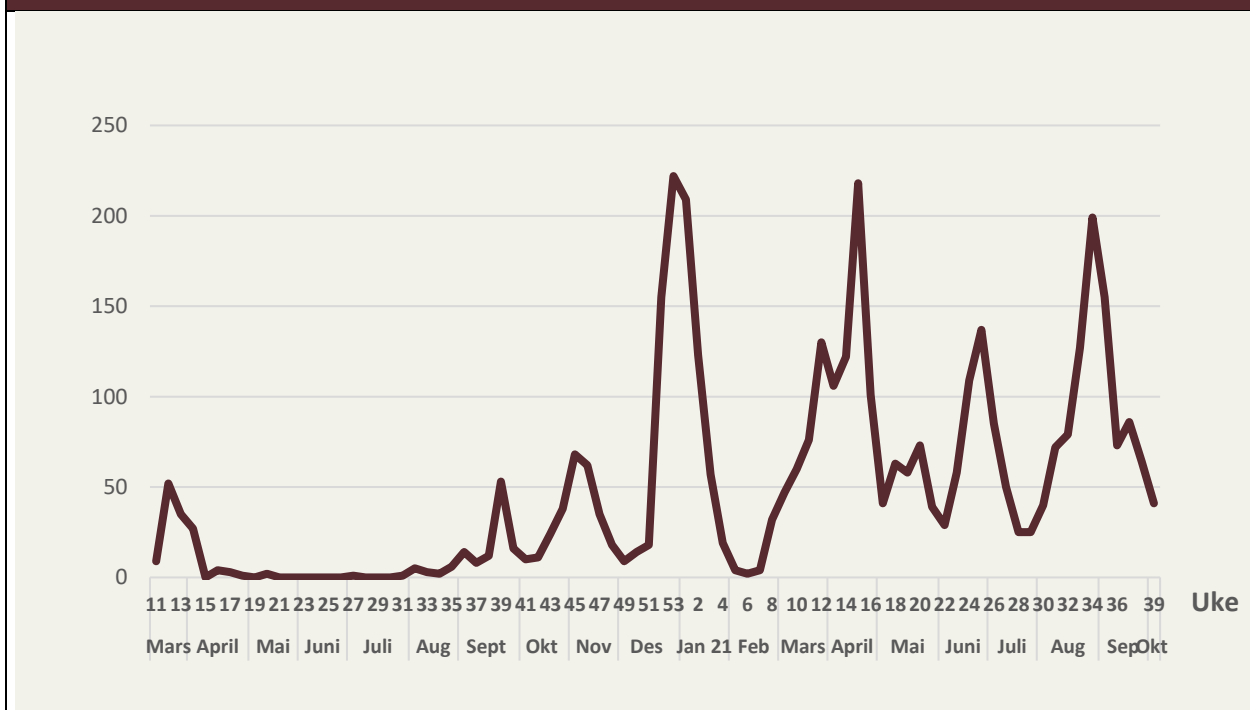
¹⁴ Antall smittede i kommunene er registrert dag for dag og fremgår her <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM2Y2Mzc5MGItMDQ3Ny00MGU5LTlhN2ItNDZkYjYwNWVmY2Y2IiwidCI6IjhjYjk0ZjE3LTRiNjAtNDVhNi1iMjc5LWnkODgwNzZlNWl0OCIsImMiOiJh9&pageName=ReportSectionbde092699efef2a8c368>

Fra 1. mai til 1. august 2020 – med gravis gjenåpning av samfunnet – ble det kun påvist 4 nye smittetilfeller i Stavanger (fra 133 til 137 smittetilfeller ifølge kommunens egne tall). I august økte nye påviste smittetilfeller med 13, for så å øke kraftig i september og oktober og særlig i november. Av 328 nye påviste tilfeller disse 3 høstmånedene, var 173 i november.

Fra slutten av november og inn i desember sank antall nye smittetilfeller. 18. desember 2020 ble det ikke påvist et eneste nytt smittetilfelle. En snau uke senere, på julaften, ble det påvist hele 36 nye smittede. Det ble starten på en sterk og bratt vekst i antall smittede de påfølgende ukene. En topp ble nådd 8. januar 2021 med påvisning av 58 nye smittede.

Fra ca. 20. januar 2021 begynte smittetallene å synke for alvor, og den første uka i februar ble det enten ikke påvist nye smittetilfeller eller maksimalt ett nytt daglig. Situasjonen med få nye smittetilfeller skulle imidlertid ikke vare lengre enn noen uker, før en ny kraftig smittebølge slo til i mars/april. Den varte lengre enn bølgen rundt årsskiftet, og selv med strenge lokale tiltak, lot ikke de muterte virusvariantene seg like effektivt slå ned som under de forrige smittebølgene. På det meste ble 40 nye smittetilfeller påvist daglig (12. april og 14. april 2021, kommunens tall).

Figur 3. Antall påviste koronasmittede i Stavanger i løpet av pandemien (Kilde: MSIS).



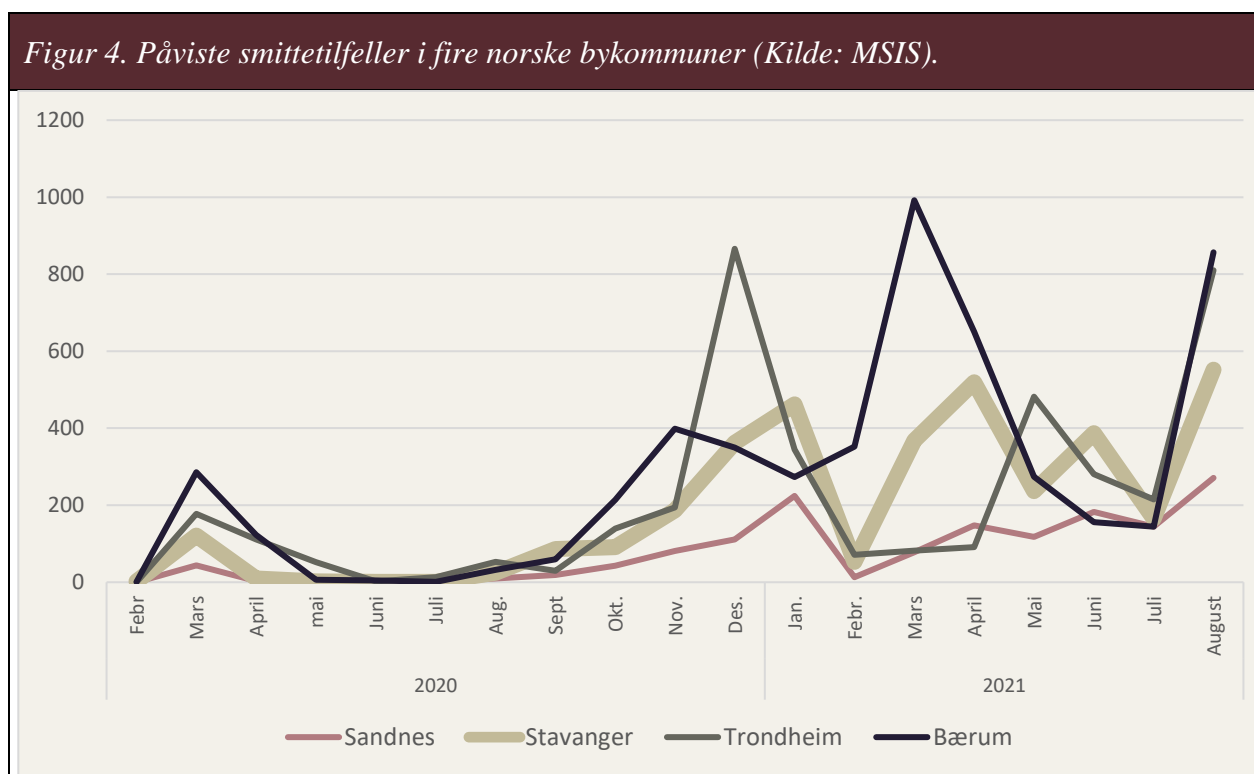
I siste halvdel av april og utover i mai 2021 falt antallet smittetilfeller, for på ny å vise en økning i siste halvdel av juni. Etter på ny å ha falt, økte påviste smittetilfeller kraftig i siste halvdel av august 2021. Den mer smittsomme delta-varianten dominerte da fullstendig.

Spredningen av dette viruset falt sammen med statlig gjenåpning, færre grenserestriksjoner og skolestart og fadderuker ved universitet og høgskoler. Resultatet var en svært rask vekst i antall smittetilfeller parallelt med økt vaksineringsrate. I løpet av september falt antall smittetilfeller kraftig, hovedsakelig som følge av økt vaksineringsrate. I starten av oktober 2021 hadde 3979 personer i Stavanger fått påvist covid-19 i løpet av pandemien (MSIS-tall).

Oppsummert har Stavanger vært gjennom fire store smittebølger - mars/april 2020, desember/januar 2020/2021 og mars/april og august/september 2021 - og flere mindre bølger under pandemien. Pandemiens tre høyeste smittetopper kom alle i løpet av 2021, noe som må ses i sammenheng med mer testing og smittesporing og mer smittsomme virusvarianter.

Sammenligner vi med andre bykommuner i ASSS-gruppen, finner vi likhetstrekk i forhold til antall smittebølger, men både tidspunktet for når bølgene kom og styrken i bølgene har variert noe. I figuren nedenfor har vi for oversiktens del vist Stavanger sammenlignet med tre andre kommuner i ASSS-gruppen - Sandnes, Bærum og Trondheim.

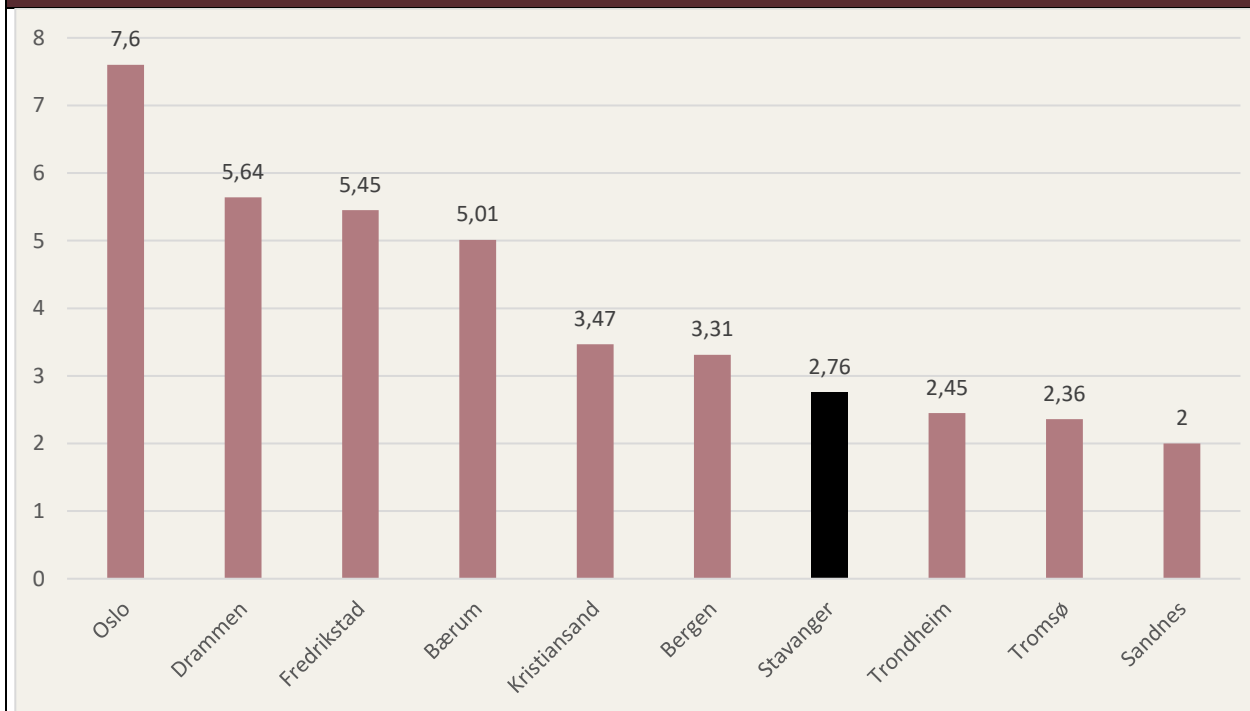
Som vi ser, har Sandnes i hovedsak hatt sammenfallende smittebølger i tid med Stavanger, bare svakere, mens Trondheim og Bærum har hatt en litt annen utvikling. For eksempel lå Bærum høyt under den første smittebølgen, og det tok lengre tid enn i Stavanger å slå ned bølgen. På høsten 2020 fikk Bærum en tidligere, men litt svakere bølge enn Stavanger, før det dro seg kraftig til for Bærum del i mars/april i 2021. Trondheim fikk en kraftig smittebølge rundt årsskiftet som ble slått ned, og ble holdt nede lenge, før de fikk en ny smittebølge i mai/juni. I august 2021 hadde Trondheim og Bærum en kraftigere vekst i påvist smitte enn Stavanger.



Sammenlignet med de andre bykommunene i ASSS-gruppen, var Stavanger (og Sandnes) lenge *annerledesbyene* som unngikk de største smitteutbruddene. Helt fra starten av pandemien til jule- og nyttårshelgen 2020/2021 hadde Stavanger og Sandnes minst smitte av de 10 bykommunene. Mens Sandnes ble værende blant kommunene med lite smitte i 2021, havnet Stavanger høyere opp på lista over bykommuner med mye smitte – men fortsatt langt unna de med mest smitte.

Både Drammen og Fredrikstad lå relativt lavt etter den første smittebølgen i mars/april 2020, men over tid har andelen smittede økt sterkere i disse to byene slik at de tidlig høst 2021 lå høyest i ASSS-gruppen sammen med Oslo. Også Bergen har ligget relativt høyt under hele pandemien. Lavest påvist smitte har Tromsø og Sandnes hatt, men også Trondheim har ligget relativt lavt.

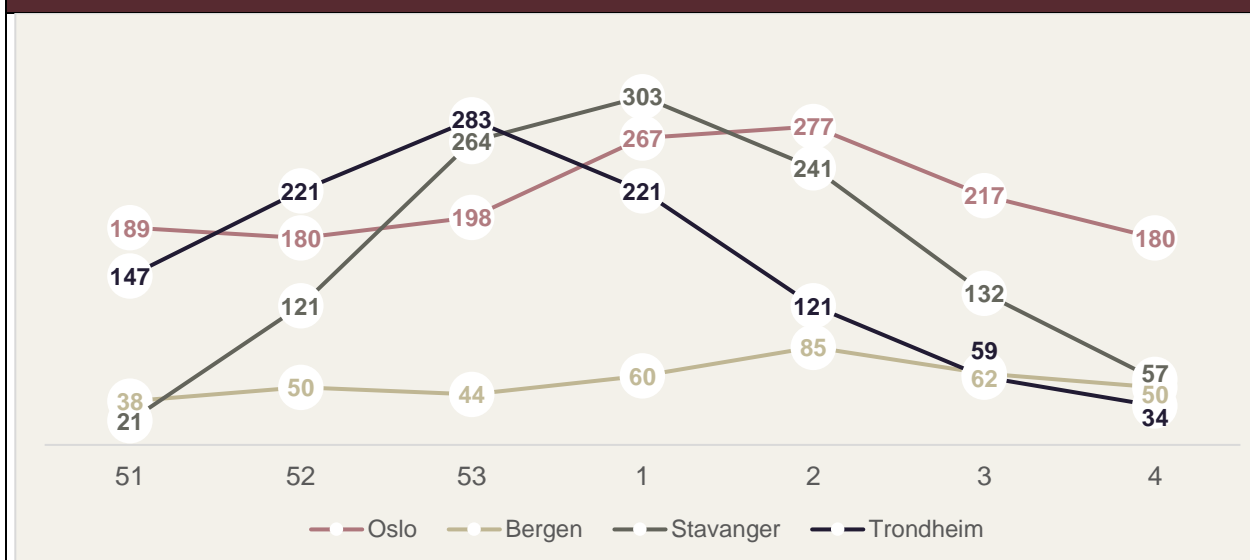
Figur 5. Påviste smittetilfeller som prosentandel av befolkningen 01.10.2021 (Power BI).



Den fjerde og siste smittebølgen i august/september 2021, er ikke direkte sammenlignbar med de tre øvrige. Det har sammenheng med mer utstrakt hurtigtesting og selvtesting under denne bølgen. Dermed er også mer av smitten blitt påvist. Sykdomsbyrde – det vil si faren for alvorlig sykdom og død - har dermed vært viktigere som mål på om smitteutviklingen er under kontroll.

Selv om Stavanger har kommet relativt godt fra det målt i påviste smittetilfeller, var kommunen en kort periode rundt jule- og nyttårshelgen 2020/ 2021 blant bykommunene med størst smittetrykk, jf. figuren nedenfor. Målet på smittetrykket er antall smittede per 100 000 innbyggere siste 14 dager.

Figur 6. Antall smittede pr. 100 000 innb. siste 14 dager fra uke 51 i 2020 til uke 4 2021.



Omfanget av påvist smittede i de 10 største bykommunene har variert mye, jf. neste tabell.

| Tabell 1. Antall smittede av covid-19 og koronarelaterte dødsfall i 10 bykommuner, status pr. 04.10.2021 (MSIS-tall). | | |
|--|---|---|
| Kommune | Antall påviste covid-19 smittede | Antall korona-relaterte dødsfall |
| Oslo | 53053 | 225 |
| Bergen | 9403 | 55 |
| Bærum | 6446 | 47 |
| Drammen | 5749 | 48 |
| Trondheim | 5078 | 5 |
| Fredrikstad | 4493 | 17 |
| Stavanger | 3979 | 4 |
| Kristiansand | 3891 | 9 |
| Tromsø | 1851 | 2 |
| Sandnes | 1592 | 3 |

Blant de 10 bykommunene, har Oslo vært i en særstilling med over 53 000 smittede. Det er et langt stykke ned til Bergen med 9403 smittede og Bærum med 6446 smittede (status 4.10.2021). Vi registrerer at Stavanger har hatt fire koronarelaterte dødsfall.¹⁵

Det totale antallet påviste smittetilfeller i de 10 største bykommunene utgjorde i begynnelsen av oktober 2021 95 535 tilfeller. Det var 50 % av registrerte smittetilfeller i Norge som da summerte seg til 190 533 tilfeller (ca. 3,7% av Norges befolkning). De 10 bykommunene utgjør ca. 35 % av Norges befolkning. I Norden har Norge hatt lavere smitte enn Sverige (1 153 655 smittetilfeller) og Danmark (360 147 smittetilfeller), men høyere enn Finland (143 416) og Island (11 839). I Norge var det første uka i oktober 2021, registrert 861 koronarelaterte dødsfall, mens tallene for Sverige var 14 868. I Danmark var det registrert 2663 dødsfall og i Finland 1084. Norge har dermed klart seg bra i en nordisk sammenheng.

Vender vi tilbake til smittestatistikken for Stavanger, er det noen fellestrekk mht. hvem som er overrepresentert i smittestatistikken: Menn i litt større grad enn kvinner, enkelte innvandrergupper sammenlignet med etnisk norske og barn/unge 10-19 år og særlig unge voksne i alderen 20-29 år, har vært overrepresentert i smittestatistikken.

Med vaksinerings av eldre og andre risikogrupper og en stadig større del av voksenbefolkningen, har smitten i den siste fasen av pandemien, vært særlig konsentrert til barn og unge. Økt vaksinerings av yngre aldersgrupper tidlig høst 2021, har vært viktig for fallet i antall smittede.

¹⁵ FHI publiserer svært begrenset informasjon om tid og sted for covid-19-relaterte dødsfall. Tallene over er basert på de tall VG har samlet inn fra kommuner og sykehus, samt informasjon som framgår av kommunenes egne nettsider. Tallene er ikke endelige og kan endre seg som følge av nye gjennomganger og kvalitetssikring av opplysninger. For eksempel opererer FHI, ifølge VG, med 225 koronarelaterte dødsfall i Oslo, mens VG selv har kartlagt 101 dødsfall. I Stavanger har det høsten 2021 vært to koronarelaterte dødsfall ved et av byens sykehjem. Tidligere har det skjedd to dødsfall ved Stavanger universitetssjukehus i februar 2021. Informasjon om covid-19-relaterte dødsfall i Stavanger finnes her... <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/informasjon-om-koronavirus/smittestatus/#covid-19-relaterte-d-dsfall-i-kommunen>

Forklaringen på de store byvise forskjellene innenfor ASSS-gruppen er sammensatt. Det kan ha sammenheng med ulik eksponering for importsmitte, variasjoner i folks levekår, befolkningssammensetning/ innvandrerandel, transportsystem, boligstruktur, kultur og også rene tilfeldigheter. Også omfanget av testing påvirker omfanget av påviste smittede.¹⁶

At Stavanger klarte å slå ned den første smittebølgen i mars/april 2020 så raskt har både med eksterne faktorer utenfor kommunens kontroll og med forhold som kommunen selv har hatt kontroll på. I intervjuer og i ulike medieoppslag, er det lansert ulike forklaringsfaktorer:

- **Sterk HMS-kultur i regionen** og de ansatte i oljebransjen ble tidlig pålagt strenge karantenerogler og hjemmekontor lenge før FHI rådet folk til å jobbe hjemmefra.
- **Spredtbygd bebyggelse** og mindre trangboddhet enn for eksempel Oslo.
- **Kollektivbruken er relativt lav** sammenlignet med andre storbyer.
- **Befolkningssammensetning** og størrelsen på innvandrerbefolkningen i kommunen.
- Stavangerregionen hadde **vinterferie en uke senere enn Østlandet**, noe som ga beredskapsledelsen mer tid på å forberede seg på hva som kunne komme når folk kom hjem fra vinterferie. Dette hadde effekt på håndteringen i den første fasen.

Av faktorer som kommunen i større grad har hatt kontroll på, trekkes følgende fram:

- **Vedtaket om å teste skiturister** som kom tilbake fra ferie fra Nord-Italia og Østerrike der det lokale vedtaket omfattet et større geografisk område enn det FHI anbefalte.
- **At Stavanger tidlig kom i gang** med å forberede seg på pandemien og valgte en nokså streng tilnærming bl.a. basert på beredskapsprinsippet om moderat overreaksjon.
- **Rask og proaktiv respons og handlekraft i organisasjonen** hvor det var viktigere å få på plass smitteverntiltak enn å vente på mer sikker kunnskap om tiltakenes effekt.

Ved å implementere statlige smitteverntiltak og iverksette egne tiltak, har kommunen spilt en viktig rolle for å begrense sykehusets pågang av covid-19-pasienter. Desto bedre «forsvarsverket» i kommunen har fungert, jo mindre har belastningen på sykehuset vært.

Stavanger universitetssykehus (SUS) har fra starten av pandemien i mars 2020 til august 2021 (uke 34) hatt 303 pasienter innlagt med covid-19. Omfanget av pasienter har i stor grad fulgt smitteutviklingen med flest innlagte pasienter i forbindelse med de store smittebølgene.

I tidsrommet 10. mars til 18. april 2020 var 52 pasienter innlagt med covid-19. På det meste var 17 pasienter innlagt samtidig. Også under den neste store bølgen økte antallet pasienter. 5. januar 2021 var det innlagt 12 covid-19-pasienter på SUS etter at det i løpet av desember og første uka i januar ble lagt inn totalt 29 nye covid-19-pasienter. Antallet innlagte pasienter økte på ny i mars/april 2021. Fra 15. mars til 2. mai 2021 ble det lagt inn 100 nye pasienter med covid-19.

Med økt vaksinerings og smitte hovedsakelig i den friske og unge delen av befolkningen og dermed synkende sykdomsbyrde, har antall innleggelser på sykehuset gått ned.

¹⁶ Et spørsmål av mer metodisk karakter, er hvor treffsikker påviste smittetilfeller er som mål på det faktiske smittenivået i befolkningen. Det er jo en åpenbar mulighet for at jo flinkere en kommune er til å teste, jo flere smittetilfeller vil bli oppdaget, og desto høyere vil kommunen havne på smittestatistikken. Det synes imidlertid å være en sammenheng mellom testomfang målt som andel av befolkningen og prosentandel av testede hvor det blir påvist covid-19. Enkelt fortalt synes høy testaktivitet ut til å føre til høy andel nye påviste smittetilfeller (se vedlegg).

3 KRISEFORBEREDELSE

3.1 LOVVERK OG REVISJONSKRITERIER

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 svineinfluensaen i 2009/2010 var at pandemier er forskjellige med hensyn til utbredelse og alvorlighetsgrad.¹⁷ Det er derfor ikke mulig å lage én plan som i detalj forutser 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*.

Selv om det er utfordrende å lage et detaljert planverk, som forutser hele bredden av mulige kriser, er det behov for overordnede analyser og planer som rettesnor for krisehåndteringen.

De generelle kravene til beredskapen en kommune skal ha, følger først og fremst av kapittel V i sivilbeskyttelsesloven med tilhørende forskrift om kommunal beredskapsplikt. § 14 plikter kommunen å lage en *risiko- og sårbarhetsanalyse* for å identifisere hvilke kriser eller uønskete hendelser som kan oppstå, og risikoene og sårbarhetene som er forbundet med disse hendelsene.

Med utgangspunkt i den samme analysen skal kommunen etter § 15 utarbeide en beredskapsplan. Denne *beredskapsplanen* skal kommunen revidere minst én gang per år og skal øves hvert annet år. Videre plikter en kommune etter lov om helsemessig og sosial beredskap (§ 2-2) å utarbeide en *beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene eller sosialtjenestene*.

Kravet om *kommunal smittevernplan* følger av smittevernloven § 7-1 tredje ledd, hvor det framgår at «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».

Krav om kommunal *pandemiplan* er ikke nedfelt i lovverket slik som kravet til smittevernplan er. Men i Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa påpekes behovet for en pandemiplan også for den kommunale helsetjenesten og andre samfunnssektorer. En statlig veileder er utarbeidet for å understøtte kommunene i dette arbeidet.

For å ha god beredskap må man beslutte hvilken type hendelser beredskapen skal dimensjoneres ut fra. Når det gjelder pandemi, betyr det å ta stilling til hva slags pandemi man skal planlegge for å kunne håndtere. Deretter kan man fastsette ambisjonsnivået for beredskapen. Gjennom å beskrive ulike scenarioer for pandemier er det mulig å analysere hvilke behov de ulike scenarioene stiller til kapasitet og ressurser i alle faser av krisehåndteringen.

¹⁷ Jf. Oppsummering av myndighetenes evaluering av håndtering av svineinfluensaen 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.

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 krav i lover og forskrifter.
- Kommunen hadde planer for opprettholde ulike tjenester under pandemien.

3.2 GLOBAL PANDEMI OG LOKAL RESPONS

Covid-19-pandemien skyldes et nytt koronavirus som er beslektet med SARS-viruset som førte til en epidemi i 2002/2003. Koronavirus er en familie av virus som er vanlige årsaker til forkjølelse. I sjeldne tilfeller kan koronavirus smitte fra dyr til mennesker og smitte videre mellom mennesker. Det var dette som skjedde i 2002 da koronaviruset SARS CoV førte til sars-epidemien. I 2012 skapte et nytt koronavirus, MERS-CoV, sykdom hos mennesker. Mers (Middle East Respiratory Syndrome) førte til flere utbrudd i Midtøsten.

I januar 2020 ble det klart at smitteutbruddet i Wuhan skyldtes et koronavirus. Sykdommen fikk navnet covid-19 satt sammen av de to ordene «coronavirus disease» og årstallet 2019 da utbruddet startet. Viruset fikk navnet SARS-CoV-2. Opphavet til viruset er ennå ikke slått fast. Trolig kommer det fra flaggermus som har smittet andre dyr som igjen har smittet mennesker. Ikke for noen av disse smitteutbruddene, fantes det vaksiner i utgangspunktet.

Foruten de tre *koronapandemiene*, har det på 1900-tallet vært fire *influensapandemier*: Spanskesyken (1918), Asiasyken (1957), Hong-Kong-syken (1968) og russerinfluentaen (1977). Av disse var spanskesyken den mest alvorlige, med mellom 14 000 og 15 000 døde i Norge. Svineinfluentaen i 2009/2010 ble definert som en epidemi, og var mindre alvorlig enn først antatt.¹⁸ For sistnevnte virus, ble det relativt raskt utviklet vaksine.

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.»¹⁹

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 økt fare for flere, farligere og vanskeligere smitteutbrudd.

¹⁸ Verste fall-scenariet for svineinfluentaen var 13 000 døde. Resultatet ble 32 dødsfall, 1325 innlagt på sykehus, 181 innlagt i intensivavdeling, 2,2 millioner vaksinert. De som døde, var betydelig yngre enn de som dør av vanlig sesonginfluenta. Medianalder på de døde under pandemien var 39 år, mens den er 86 år ved sesonginfluenta.

¹⁹ Se omtale i rapport fra tankesmien Agenda <https://www.tankesmienagenda.no/post/agenda-notat-laerdommer-fra-koronakrisen/details>

Tidlig i januar 2020 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 Fylkesmannen i Rogaland kommunehelsetjenesten i Rogaland om det nye viruset. Kommunene på Nord-Jæren hadde sitt første møte i regional koordineringsgruppe 28. januar. Den regionale smitteverngruppen, bestående av bl.a. smittevernoverleger fra SUS og kommunene i sykehusets opptaksområde, møttes 30. januar.

Den 31. januar ble koronaviruset definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, og den nasjonale koordineringen av helsesektorens innsats ble delegert til Helsedirektoratet.²⁰

Stavanger var raskt ute med å forberede seg på en mulig pandemi.²¹ Stavanger legevakt hadde allerede 24. januar sitt første krisemøte. Beredskapsstaben satte operativ krisestab 31. januar, mens Helse og velferd satte krisestab 3. februar. Forberedelser var da allerede i gang i Helse og velferd for å etablere pandemisykehjem (Domkirken sykehjem) og pandemilegekantor.²² Overordnet beredskapsledelse hadde sitt første møte 30. januar.²³

Helseforetak og kommuner ble bedt av Helsedirektoratet om å oppdatere beredskapsplaner 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.

I Stavanger ble smittevernplan og pandemiplan oppdatert vinteren 2020. Begge planer ble gjort gjeldende for Nye Stavanger. Oppdateringen var opprinnelig planlagt høsten 2019 som en del av forberedelsene til kommunesammenslåingen. Dessuten ble det i midten av februar startet opp et arbeid internt i kommunen for å utarbeide scenarier. Det ble også laget en egen Corona beredskapsplan nr. 1 som bygget bro mellom ulike plandokumenter og som beskrev oppfølgingspunkter for de ulike tjenesteområdene, herunder å starte kontinuitetsplanlegging.

Tabell 2. Forberedende aktiviteter vinteren 2020 (Kilde: CIM/beredskapsstaben).

| | |
|--------------|--|
| 23.01 | Hendelse «Utbrudd av nytt coronavirus i Kina» opprettet i CIM etter henvendelse fra Fylkesmannen i Rogaland. |
| 24.01 | Legevakten har krisemøte. Beslutter at de må gjennomgå beredskapsplan, utstyr, samt forberede seg på økt påtrykk på telefon. |
| 27.01 | Stavanger kommune legger ut informasjon om Corona på sine nettsider |
| 28.01 | Regional koordineringsgruppe har førstemøte (beredskap- og kommunikasjonsressurser). Går gjennom planer, varsling og konsekvenser. Understreker viktigheten av regional beredskapsplan. |
| 30.01 | WHO erklærer global helsekrise . Overordnet beredskapsledelse har sitt første møte. |

²⁰ 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.

²¹ Her har vi sammenlignet med tidslinjer for Sandnes, Bærum, Strand og Gjesdal.

²² I første omgang sa Mariero legesenter seg villig til å være pandemilegekantor. Behovet for bedre smittevern i nye lokaler førte til etablering av et såkalt luftveislegekantor i siste halvdel av mars i Kvitsøygata 3 på Storhaug. Dette kontoret, bemannet med fastleger på skift, ble så flyttet til Stavanger Forum 27.04. og samlokalisert med testsenteret.

²³ Direktør for Oppvekst og utdanning ble en del av beredskapsledelsen fra begynnelsen av mars 2020, men er i utgangspunktet ikke formelt medlem av beredskapsledelsen.

| | |
|---------------|---|
| 31.01 | Beredskapsstab formelt satt , gjelder fra i dag (foreløpig kun på operasjonelt nivå) |
| 31.01 | Helsedirektoratet sendt brev til fylkesmenn og regionale helseforetak med frist 7. februar for å oppdatere smittevernplaner og få oversikt over behandlingsskapasitet |
| 03.02 | Krisestab innen helse og velferd satt . Arbeidet med kontinuitetsplanlegging startes. Staben består av lederteamet, kommunikasjonsrådgiver og beredskapskoordinator |
| 03.02 | Etter forespørsel fra Fylkesmannen har Stavanger kommune sendt smittevernplan (feil versjon først, oppdatert plan sendt 05.02). En mangel er at den ikke er tilpasset kommunesammenslåingen. Dette ble harmonisert etter møte 12.02. |
| 04.02 | Beredskapsplan nr.1 Corona fastsatt med virkning i dag. |
| 04.02 | Møte om regionalt samvirke. Deltakere: Beredskapsrepresentanter fra nabokommuner, SUS, Brann, Politi og Sivilforsvaret mv. |
| 05.02 | Forespørsel til sykehjem og legesentre om å stille lokaler til disposisjon ved behov |
| 06.02 | Første korona-prøve tatt ved Stavanger legevakt |
| 10.02 | Scenarioplanlegging internt med legevaktsjef og smittevernoverlege |
| 17.02 | Workshop, gjennomgang fremtidsscenario og table-top-øvelse (bredt regionalt møte) |
| 25.02 | Det lages en kommunikasjonsrutine for evt. bekreftet korona-tilfelle i Stavanger |
| 26.02 | Pressekonferanse – første smittetilfelle i Norge bekreftet (kvinne, Tromsø) |
| 27.02 | Gul beredskap – legevakten setter krisestab . Plan for flere henvendelser og prøvetaking. Legevakten oppretter Drive-in-testing i garasjen. |
| 27.02 | Kommunen oppretter en egen nettside med informasjon om Korona |
| 29.02. | De to første positive smittetilfellene i Stavanger registreres. |

3.3 PLANVERKETS MØTE MED PANDEMIEN

Planer skal være styringsverktøy og gi grunnlag for raske beslutninger og riktig respons.²⁴ I dette delkapitlet foretar vi en kort gjennomgang av utvalgte beredskapsplaner og helseplaner som forelå vinteren 2020.²⁵ *I hvilken grad ga de svar på de utfordringer som fulgte med koronaen?*

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 Stavanger kommunes planer i tillegg til nasjonale og regionale planer.²⁶

²⁴ Jf. beredskapsplan – administrativ del, Stavanger kommune

<https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/beredskap/overordnet-beredskapsplan---administrativ-del.pdf>

²⁵ Omfanget av beredskapsplaner er stort i en organisasjon som Stavanger kommune. Både på tjenestenivå og virksomhetsnivå ble beredskapsplaner gjennomgått og oppdatert vinteren 2020 i påvente av en mulig pandemi.

²⁶ De nasjonale beredskapsplanene og helseplanene er vurdert av den statlige koronakommisjonen som har gjennomgått hvor godt Norge var forberedt på koronapandemien.

<https://www.koronakommisjonen.no/kommisjonens-rapport-og-presentasjoner/>

Tabell 3. 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 alvorlige smittsomme sykdommer (2019) - Nasjonal plan mot pandemisk influensa (2014) - Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien (7. mai 2020) - Nasjonal handlingsplan- smittevern (2019-2023) |
| Regionalt | <ul style="list-style-type: none"> - Beredskapsplan for Stavangerregionen 2016, administrativ og operativ - Regional helseberedskapsplan, Helse Vest 2019-2021 | <ul style="list-style-type: none"> - Samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden – delavtale 11 mellom SUS og Stavanger kommune - Fagråd 11 (regional smitteverngruppe). Deltakere fra kommunene, fylkesmannen og SUS |
| Kommunen | <ul style="list-style-type: none"> - Helhetlig ROS-analyse - Overordnet beredskapsplan, administrativ og operativ del, 2020 - Plan for kommunikasjon ved kriser, 2018 - Kommunikasjonsplan korona - første forelås 7.02.2020, deretter 2 reviderte utgaver. | <ul style="list-style-type: none"> - Beredskapsplan covid-19 (5 ulike versjoner) - Plan for helsemessig- og sosial beredskap med tiltakskort, Helse og velferd, 2020 - Pandemiplan inkl. plan for massevaksinasjon (2017), oppdatert febr. 2020 - Smittevernplan (2017), oppdatert febr. 2020. - På tjenestenivå - beredskapsplan, kontinuitetsplan, ROS-analyse og varslingslister - På virksomhetsnivå - ROS-analyse, beredskapsplan og varslingslister |

Nasjonalt plan for beredskap mot pandemisk influensa (2014)²⁷ og nasjonal helseberedskapsplan (2018)²⁸ ble bl.a. oppdatert på bakgrunn av erfaringene fra svineinfluensaen i 2009-2010. Pandemiplanen tok dermed ikke høyde for en pandemi skapt av koronavirus der vaksiner ikke foreligger. Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (2019)²⁹ beskriver kriterier for valg av smitteverntiltak, herunder forholdsmessighet mellom tiltakets nytte medisinsk faglig og de byrder som tiltaket måtte medføre, og at føre-var-prinsippet anvendes om det ikke foreligger tilstrekkelig kunnskap. Planen omtaler behovet for beredskapslagre av legemidler, men ikke beredskapslagre av smittevernutstyr.

Folkehelseinstituttet reviderte planveilederen for massevaksinasjon i kommuner og helseforetak i 2016 som også dro veksler på erfaringer med massevaksinasjon under svineinfluensaen. I november 2019 utga Helsedirektoratet nye nasjonale råd om pandemiplanlegging.

Stavanger kommunes planverk

Figuren nedenfor viser det overordnede planverket i Stavanger kommune, det vil si overordnede beredskapsplaner og helseberedskapsplaner. Vi går gjennom disse i avsnittene under.

²⁷ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-nasjonalt-beredskapsplan-mot-pandemisk-influensa/id2354619/>

²⁸ https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/fellesdok/planer/helseberedskapsplan_010118.pdf

²⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonalt-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/>



Helhetlig ROS-analyse

Finnøy, Rennesøy og Stavanger ferdigstilte høsten 2019 en ny utgave av helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (HROS2020). Analysen skal imøtekomme krav gitt i sivilbeskyttelsesloven (2010) og forskrift om kommunal beredskapsplikt (2011).

Pandemi/epidemi inngår i oversikten over totalt 48 uønskede hendelser. Videre er risikoen for en slik hendelse vurdert til å være mellom 1-10 % og at den potensielt kan føre til mer enn 50 dødsfall og mer enn 200 syke. I ROS-analysen er epidemi/pandemi vurdert blant de største bidragene til risikobildet - både i forhold til høy sannsynlighet og høy konsekvens.

Arbeidet med ROS-analysen fra 2019 ble satt i en regional kontekst, der særlig samarbeidet med nabokommunene på Nord-Jæren ble fremholdt som viktig. Dette samarbeidet er avtalefestet, og underskrevet på kommunedirektørnivå. Stavanger kommune har blant annet valgt å etablere et Samfunnsikkerhetsråd sammen med samarbeidskommunene Sandnes, Sola og Randaberg. Beredskapssamarbeidet er basert på felles ROS-analyse og regional beredskapsplan (2016), og håndteres strategisk av regional koordineringsgruppe (ordførere, kommunedirektører mv.).³⁰

Overordnet beredskapsplan – administrativ og operativ del

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

³⁰ Samarbeidet mellom de fire kommunene er forkortet STARASOSA (Stavanger, Randaberg, Sola og Sandnes).

inneholde: Plan for kommunens kriseledelse, ressursoversikt, varslingslister, evakueringsplaner og plan for informasjon til befolkningen og media.

Beredskapsplanen – administrativ del, inneholder en beskrivelse av hvordan beredskapen i Stavanger kommune skal organiseres, samordnes og dokumenteres i krisesituasjoner. I tillegg beskriver planen hvilke prinsipper, prioriteringer og metoder som skal være førende for organiseringen av beredskap og utøvelse av beredskapsledelse i kommunen. De tre proaktive prinsippene er *moderat overreaksjons-prinsippet* (dvs. heller overreagere enn å ta for lite i om usikkerhet), *sikker-usikkerhets-prinsippet* (mobilisere i tilfelle usikkerhet om det er nødvendig) og *første-informasjons-prinsippet* (forsøke å være først ute med informasjon). Særlig det første prinsippet har stått sentralt i håndteringen av koronaen. Det har vært en fortløpende avveining mellom prinsippet om moderat overreaksjon og forholdsmessighetsprinsippet i smittevernloven. I streng forstand gir ikke sistnevnte prinsipp rom for særlig overreaksjon i valg av tiltak – all den tid det bygger på kost-/nyttevurdering av smitteverntiltakenes effektivitet.

Overordnet operativ beredskapsplan beskriver hvordan uønskede hendelser skal håndteres i Stavanger kommune. Planen er bygget opp slik at den kan benyttes som hjelpemiddel under alle beredskapsfasene; Varsling, mobilisering, håndtering, demobilisering og normalisering. Denne planen er unntatt offentlighet, og er ikke gitt en nærmere beskrivelse eller vurdering her.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sender hvert år ut en kommuneundersøkelse.³¹ Dette er en spørreundersøkelse om kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Hovedformålet med undersøkelsen er å sjekke status for kommunenes arbeid med kravene i forskrift om kommunal beredskapsplikt. På grunnlag av denne kartleggingen har Fylkesmannen i Rogaland utarbeidet den såkalte «*kommunetrappa for samfunnssikkerhet og beredskap*» der kommunene rangeres etter skår i undersøkelsen.

Stavanger kommune har i undersøkelsene både i 2019 og 2020 oppnådd 40 av 40 mulige poeng. Kommunen er målt på et stort antall indikatorer i forhold til helhet og systematikk i sitt beredskapsarbeid og ROS-analyse, oppdatering av planverk, forankring og innhold i beredskapsplanen, øvelser og opplæring. Stavanger roses i tilsynsrapportene for gjennom mange år å ha fått på plass en kultur for å arbeide helhetlig og systematisk med beredskap.

Stavanger kommune har fastslått i overordnet beredskapsplan at det skal utarbeides *temaspesifikke beredskapsplaner* om det kan bidra til mer effektiv krisehåndtering.³² Det ble tatt en tidlig vurdering i beredskapsstaben at det forelå et slikt behov, bl.a. fordi de overordnede beredskapsplanene ikke var konkrete nok. Allerede 4. februar forelå første versjon av beredskapsplan covid-19, med beskjed til tjenesteområdene om å forberede seg mht. planer, øvelser og organisering, samt beskrivelse av ledelse. En måned senere, 4. mars, forelå versjon 2, blant annet med beskrivelse av fire opprettede seksjoner (personell, kommunikasjon, administrasjon og forsyning og operasjoner). Tredje versjon forelå 10. oktober, og ba tjenesteområdene på ny om å forberede seg på ny smittespredning. Både foretak og

³¹ Resultater fra undersøkelsen 2020 framgår her <https://www.fylkesmannen.no/nn/Rogaland/Samfunnstryggleik-og-beredskap/Kommunal-beredskap/kommunetrappa-for-samfunnstryggleik-og-beredskap-2020/>

³² <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/beredskap/overordnet-beredskapsplan---administrativ-del.pdf>

tjenesteområder ble bedt om å oppdatere kontinuitetsplaner, beredskapsplaner og gjennomføre table-top-øvelser.³³ Planen beskrev også Stavanger kommunes mål for krisehåndteringen:

Stavanger kommune skal ha oversikt over smittesituasjonen og fortløpende analysere situasjonen. Kommunen skal være forberedt på å iverksette og justere tiltak for å beholde kontroll og slå ned evt. lokal oppblomstring av smitte.

Det ble også tidlig – allerede 7. februar 2020 – utarbeidet en covid-19 kommunikasjonsplan i samsvar med føringer i overordnet beredskapsplan. Også denne er revidert ved to senere anledninger, jf. kapitlet om krisekommunikasjon. Vinteren 2021 ble det utarbeidet en ny versjon av beredskapsplanen covid-19 som adresserte spredningen av mutantvirus.

Intervjumaterialet sier noe om beredskapsplanleggingen. Mange peker på at det ikke var nok å ha alt det formelle på plass, bl.a. nylig oppdaterte beredskapsplaner. Planene gikk ikke dypt nok, og klarte ikke å overskue de brede og alvorlige konsekvensene av en langvarig koronapandemi der utsiktene til vaksine lenge var usikre. *Et læringspunkt som flere er opptatt av, er at det må planlegges dynamisk for å sikre konkrete og styringsrelevante planer.* Flere mener dette i stor grad er blitt ivarettatt gjennom covid-19 beredskapsplanene, gjennom flere gjennomganger og oppdateringer av kontinuitetsplaner og lokale beredskapsplaner, samt gjennom utarbeidelse av mer spesifikke planer for oppbygging av testkapasitet og smittesporingskapasitet.

Plan for helsemessig og sosial beredskap

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). Krav om pandemiplan er imidlertid ikke nedfelt i regelverket slik som kravet til smittevernplan er.

I Stavanger kommune ble helseberedskapsplanen revidert i 2019 for å være tilpasset den sammenslåtte kommunen fra 1.1.2020. Den er utarbeidet på grunnlag av den helhetlige ROS-analysen for Stavanger kommune, sist revidert i 2019, jf. omtalen av tidligere.

Helseberedskapsplanen skal være et operativt verktøy for Helse og velferd sin kriseledelse, i tillegg til Oppvekst og utdanning sin kriseledelse. Den beskriver organisasjon og de rutiner/instrukser som trer i kraft ved interne og/eller eksterne hendelser. Det er utarbeidet tiltakskort for ulike typer hendelser, jf. lovens § 2-1 og 2-2 og forskriftens § 8.³⁴

Da koronapandemien var et faktum hadde Stavanger kommune en oppdatert helseberedskapsplan med tilhørende tiltakskort blant annet for legemidler/utstyr og håndtering av pandemi. I flere av intervjuene er det imidlertid pekt på at planen manglet et pandemiscenario som tok høyde for et alvorlig og langvarig virusutbrudd som må slås ned med inngrepene tiltak.

³³ Stikkprøver av ROS-analyser, beredskapsplaner og kontinuitetsplaner viser at mange av tjenesteområdene og virksomhetene har foretatt oppdateringer og justeringer underveis i pandemien.

³⁴ Forskrift av 23.juli 2001 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helse og sosial beredskap.

Det er også trukket fram at planen manglet noen element for å være et treffsikkert styringsverktøy. Det ene er beskrivelsen av hvordan krisehåndteringen skal organiseres. Planen viser kort til den overordnede beredskapsplanens beskrivelse av sammensetningen av overordnet kriseledelse og etablering av krisestab. Den parallelle beredskapsorganiserings i Helse og velferd – med egen beredskapsledelse og operativ beredskapsgruppe – er ikke beskrevet.

For det andre bygger planen i stor grad på en forutsetning om at det foreligger vaksine tidlig i pandemiforløpet. Dette poenget kommer fram i følgende sitat: «*Vi gjorde de tiltakene som var notert i kortet, men ser jo at vi i slike situasjoner hadde planlagt med at det finnes vaksine. Denne situasjonen uten tilgjengelig vaksine utviklet seg på annen måte da vi måtte håndtere situasjon med pandemi uten vaksine over lang tid... Kortet var fungerende helt tidlig i situasjonen, etterpå har vi jobba videre med håndteringa etter beste evne, og etter proaktivt beredskapsprinsipp.*»

For det tredje inneholder planen tiltakskort for å håndtere kritisk mangel på legemidler, men inneholder ikke en nærmere beskrivelse av beredskap i forhold til smittevernutstyr, utover at det i tiltakskortet for håndtering av pandemisk influensa står at tilstrekkelig vaksinelager og utstyr må sikres. I neste delkapittel kommer vi tilbake til håndteringen av smittevernutstyr.

For det fjerde sier planen lite om hvordan omdisponering av personell skal håndteres i en krisesituasjon utover å vise til at oversikter over kompetent personale kan hentes ut av fagsystem, og at ledelsen kan beordre personell om nødvendig.

Stavanger kommunes smittevernplan

Planen er fra 6.6.2017 og var planlagt revidert innen 1.6.2019 i god tid før kommunesammenslåingen. I stedet ble det gjort en oppdatering av planen vinteren 2020, og planen ble med enkelte tilpasninger gjort gjeldende for Nye Stavanger. Pandemisk influensa er trukket fram blant 9 andre smittsomme sykdommer, som en del av risikobildet. Planen beskriver også kort organiseringen av smittevernarbeidet, og peker på at alle virksomheter har et ansvar. Smittevernkontoret blir omtalt særskilt, uten at smittesporing blir nevnt direkte. Det er lite i intervjumaterialet som indikerer at denne planen har vært særlig viktig for krisehåndteringen.

Stavanger kommunes pandemiplan

Denne planen er fra 24.10.2017 og var forutsatt revidert innen 1.11.2019. Også denne planen ble oppdatert vinteren 2020, der punkter fra pandemiplanene i Rennesøy og Finnøy kommuner, ble tatt inn i Stavangers opprinnelige plan og gjort gjeldende for Nye Stavanger. Med til planen hører også *Plan for massevaksinasjon ved pandemisk influensa*.

I planen blir det innledningsvis pekt på at «*pandemi utløst av influensavirus er for tiden det mest sannsynlige scenario for en pandemi.*» Det fastslås videre at «*en må regne med at det tar 6 mnd å utvikle en vaksine.*» og at Stavanger i verste fall kan bli rammet av en influensapandemi like alvorlig som Spanskesyken i 1918. Mest sannsynlig vil imidlertid en ny influensapandemi ligne på Asia-syken i 1957 med færre syke og døde. Et scenario basert på en ny koronapandemi etter SARS og MERS blir ikke omtalt i planen.

Planens beskrivelse av organisering under pandemi inneholder disse elementene: *Kommunal smitteverngruppe* bestående av beredskapssjef, helsesjef, smittevernoverlege, legevaktsjef, kommunikasjonssjef, samt sekretær, deltakelse i *regional smitteverngruppe*, opprettelse av *pandemilegekantor* på Mariero og styrking av telefontjenesten ved legevakten. Til sist nevnes

etablering av reservesykehus i lokalene til Storhallen på Tjensvoll om behov for pleie og isolering. Det gis også en kort beskrivelse av hvordan omdisponering av personell skal håndteres i en krise. Hvis ikke intern omdisponering er nok, skal HR støtte fremskaffe personellressurser.

Beskrivelse av hvordan oppbygging av testkapasitet og smittesporingskapasitet skal skje, inngår ikke i planen. Det gjør heller ikke steder for isolasjon av syke og plassering av mulig smittede i karantene. Det gis heller ingen beskrivelse av beredskapsorganisasjonen i Helse og velferd med egen beredskapsledelse og operativ beredskapsgruppe.³⁵

Planen sier heller ikke mye om retningslinjer for hvordan personell skal omdisponeres utover å fastslå at bemanningsutfordringen i utgangspunktet bør løses internt i Helse og velferd. Det er vist til at det kan tas ut oversikter over kompetent personell, og at beordring kan nyttes.

I stor grad er Stavangers pandemiplan en influensapandemiplan. *Følgelig mangler planen et scenario som tar høyde for et alvorlig virusutbrudd hvor det i utgangspunktet ikke foreligger vaksine, og som derfor må håndteres med strenge smitteverntiltak over lang tid.*

3.4 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKT

For å kunne videreutvikle planverket er det avgjørende å lære av krisehåndteringen, både av det som gikk godt og det som kunne vært gjort bedre. Det er under kriser planer og beredskap blir testet. Håndteringen av koronapandemien har vært en ekstrem test på hvor godt forberedt kommunen var, og hvordan foreliggende planer fungerte i praksis.

Stavanger kommune var tidlig ute med å forberede håndteringen av koronapandemien.

Kommunen tok flere initiativ til regional koordinering, bl.a. i forhold til risikovurderinger og utvikling av scenarier for pandemiens utvikling. Det ble også tidlig øvd på det som kunne komme. Etablerte samarbeidsstrukturer og felles regional beredskapsplan på Nord-Jæren ble en plattform for disse forberedelsene. Her har Stavanger fra første stund vært en pådriver.

Mange av kommunens egne planer var forut for koronapandemien blitt gjennomgått og oppdatert i forbindelse med den forestående kommunesammenslåingen 1.1.2020. Det gjelder helhetlig ROS-analyse for Stavanger kommune, overordnet beredskapsplan og plan for helsemessig og sosial beredskap. Vinteren 2020, etter krav fra Helsedirektoratet, ble det også foretatt enkelte oppdateringer og tilpasninger av smittevernplanen og pandemiplanen.

Tross gryende kriseerkjennelse tidlig vinteren 2020 og med oppdaterte planer på plass - pandemien kom som en stor overraskelse på mange. Det er i intervjuene gitt fargerike og levende skildringer av det som nærmest er beskrevet som en unntakstilstand de første dagene av pandemien. Flere har pekt på at den dukket opp tidligere enn forventet, og at det var stor usikkerhet om hvor alvorlig sykdommen var.

Tross et planverk som i begrenset grad tok høyde for en alvorlig og langvarig pandemi og «*mye armer og bein*» de første ukene, kom det raskt på plass en beredskapsorganisasjon og mange beslutninger ble truffet for å begrense smitten. Proaktiv stabsmetodikk og de proaktive

³⁵ Bærum kommune hadde i sin pandemiplan beskrevet en organisering som de la til grunn for krisehåndteringen. I Stavanger gjorde Helse og velferd den vurdering at det var behov for en ny beredskapsorganisasjon som kunne være robust nok til å kunne håndtere krisen over lang tid. Dette var i stor grad nybrottsarbeid.

prinsippene om bl.a. «moderat overreaksjon», satte tidlig sitt preg på beredskapsledelsens håndtering av pandemien. *Tross mangler i planverket, hadde kommunen på plass en grunnleggende forberedhet gjennom beredskapsorganisasjon og metode for krisehåndtering.*

Formelt sett var mye av planverket på helse- og særlig beredskapsområdet på plass før pandemien. Planene overskuet imidlertid ikke alvorlighetsgraden og tidslengden på krisen. *Et læringspunkt som mange har trukket fram i intervjuene, er at det må planlegges fortløpende og dynamisk under pandemien for å sikre konkrete og styringsrelevante planer.* Dynamisk planlegging gir fleksibilitet til å håndtere en langvarig krise hvor både smitteverntiltak og mottiltak for å håndtere konsekvenser kan skaleres opp og ned i samsvar med smittesituasjonen.

For det andre bygger helseberedskapsplan og pandemiplan på en forutsetning om at pandemi er et influensavirus som det innen relativt kort tid vil foreligge vaksine for. *Framtidige planer bør ta høyde for et scenario om et langvarig og alvorlig virusutbrudd som må slås ned med inngripende tiltak.* Et slikt scenario har implikasjoner i forhold til testkapasitet, smittesporing, isolasjon og karantene, beredskapslagre for smittevernutstyr, regionalt samarbeid, beredskapsorganisering og øvelser på håndtering av inngripende smitteverntiltak. Et slikt scenario bør dessuten ta høyde for hvordan personellressurser under en krise skal oppskaleres, omdisponeres og nedskaleres.

Dette er et planscenario som bør adresseres i oppdaterte planer etter koronaen, uten å gå for mye i detalj. Detaljerte planer som skal overskue enhver mulig krise i fremtiden står i fare for å bli for tilpasset forrige krise og slik gjøre planverket for lite fleksibelt.³⁶

Det forelå ikke på forhånd en plan eller noen felles retningslinjer for omdisponering av personell i en krisesituasjon. Kommunedirektøren fikk imidlertid raskt en omdisponeringsfullmakt som ble videre delegert til de ulike kommunaldirektørene. Møter med tillitsvalgte ble i den forbindelse avholdt, og arbeidsgiver har benyttet sin styringsrett til å sikre personell etter behov. Som et permanent beredskapstiltak bør det vurderes å fastsette retningslinjer eller en prosedyre for hvordan behov for omdisponeringer av personell skal håndteres i kriser.

Anbefalinger:

- Planverket bør oppdateres med et scenario som tar høyde for en langvarig og alvorlig pandemi som må slås ned med inngripende tiltak fordi det ikke foreligger vaksine.

³⁶ Eksempelvis har både nasjonale og kommunale pandemiplaner vært sterkt påvirket av håndteringen av svineinfluensaen. For sterk binding til fortidens erfaringer, kan fort bidra til å overskygge andre potensielle kriser.

4 SMITTEVERNUTSTYR

4.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

Et tema som har vært mye debattert under koronapandemien, er mangelen på smittevernutstyr i starten på pandemien. Hele Europa manglet smittevernsutstyr sen vinteren 2020, også Norge. Personlig smittevernsutstyr (PPE) som munnbind, øyebeskyttelse, frakk med lang 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 smittevernutstyr og legemidler.³⁷ Mange land ville holde på eget utstyr, også produsentlandene, og prisene steg og de aller fleste norske kommuner manglet munnbind og annet smittevernsutstyr sen vinteren 2020.³⁸ 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 smittevernutstyr på vei til Norge ble stående fast ved grenseovergangene. I slutten av mars ble restriksjonene opphevet.

Hva sier så lover og forskrifter om hva kommunene må ha av smittevernutstyr? Regelverket inneholder ikke detaljerte krav til hvor mye smittevernutstyr kommunene må ha på lager. Av § 8 i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. fremgår det at «*Virksomheten skal sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.*»³⁹ Hva som er tilfredsstillende, er ikke presisert nærmere.

I Helsedirektoratets faglige råd til pandemiplanlegging fra 2019, anbefales kommunene å ha planer for forsyninger av legemidler og smittevernutstyr:⁴⁰

- *Planer for å sikre nok beskyttelsesutstyr til bruk for personell som er i kontakt med influensasyke. Dette gjelder både eget personell og personell ved fastlegekontor.*
- *Planer for lager, mottak og distribusjon av antiviralia og personlig beskyttelsesutstyr.*

I pandemiplanen til Stavanger kommune fremgår det av tiltaksplanen at «*Nødvendig verneutstyr skaffes*» (ved pandemiutbrudd). For øvrig skal kommunen følge «...råd fra FHI om spesifikt utstyr og mengde». I tiltakskortet om Pandemisk influensa i Helseberedskapsplanen til kommunen er et av tiltakene å «*Sikre tilstrekkelig vaksinelager og utstyr*» i tilfelle det haster. I mindre akutte situasjoner, understrekes det behovet for å etterbestille lager av utstyr. For øvrig dreier tiltakskortet om pandemisk influensa seg mest om gjennomføring av vaksinerings.

³⁷ <https://www.dagsavisen.no/debatt/kommentar/pandemirustning-i-nordiske-farger-1.1695269>

³⁸ 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 smittevernsutstyr.

³⁹ Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>

⁴⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging>

Helsedirektoratet ba kommunene se til at de har iverksatt store nok ordre til at eksisterende lagerbeholdning i tillegg til ordre totalt dekker 8 måneders behov for smittevernutstyr fra januar 2021, iht. Forbrukskalkulator for smittevernutstyr i kommunene.

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen bør ha planer for å sikre tilstrekkelig smittevernutstyr.
- Kommunen skal ha tilgang til tilstrekkelig smittevernutstyr slik at brukere og ansatte ikke utsettes for unødig smittefare.
- Fra 2021 skal alle kommuner ha nok smittevernutstyr til å dekke 8 måneders forbruk.

4.2 MANGEL PÅ UTSTYR I STARTEN, MEN DET SNUDDE RASKT

Allerede i slutten av januar pågikk det hamstring av smittevernutstyr og flere apoteker rapporterte om at de var i ferd med å gå tomme for utstyr, særlig munnbind. Også NorEngros begynte å gå tomme for smittevernutstyr.⁴¹ Stavanger kommune rapporterte til Fylkesmannen i Rogaland at «*Selv uten pandemi, er det kritisk om det nå blir knapphet på smittevernutstyr*». Da var det kommet varsler fra helsetjenesten om mangel på smittevernutstyr.⁴²

Den første uka i februar var det totalt påvist 30 smittetilfeller i hele Europa. Det ble gjort vurderinger i Helse og velferd rundt behov for økt legemiddelbeholdning og mer utstyr ved sykehjem og barneboliger.⁴³ I midten av februar ble det gjort enkelte bestillinger og Arne Rettedalsgate ble tilrettelagt som lagersted. Før 7. februar hadde SUS testet 1 person, som var negativ, og både sykehuset og helsetjenesten i kommunen antok at risikoen for smitte var svært liten.⁴⁴ Kommunen gikk på denne tiden igjennom smittevernutstyret og sjekket at det var ekstra utstyr ved legevakten, legekantorene, sykehjemmene, bofellesskapene og hjemmetjenesten.

Forventningen i første halvdel av februar var enkeltsmittetilfeller, ikke en tidlig smittebølge. En smittebølge ble antatt å ligge lengre frem i tid. Det hadde betydning for vurderingene av behovet for smittevernutstyr og legemidler. Behovet var stort, men da særlig på lengre sikt. En intern scenarionalyse anslo i midten av februar at 25% av befolkningen i Stavanger ville bli smittet i løpet av pandemien, og at opptil 6400 personer kunne bli smittet samtidig i Stavanger.

Rett før nedstengningen 12. mars og under nedstengningen fram til siste halvdel av april, var det mangler på smittevernutstyr. Før 12. mars fantes det ingen samlet oversikt over hvor mye smittevernutstyr som var tilgjengelig i ulike deler av kommunen. Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at lagrene var i stand til å møte to hektiske uker med sesonginfluensa. Virksomhetene hadde selv ansvar for å skaffe tilstrekkelig smittevernutstyr, det vil si et desentralisert lagerprinsipp der normalforbruk dekkes av virksomhetene selv. Fra midten av

⁴¹ Jf. rapport fra Stavanger kommune til Fylkesmannen i Rogaland 29.01.2020.

⁴² Se omtale i den SITRAP nr. 1 til beredskapsledelsen 7. februar.

⁴³ Våren 2021 var Helse Vest RHF i gang med å bygge opp et regionalt lager av utvalgte legemidler som skal dekke 6 måneders forbruk, herunder i kommunehelsetjenesten.

⁴⁴ www.aftenbladet.no/lokalt/i/opzj1m/sykehuset-forbereder-seg-pa-koronaviruset. 7. februar 2020.

februar begynte oppbyggingen av et beredskapslager i Arne Rettedalsgate 12. I uke 8 ble det rapportert at grossist var utsolgt for munnbind og visir, men at kommunen stod på venteliste.

På den tiden gikk butikkene tomme for mel, gjær og toalettpapir. Det var heller ikke mulig å oppdrive håndsprit i butikker eller hos grossist. Med grossist som var i ferd med å gå tom for smittevernutstyr, ble det satt i gang ulike aktiviteter for å skaffe utstyr fra butikker som kunne ha utstyr i butikkhyllene, for eksempel munnbind med visir fra Jernia eller hansker fra Clas Olson. I intervjuene er denne fasen beskrevet som en tid med mye «armer og bein» for å få kontroll. 3. mars gikk Helsedirektoratet ut med en oppfordring til kommunene om å rasjonere på smittevernutstyr. Dette ble samme dag kommunisert ut til virksomhetene i Helse og velferd.⁴⁵

Beredskapsledelsen i Stavanger kommune har fra første situasjonsrapport 7. februar fått informasjon om status for smittevernutstyr og aktiviteter for å øke beholdningene. Tilsvarende har det regelmessig vært et punkt på dagsordenen til den lokale beredskapsledelsen i Helse og velferd, og i operativ beredskapsgruppe fra første møtet 3. mars. Det ble i tillegg etablert en K-gruppe som del av beredskapsstaben, K4 «Administrasjon og forsyning», som skulle jobbe særskilt med forsyningssituasjonen. Av intervjuene fremgår det at gruppa kom sent i gang, det ble mye møter, og at det tok noe tid før det ble tatt skikkelig tak i problemstillingen.

I siste halvdel av mars leide Helse og velferd inn en ekstern konsulent (Per Haarr) som fikk lederansvaret for «utstyrgruppa», mens avdelingsleder for e.helse i Helse og velferd fikk jobben med å lage et system som viste lagerbeholdning og hva som gikk inn og ut av smittevernutstyr. Det ble nedsatt 3 arbeidsgrupper som jobbet med ulike oppgaver knyttet til innkjøp, lagersystem og distribusjon av utstyr. Gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom bl.a. Helse og velferd, Innovasjon og digitalisering, Bymiljø og utbygging og beredskapsstaben, ble det utviklet et logistikksystem for innkjøp, prioritering, lagerstyring, rapportering og utkjøring av utstyr.⁴⁶

Tabell 4. Oversikt over beholdninger av smittevernutstyr i Stavanger kommune.

| Utstyrstype | Uke 14 2020 | Uke 29 2020 | Uke 10 2021 | Uke 18 2021 | Endring | Endr. % |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------|---------|
| Åndedrettsvern FFP2 | 240 | 4508 | 3914 | 3914 | 3674 | 1631 % |
| Åndedrettsvern FFP3 | 920 | 1383 | 1343 | 1343 | 423 | 146 % |
| Hansker | 152 700 | 577 247 | 967 069 | 963 069 | 810 369 | 631 % |
| Kirurgiske munnbind | 174 040 | 620 599 | 629 459 | 538 659 | 364 619 | 310 % |
| Operasjonsluer | 3800 | 16 231 | 13 694 | 11 454 | 7654 | 301 % |
| Visir/ briller | 678 | 22 780 | 22 773 | 22 603 | 21 925 | 3334 % |
| Smitte-/stallefrakk | 4915 | 38 121 | 40 941 | 40 041 | 35 126 | 815 % |

Uke 11 (12. mars) forelå en foreløpig oversikt over smittevernutstyr i Stavanger kommune.⁴⁷ I uke 14 (30. mars) forelå den første fullstendige rapporteringen på lagerbeholdningene.

⁴⁵ Jf. møtereferat fra første møte i operativ beredskapsgruppe i Helse og velferd 3. mars.

⁴⁶ Smittevernutstyr fordeles til virksomhetene to ganger ukentlig. Før lageret ble flyttet, mottok Helse og velferd bestillinger, og pakket varer fra lageret i Arne Rettedalsgate. Natur og Idrettsservice leverte varene til virksomhetene.

⁴⁷ Tallene for uke 11 i 2020 viste at det var 1950 smittevernfrakker på lager, 320 åndedrettsvern, 32 000 hansker, 698 visir og vernebriller og 6000 munnbind. For operasjonsluer forelå det ikke tall.

Sammenligner vi med beholdningene i uke 14 i 2020 med de i uke 18 i 2021, har lagerbeholdningene av smittevernutstyr økt betydelig.

En utfordring har vært å beregne hvor stort beredskapslageret av utstyr skal være sett på bakgrunn av usikkerheten om den videre smitteutviklingen. Helse og velferd inngikk tidlig et samarbeid med kommunens scenariogruppe. Denne gruppen, med deltakere fra prosjektkontoret og beredskapsstaben og med samarbeid med SUS, hadde leid inn Proactima som konsulent i arbeidet med å utvikle scenarier for den fremtidige smitteutviklingen. Med utgangspunkt i ulike scenarier og reproduksjonsfaktorer (R-faktor) ble det beregnet hvor mye smittevernutstyr som ville bli nødvendig gitt en R-faktor på henholdsvis 1,1 og 1,3.

Fra slutten av april og ut året 2020, har lageret av beredskapsutstyr vært på grønt, det vil si det har vært stort nok til å dekke forbruket over tid med en R-faktor på 1,3. Begge disse scenariene bygger på forutsetninger om smitteverntiltak for å forebygge smittespredningen. Helse Stavanger har imidlertid operert med en R-faktor på 1,5 som premiss for lageroppbygging i foretaket.

Statlig medvirkning for å bedre utstyrssituasjonen

Den 6. mars 2020 ble det etablert en midlertidig nasjonal ordning der Sykehusinnkjøp HF fikk ansvar for å kjøpe inn smittevernutstyr og legemidler⁴⁸, både til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og til spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF koordinerte arbeidet, mens Helsedirektoratet og fylkesmennene samarbeidet om fordelingen av smittevernutstyr til kommunene. Helsedirektoratet understrekte at det nasjonale systemet var ment som et supplement til kommunenes egne anskaffelsesordninger.

Å sikre best mulig fordeling forutsetter presise data over beholdning, forbruk og estimert behov i hver enkelt kommune. Kommunene har derfor blitt bedt om å rapportere minst én gang i uken. Det ble tidlig lagt til grunn en fordelingsnøkkel basert på 70% til sykehusene, 20% til kommunene og 10% til et nasjonalt lager.

Fra månedsskiftet mars/april 2020 har Stavanger kommune rapportert inn ukentlig om behov for smittevernutstyr. Tilbake har de fått leveranser som ikke alltid har stått i samsvar med de rapporterte behovene. I intervjuene omtales leveransene i noen tilfeller som «*rene forundringspakker*». Brått kunne det stå et stort antall paller utenfor Arne Rettedals gate som så måtte gjennomgåns nøye for å finne ut hva de inneholdt. For kommunen har dette gjort det vanskelig å planlegge forholdet mellom egne anskaffelser og leveranser fra Sykehusinnkjøp.

I underveisevalueringen Fylkesmannen i Rogaland gjennomførte 7. juli 2020 pekte flere kommuner på utfordringen med uforutsigbare leveranser og skjeve insentiver i og med at egne

⁴⁸ I mars ble det også inngått en beredskapsavtale med de tre store legemiddelgrossistene. Avtalen innebærer at grossistene kjøper inn tre til seks måneders forbruk av de 50 mest forsyningskritiske legemidlene («50-listen») til bruk i primærhelsetjenesten. Det ble også gitt oppdrag om å anskaffe nødvendige legemidler for inntil åtte ukers normalforbruk, to til tre måneders forbruk av legemidler til intensivbehandling av 800 covid19-pasienter. Det skal videre bygges opp tre til seks måneders forbruk av et utvalg særskilt prioriterte sykehuslegemidler, og seks måneders forbruk av en noe utvidet 50-liste for primærhelsetjenesten.

anskaffelser måtte kommunene bekoste selv, mens leveransene fra Sykehusinnkjøp HF var kostnadsfrie for kommunene.

Fra fylkesmannens side i Rogaland, ble det i intervjuene pekt på at mange kommuner anså innrapporteringen som et bestillingsverktøy, der man rapportere inn behov og fikk dekket dette behovet gjennom leveransene. Men det fungerte ikke slik i praksis. Helse Sør-Øst måtte ta utgangspunkt i det utstyret de fikk tak i på markedet, og så fikk kommunene det utstyret de fikk. Derfor fikk de noen ganger munnbind når de trengte smittefrakker. Fra fylkesmannens side erkjennes det at dette skapte en umulig planleggingssituasjon for kommunene.

I et samordnet innspill fra storbyene til den statlige granskningskommisjonen ble blant annet fordelingsnøkkelen for smittevernutstyr tatt opp som et ankepunkt.⁴⁹ Det ble påpekt at krisen måtte håndteres av kommunene - og først og fremst av storbyene – og ikke sykehusene (som fikk 70% av smittevernutstyret). Storbyene opplevde i mars/april 2020 - med betydelig smitte – at de stod i reell fare for å gå tom for smittevernutstyr, mens sykehusene hadde store lagre av det byene trengte. Det ble fremholdt fra byenes side som et læringspunkt at fordelingsnøkkelen på smittevernutstyr burde vært justert etter de mange innspillene fra kommunene.

For å løse opp i planleggingsdilemmaet, ble det avklart i beredskapsledelsen i Stavanger at det skulle sendes forespørsel til et utvalg leverandører utenom de faste leverandørene for å sikre tilstrekkelig lager for en framtidig smittetopp.⁵⁰ Særlig gjaldt dette hansker og smittefrakker.

Helsedirektoratet informerte kommunene 24. september 2020 om at den midlertidige nasjonale innkjøpsordningen ville fortsette ut 2020, men at kommuner og sykehus fra da av selv måtte sørge for innkjøp av smittevernutstyr. Samtidig ble det informert om at helsemyndighetene vil bygge opp et nasjonalt beredskapslager av smittevernutstyr.

4.3 SAMMENLIGNINGER MED SANDNES OG BÆRUM

Nedenfor sammenlignet Stavangers beholdninger av smittevernutstyr med Sandnes og Bærum. Lagervarigheten for uke 14 oppgis i uker og er av Helsedirektoratet beregnet ut fra tilgjengelig utstyr sett opp mot forventet forbruk.⁵¹ I juli 2020 ga Helsedirektoratet og fylkesmennene kommunene fargekodene grønn, gul og rød, alt etter hvor mange uker lageret varte.⁵² Mindre enn to ukers lagervarighet ga rødt, under fem ukers lagervarighet ga gult og over fem uker ga grønt.

⁴⁹ Notat utarbeidet av storbynettverket 16.10.2020 som grunnlag for møte med den statlige granskningskommisjonen.

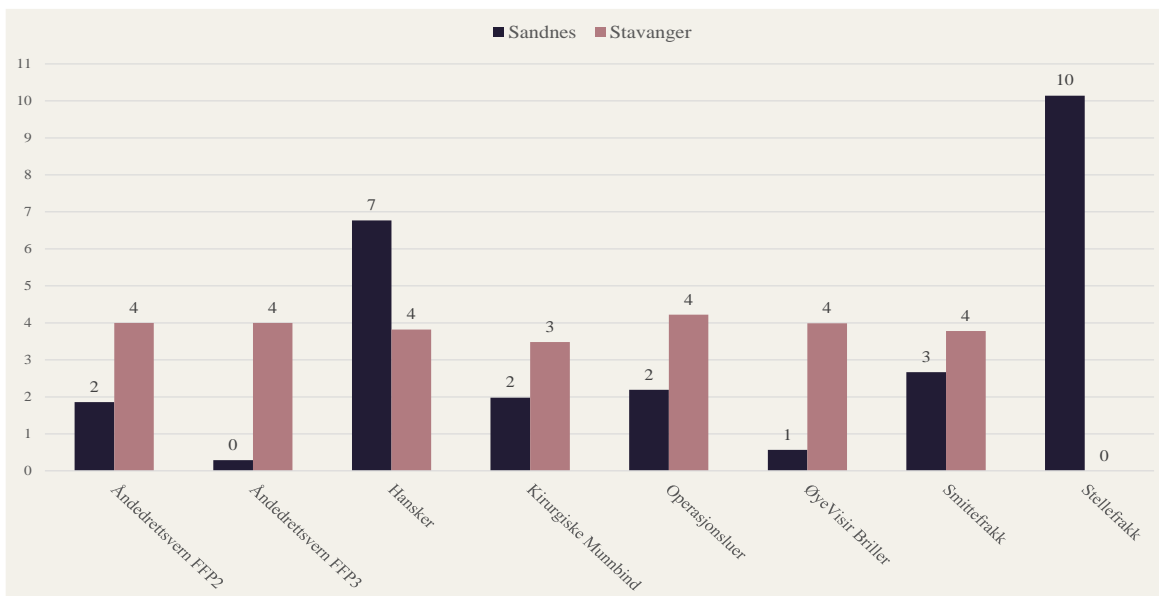
⁵⁰ Møte i beredskapsledelsen 17. april 2020.

⁵¹ Det er Helsedirektoratet som beregner lagervarigheten. Den er beregnet ut fra lagerbeholdning delt på forventet forbruk i kommende uke. Begge deler er oppgitt i rapporteringsskjemaene.

⁵² Fargekodene referer ikke til forventningene som ble uttrykt i brevene til kommunene i september 2020 om å ha et lager for minst åtte måneder. Oppsettet med fargekodene ble tatt i bruk i juli 2020, og er ikke endret etter det. De refererer til den umiddelbare bekymringen som man knyttet til små lagre. Da var det viktig å bruke «varsellamper» på utstyrskategoriene hvor det var små lagre, f.eks. rød på to uker eller mindre lager (Kilde: E.post fra seniorrådgiver i Helsedirektoratet, 26.02.21).

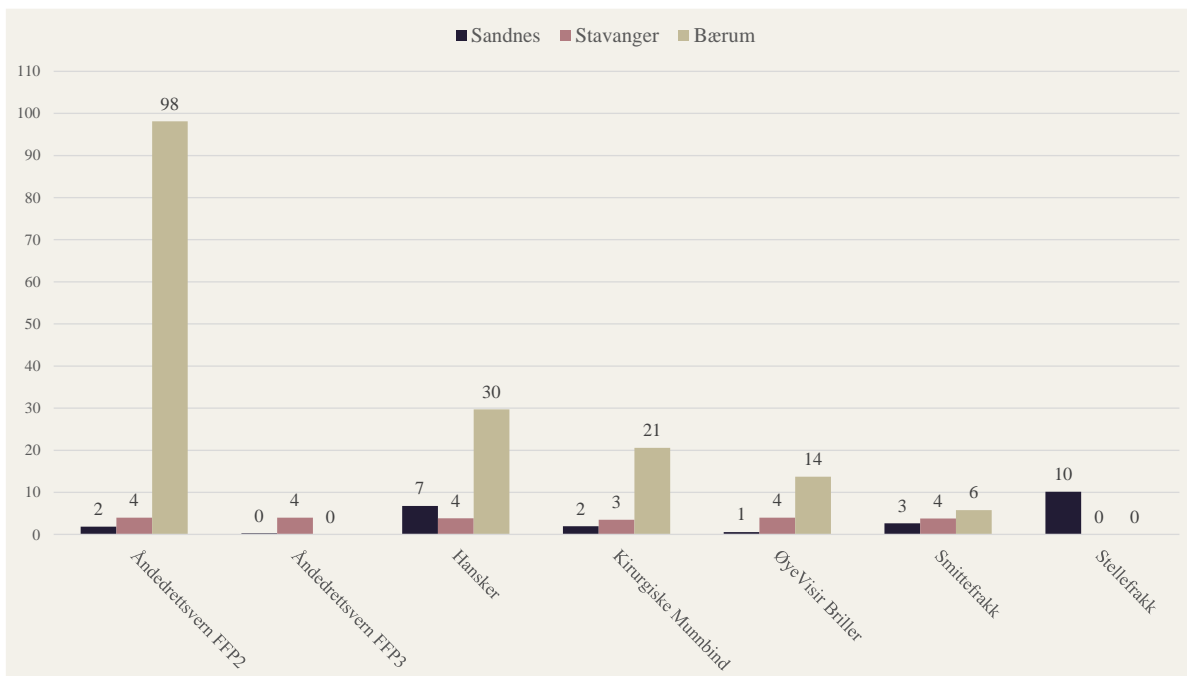
I uke 14 i 2020 lå Stavanger på gult for de fleste utstyrstypene, og på rødt for stellefrakker (oppgitt 0 i rapporteringsskjemaet). Vi ser at Stavanger hadde noe lengre estimert lagervarighet enn Sandnes for de fleste utstyrstypene, men også Stavanger lå dårlig an i slutten av mars 2020.

Figur 7. Estimert lagervarighet (målt i uker) i månedsskiftet mars/april 2020 (uke 14).



I figuren under har vi inkludert Bærum i sammenligningen. Vi ser at Bærum lå bedre an i starten av pandemien enn Stavanger og Sandnes.

Figur 8. Estimert lagervarighet (målt i uker) i månedsskiftet mars/april 2020 (uke 14).



Men i uke 29 2020 hadde bildet endret seg. Da lå Stavanger godt an mht. alle utstyrstypene sammenlignet med Bærum som i innbyggertall ligger nær Stavanger.

Tabell 5. Lagerbeholdninger i midten av juli (uke 29).⁵³

| Utstyrstype | Sandnes | Stavanger | Bærum |
|---------------------|---------|-----------|---------|
| Åndedrettsvern FFP2 | 785 | 4508 | 1 530 |
| Åndedrettsvern FFP3 | 2 859 | 1383 | 235 |
| Hansker | 281 008 | 577 247 | 319 220 |
| Kirurgiske munnbind | 96 705 | 620 599 | 482 500 |
| Operasjonsluer | 14 346 | 16 231 | 19 690 |
| Visir/ briller | 3 414 | 22 780 | 20 538 |
| Smittefrakk | 13 092 | 22 606 | 22 875 |
| Stellefrakk | 6 542 | 5980 | 4 740 |

Tabell 6. Lagerbeholdninger tidlig i mars 2021 (uke 9/10).

| Utstyrstype | Sandnes | Stavanger | Bærum |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| Åndedrettsvern FFP2 | 18 678 | 3914 | 11 950 |
| Åndedrettsvern FFP3 | 1 352 | 1343 | 1 200 |
| Hansker | 1 314 470 | 967 069 | 1 500 000 |
| Kirurgiske munnbind | 411 910 | 629 459 | 1 150 000 |
| Operasjonsluer | 37 848 | 13 694 | 31 500 |
| Visir/ briller | 16 203 | 22 773 | 17 000 |
| Smittefrakk | 86 013 | 17 051 | 26 600 |
| Stellefrakk | 68 496 | 23 890 | 60 700 |

I mars 2021 hadde Stavanger fortsatt betydelige beholdninger av smittevernutstyr, men vi registrerer at Stavanger da hadde mindre lager av åndedrettsvern FFP2, hansker, operasjonsluer og stellefrakker/ smittefrakker enn de to andre kommunene.

Merk: Det har vært en del endringer i de statlige retningslinjene for bruk av smittevernutstyr, slik at en del utstyr knapt brukes lenger, men dette visste man ikke i starten av pandemien. Det har blant annet kommet nye retningslinjer for bruk av masker og man bruker ikke operasjonsluer lenger. Derfor er også lagerkapasiteten god. Utover i pandemien har det primært vært munnbind og hansker som brukes av kommunen, noe som vi ser reflekteres i lagerkapasiteten.

Lagrene av smittevernutstyr i Stavanger var ved utgangen av 2020 så stort at det kunne dekke forbruket minst 8 måneder fram i tid. Sammenlignet med estimert lagervarighet på 2 til 4 uker i slutten av mars 2020, har oppbyggingen av lagerkapasiteten vært svært stor.

Med økende lagerbeholdninger, har det oppstått behov for større lagerkapasitet. 4. etasje i Arne Rettedalsgata fungerte i starten av pandemien som beredskapslager, mens Svanholmen 3 på Forus var fjernlager. Per september 2020 hadde Stavanger kommune rundt 150 paller smittevernutstyr

⁵³ I de to neste figurene har vi sammenlignet kommunene med absolutte tall, og ikke forholdstall. Årsaken til det er at vi har funnet feil i forholdstallene disse to ukene. Eksempelvis står det at Sandnes kommune i uke 29 har et lager for FFP2 og FFP3 på 0 uker. Dette er beviselig feil, ettersom Sandnes har mye FFP3 og en del FFP2.

på lager. Dessuten var 70 feltskykehussenger og diverse nattbord mv. lagret på Forum Stavanger i uegnede lokaler. Med større lager av smittevernutstyr oppstod det plassutfordringer i Arne Rittedalsgate, og nytt lagerlokale ble tatt i bruk tidlig i 2021.

I møte i operativ beredskapsgruppe i Helse og velferd 25.03. 2020 kom det fram at ikke alle ansatte visste alt om bruk av smittevernutstyr. Det har derfor vært satt inn flere ulike tiltak underveis i pandemien for å informere og lære opp personell i riktig bruk av smittevernutstyret.

4.4 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKT

Gjennomgangen viser at Stavanger kommune hadde smittevernutstyr bare for noen uker da koronapandemien var et faktum i mars 2020. Det samme gjaldt Sandnes, mens Bærum kommune hadde større lagre av smittevernutstyr enn de to andre kommunene.

Stavanger hadde ikke et lagersystem som ga oversikt over samlede beholdninger av smittevernutstyr. Ansvaret for å kjøpe inn smittevernutstyr lå til hver enkelt virksomhet, og både LEAN-prinsippet og Just-in-Time-prinsippet tilsa minst mulig på lager. Forsyningssikkerheten lå dermed i stor grad på grossistene i markedet - for Stavangers del primært hos NorEngros.

Det tok imidlertid ikke mange ukene før kommunen fikk utviklet et nytt logistikksystem, og både gjennom egne anskaffelser og statlige leveranser, ble lagrene av smittevernutstyr fylt opp. Det ble utvist stor handlekraft og kreativitet for raskt å få på plass et beredskapslager. Samarbeidet internt fungerte tilfredsstillende både mellom tjenesteområdene og mellom ulike fagstaber internt i Helse og velferd. Dugnadsånden satte sitt preg på samarbeidet. Arbeidet ble etter hvert forankret i Helse og velferd i tråd med ansvars- og nærhetsprinsippene i beredskapsarbeid.

Allerede i slutten av april var beholdningene på «grønt», og har siden vokst i størrelse. Resultatet er at kommunen besitter et lager som kan dekke forbruket i minst 8 måneder.

I 2020 var det en statlig ordning for innkjøp av smittevernutstyr, men denne ordningen har vært en begrenset suksess. Ordningen har vært preget av mangel på forutsigbarhet og kommunikasjon. Det har ikke vært noen klar sammenheng mellom det behovet kommunen meldte inn og det utstyret de fikk. Dette har gjort det vanskelig for Stavanger 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»*.⁵⁴ Etter dette utspillet har Helsedirektoratet bygd opp et nasjonalt beredskapslager av smittevernutstyr som skal kunne vare et halvt år, samtidig som kommunene fra 2021 skal ha en lagerkapasitet som varer i minimum 8 måneder.

Et spørsmål er hva kommunen bør gjøre fremover? Verken beredskapsplaner eller pandemiplanen beskriver hva slags beredskapslager kommunen skal ha av smittevernutstyr. Det forelå heller ingen regionale avtaler om deling av smittevernutstyr dersom det skulle oppstå et stort behov for smittevernutstyr i én eller noen av kommunene. I løpet av pandemien har Stavanger – i likhet med de øvrige kommunene på Nord-Jæren - bygget opp betydelige lagre av

⁵⁴ <https://www.aftenposten.no/norge/i/qLa12w/i-et-rom-her-satt-opproerte-leger-de-hadde-akkurat-faatt-vite-at-de-had>

smittevernustyr. Det samme har Helse Stavanger gjort med tanke på egen beredskap, og nasjonalt er det bygget opp et stort lager som skal kunne dekke et halvt års forbruk.

Anbefaling:

- Vår vurdering er at kommunens beredskapslager av smittevernustyr bør ses i en regional sammenheng. Konkluderes det med at kommunen skal ha et permanent beredskapslager bør dette innarbeides i Stavanger kommunes beredskapsplaner og pandemiplan.

5 KRISEORGANISERING OG -LEDELSE

5.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

Både organisatorisk og ledelsesmessig har koronakrisen utfordret etablerte strukturer og måter å håndtere kriser på. Kritiske beslutninger er blitt tatt under stort press i situasjoner med ofte mangelfull kunnskap og stort behov for koordinering mellom mange berørte instanser.

Bestanddelene i beredskapskjeden er å utvikle kunnskap, etablere en beredskapsorganisasjon, treffe beslutninger, normalisere situasjonen og lære av det man har erfart.

I dette kapitlet undersøker vi nærmere tre aspekter ved hvordan overordnet beredskapsledelse har håndtert og organisert sitt arbeide i løpet av pandemien: *Tilgang på styringsinformasjon (kunnskap), valg av strategi i håndteringen av pandemien og valg av beredskapsorganisasjon.*

Tilgangen på *styringsinformasjon* er viktig for en kunnskapsbasert situasjonsforståelse. Mye av den fortløpende krisehåndteringen fra beredskapsledelsens side har dreid seg om når og hvor hardt det skulle trykkes på den «*røde knappen*». Denne «*dansen med koronaen*», hvor øvelse etter hvert har gjort mester, har vært nødvendig for å kunne håndtere pandemien.

Strategiske linjevalg i håndteringen av koronaen kan foretas på grunnlag av kunnskap og/eller på grunnlag av prinsipper for hvordan kriser skal håndteres. I tråd med beredskapsplanen valgte Stavanger tidlig en proaktiv tilnærming til pandemien – det vil si å håndtere den gjennom å være mest mulig i forkant av smitteutviklingen.

En tredje viktig side ved håndteringen, er *hvordan beredskapsledelsen har organisert sitt arbeide*. De fire beredskapsprinsippene, ansvar, likhet, nærhet og samvirke, legger føringer på beredskapsarbeidets organisering. En megakrise som koronapandemien som varer over lang tid, kan ha gjort det mer krevende å imøtekomme alle disse prinsippene på en likeverdig måte.

Flere andre kapitler belyser den rollen som overordnet beredskapsledelse har spilt under pandemien, jf. kapitlet om kriseforberedelser tidligere i rapporten og påfølgende kapitler om krise- og ledelsesfullmakter og regionalt samarbeid (*eksternt samvirke*). Også kapitlet om krisekommunikasjon har flere koplinger til håndteringen i overordnet beredskapsledelse.

En viktig forutsetning for å kunne vurdere krisehåndteringen, er at beredskapsledelsen gjør sitt ytterste for å redusere omfanget av pandemien og spare liv. Et overordnet mål for beredskapsledelsen har hele tiden vært å ha kontroll på smitten til befolkningen er vaksinert. For å få dette til, må noen brikker være på plass i håndteringen. Disse er avledet av faglitteratur om krisehåndtering og er brukt som revisjonskriterier.⁵⁵

⁵⁵ Jf. de fire beredskapsprinsippene og faglige bidrag som Boin, A., P. 't Hart, E. Stern og B. Sundelius (2016). The politics of crisis management: Public leadership under pressure (2d ed.). Cambridge, U.K.: Cambridge University Press. Boin, A. og M. Lodge (2020). Making sense of an existential crisis: The ultimate leadership challenge. TranCrisis Blog March 26 2020. <https://blogs.lse.ac.uk/government/2020/03/26/makingsense-of-an-existential-crisis-the-ultimate-leadership-challenge/> Boin, A., M. Ekengren og M. Rhinard (2020). Hiding in Plain Sight: Conceptualizing the Creeping Crisis. Risk, Hazard & Crisis in Public Policy. Doi: 10.1002/rhs3.12193 Boin, A., P. 't

- Ledelsen har vært i stand til å se hvordan krisen har utfoldet seg og truffet nødvendige beslutninger selv om informasjons- og kunnskapsgrunnlaget har vært mangelfullt.
- Kommunens beredskapsorganisering har vært innenfor rammen av de fire grunnleggende prinsippene som stilles til beredskapsorganisering og ledelse.
- Samordning vertikalt og horisontalt har sikret effektivitet i smittevernarbeidet.

5.2 TILGANG PÅ STYRINGSINFORMASJON

Beredskapsledelsen har under hele pandemien fått situasjonsrapporter fra beredskapsstaben som grunnlag for å vurdere smittesituasjonen, fastsette risiko- og beredskapsnivå og avgjøre behovet for tiltak. Et fast punkt i situasjonsrapporten har vært statistikk om situasjonsbildet. Innholdet i situasjonsrapportene har endret seg mye under pandemien – fra da det meste var usikkert og knapt noen hadde anelser hvor det ville ende – til et stadig mer fyldig beslutningsgrunnlag.

Tilrettelegging av styringsinformasjon er avhengig av flere ledd – innsamling av tilgjengelig og relevant informasjon, analyse og bearbeiding av informasjonen, formidling av informasjon og tilbakeføring av informasjon om hvordan vedtak er fulgt opp og hvordan tiltak virker.

Stavanger kommune har gjennom de såkalte proaktive beredskapsprinsippene lagt til grunn at mangel på informasjon og kunnskap ikke må stå i veien for handling i en krisesituasjon. *Sikker-/usikkerhetsprinsippet* fastslår at usikkerhet ikke må stå i veien for mobilisering og tiltak.

Moderat overreaksjonsprinsippet skal ta høyde for usikkerhet i den forstand at det er bedre å ta litt for hardt i enn å gjøre for lite. Begge prinsippene skal forebygge fallgruvene i «*beslutningsinformasjonsfellen*», at mangel på kunnskap fører til nøling og beslutningsvegring.

Det er gjort mange grep for å samle inn og bearbeide styringsinformasjon som ledelsesstøtte:

- Etter opprettelse av tilgang til **krisestøtteverktøyet CIM** i slutten av januar 2020, var det i september 2021 loggført mer enn 2600 møtereferater, situasjonsrapporter mv. Primært har CIM fungert som loggførings- og arkivsystem, mens det synes å ha hatt mindre verdi som informasjonsdelingsverktøy. Der har opprettning av teamskanaler vært viktigere.⁵⁶
- **Plattformen Power BI** ble tidlig tatt i bruk som plattform for utvikling av styringsindikatorer og kritisk styringsinformasjon. I starten var informasjonen begrenset (antall smittede, antall sykehusinnleggelse, sykefravær, ansatte i karantene ol.). Stadig mer informasjon er lagt til på dashbordet. Fra oktober 2020 er det laget en del felles statistikk for de fire kommunene på Nord-Jæren.
- På den regionale workshopen 17. februar 2020 ble ROS-analysen for Stavanger kommune gjennomgått i lys av risikoen for pandemi og mulige konsekvenser for liv og helse og for kommunenes pandemihåndtering. Dette var et første bidrag til å danne en **regional felles situasjonsforståelse**. Senhøstes 2020, ble det opprettet et felles regionalt teamsområde for kommunene på Nord-Jæren med deling av situasjonsrapportene.

Hart og E. Lindquist (2020). Leading in a crisis: Tackling crises together and the challenges of coordination <https://www.anzsog.edu.au/resource-library/research/tackling-crisestogether-coordination-challenges>

⁵⁶ CIM er nærmere omtalt i kapitlet om krisekommunikasjon.

- 12. mars ble konsultentselskapet Proactima engasjert for å bedre kommunens kunnskapsgrunnlag for koronahåndteringen.⁵⁷ Et samarbeid ble innledet mellom Helse Stavanger, Proactima og Stavanger kommune for å **utvikle scenarier for smitteutviklingen**. Dette bidro til å sikre at kommunen i en tidlig fase kunne planlegge og forberede seg på ulike covid-19 scenarier. Proactima bidro med å gjennomføre scenariobaserte ROS-analyser våren 2020 for noen av de prioriterte virksomhetene og tjenesteområdene i Stavanger kommune.⁵⁸ Samarbeidet mellom Stavanger kommune, analysemiljøet ved SUS og Proactima har fortsatt under pandemien.
- Organisatorisk er det gjort ulike grep for å skape arenaer for innhenting og bearbeiding av informasjon. Helt i starten ble det opprettet **fem K-seksjoner** hvor K2 skulle stå for såkalt etterretning.⁵⁹ Som følge av samarbeidet med Proactima og SUS, ble det opprettet en **scenariogruppe** med representanter fra prosjektkontoret og beredskapsstaben. Utpå høsten 2020 ble det tatt nye grep med oppretting av en **analysegruppe** og en **vurderingsgruppe**.⁶⁰ Sistnevnte gruppe skulle tolke analysegruppens sammenstilling av informasjon og gi anbefalinger om oppfølging til beredskapsledelsen. Erfaringen med sistnevnte løsning, har vært positiv og ordningen ble beholdt resten av pandemien.
- **Styringsinformasjon om smittevernustyr og TISK**. Allerede i første halvdel av mars 2020, ble kommunene bedt om å rapportere på beholdningene av smittevernustyr, jf. kapitlet om smittevernustyr. Dette var et fast punkt i situasjonsrapporten til beredskapsledelsen til et godt stykke utpå høsten 2020 til dette var under kontroll. Utarbeidelse og rapportering av statistikken om TISK har Helse og velferd stått for, og rapportert denne videre til beredskapsstaben. Statistikken er utviklet over tid, og har vært et fast orienteringspunkt i situasjonsrapportene til beredskapsledelsen.
- **Monitorering av befolkningens etterlevelse av smitteverntiltakene**. Beredskapsledelsen har fått informasjon om folks etterlevelse av smitteverntiltakene, samt tilsyns- og kontrollrapporter om overholdelse av smittevernreglene i utelivsbransjen. To befolkningsundersøkelsen ble gjennomført våren 2021. Dermed har ledelsen kunnet overvåke, og til dels evaluere hvordan smitteverntiltakene er blitt fulgt opp.

Alt i alt viser denne oversikten, som ikke har ambisjon om å være fullstendig, at det er gjort mye for å utvikle et stadig bedre styringsgrunnlag som støtte til beredskapsledelsens beslutninger. På mange måter bærer det preg av å ha vært en kontinuerlig innovasjons- og utviklingsprosess.

Noen læringspunkter kan trekkes ut av de erfaringer som bl.a. er formidlet i intervjuene:

- **Å forutse dynamikken i smitteutviklingen har vært krevende**. Stavanger kommune fikk et plangrunnlag fra nasjonale myndigheter som ble omgjort til regionalt og lokalt nivå. Et anslag var at det kunne bli over 4000 smittede i Stavanger sommeren 2020. Den

⁵⁷ <https://proactima.com/2020/12/stavanger-kommunes-koronahandtering/>

⁵⁸ Eksempler er barnevernet, kommunikasjonsavdelingen, beredskapsstaben og flere helse- og omsorgstjenester. Intervjuene viser at erfaringen med de scenariobaserte ROS-analysene er delte. Noen tjenester og virksomheter har hatt stor nytte av analysene, mens andre er av den oppfatning at de bidro lite.

⁵⁹ K-seksjonene var K1: Personell, K2: Etterretning, K3: Operasjon, K 4: Administrasjon og forsyning, K 5: Kommunikasjon. Disse var en del av beredskapsorganisasjonen i starten, og ble avviklet sensommeren 2020.

⁶⁰ Begge gruppene ble opprettet som ledd i oppfølgingen av beredskapsplan 3 for håndtering av covid-19.

sommeren var det knapt smittede i Stavanger. I slutten av august samme år var vurderingen på grunnlag av det samme plangrunnlaget at det neppe ville bli noen ny smittebølge utpå høsten. Men det ble det. Usikkerheten om smitteutviklingen på lang sikt har gjort styringsinformasjon om smitteutviklingen på kort sikt viktigere.

- **Kommunens egen situasjonsforståelse versus regional situasjonsforståelse.** Internt i Stavanger kommune har det stort sett vært enighet om den situasjonsforståelsen som beredskapsledelsen har lagt til grunn for sitt arbeid: *En proaktiv og streng tilnærming*. Regionalt har det vært noe mer krevende å få gehør for denne tilnærmingen. Strategien i de tre andre kommunene på Nord-Jæren i større grad vært en slå-ned-strategi når utbrudd har oppstått eller er i ferd med å oppstå. Noen av de intervjuede har pekt på at arbeidet med styringsinformasjon burde vært regionalisert slik som arbeidet med lokal forskrift.
- **Styringsinformasjon om én krise forhindrer ikke at kriser kan oppstå andre steder.** Mye av den styringsinformasjonen som beredskapsledelsen har fått, har vært beslutningstøtte for å skalere opp, beholde, eller skalere ned smitteverntiltak. Strengt smitteverntiltak har bidratt til å beskytte eldre og risikogrupper mot sykdom og død. Samtidig kan de inngripende tiltakene ha skadevirkninger som øker med varigheten av smitteverntiltakene. Styringsinformasjon om de byrder som tiltakene påfører, er nødvendig om det skal foretas en presis avveining mellom nytte og kostnader. Ledelsen har fått informasjon om økonomiske konsekvenser av tiltakene og hva de kan bety for samfunnet, for idretten, kulturlivet, reiselivet og utelivsbransjen for å nevne noe. Men det har vært *rapportert lite informasjon om hva tiltakene har betydd for brukerne og for driften av kommunen*. Det ville gjort styringsinformasjonen mer helhetlig.⁶¹

5.3 BESLUTNINGSSITUASJON OG DILEMMAER

Under hele pandemien har beredskapsledelsen stått overfor et grunnleggende beslutningsdilemma: *Skal man velge en proaktiv og forebyggende strategi som holder smitten lav eller en mer reaktiv tilnærming som i større grad slår ned smitteutbrudd når de oppstår?*

Den første strategien er en *prinsipiell strategi* som går ut på å minimalisere skaden ut fra et «føre var-prinsipp», «better safe than sorry» eller «heller litt for mye enn litt for lite».⁶² Målet er å holde smitten lav ved forebyggende tiltak. Fordelen med forebygging er at den vil kunne opprettholde et jevnt lavt smittetrykk over tid fordi en rekke mobilitets- og kontaktreduserende tiltak brukes langsiktig og forebyggende. Den er også lett å formidle til innbyggerne og gir inntrykk av en ledelse som er i forkant av problemene. Ulempen er at den kan komme på kant med forholdsmessighetsprinsippet i smittevernloven, og kan føre til økende mistillit i befolkningen om det tas i bruk strenge og inngripende tiltak i situasjoner med lite smitte.⁶³ I noen av intervjuene, er det pekt på at smitteverntiltakenes ulemper burde vært synliggjort bedre.

⁶¹ Sårbare barn og unge har båret en stor byrde under koronapandemien. Dette undersøkes i kapittel 9.

⁶² Jf. Læg Reid, Per, (2020): Styringskapasitet og styringslegitimitet. Stat & Styling 2-2020.

⁶³ Ifølge smittevernloven § 1-5 skal smitteverntiltakene være basert på en klar medisinsk faglig begrunnelse og være forholdsmessige. I praksis betyr dette at den helsemessige gevinsten av et tiltak må være større enn byrdene. Utfordringen for beslutningstakerne under koronapandemien har vært å finne ut når det er riktig å sette inn

I Stavanger har denne strategien støtte i de proaktive prinsippene i beredskapsplanen og i proaktiv stabsmetodikk. Medisinsk-faglig har forebygging støtte som en strategi for å minimere konsekvenser for liv og helse. Forholdsmessighetsprinsippet trekker imidlertid mer i retning av en pragmatisk tilnærming: Fører forebygging til byrder for folk og samfunn som overstiger (kortsiktig) helsemessig nytte, vil de ikke lenger være i tråd med smittevernloven. Mange har vært opptatt av smitteverntiltakenes byrder, men kanskje aller mest det politiske miljøet.

En mer *pragmatisk strategi* vil å større grad basere tiltak på en blanding av argumentasjon, tilbakemelding og læring. Ledelsen følger utviklingen nøye, og prøver ut noe som kan virke. Så lærer den av erfaring, og justerer etter behov. Gjennom prøving og feiling og erfaringsbasert læring vil etter hvert trinnene sitte i det som er omtalt som «*dansen med koronaen*». Med denne strategien kan en unngå store irreversible vedtak med store uuntenderte konsekvenser. Det er en fornuftig strategi når det foreligger noe kunnskap om hvilke virkemidler som er best, og hvor kraftige de må være. Ulempen er at smitteverntiltakene kan komme for sent og blir reaktive all den tid det har vist seg umulig å redusere all usikkerhet rundt virusets oppførsel og utvikling.

Mange av de vedtakene den overordnede beredskapsledelsen gjorde i februar og i mars 2020, ble gjort i en situasjon med svært begrenset tilgang på styringsinformasjon. Det var et spørsmål om å handle raskt eller å vente å se. Det at beredskapsledelsen kjapt valgte et *modus operandi* i tråd med de proaktive beredskapsprinsippene, uten å vente på mer sikker kunnskap, medvirket trolig sterkt til at Stavanger så raskt fikk slått ned den første smittebølgen i mars/april.

Strategisk innebar denne tilnærmingen et prinsipielt linjevalg for Stavangers del: *At kommunen skulle være raskt ute med smitteverntiltak, ta litt ekstra i, og være forsiktig i forbindelse med gjenåpning og lettelse i tiltakene.* Denne linjen har vært tilstrebet under hele pandemien.

Etter hvert har den proaktive strategien blitt supplert med et større innslag av pragmatisme. Gjennom erfaring har det blitt lettere å lese og forutsi smitteutviklingen. Risikofaktorene har blitt bedre kjent, og det er bygget opp kunnskap om hvilke «tiltaks pakker» som trengs for å slå ned og kontrollere smitteutviklingen og når tiltakene med minst mulig risiko kan trappes ned.⁶⁴

Selv om Stavanger etter hvert har utviklet en mer sammensatt strategi over tid, kan de to prinsipielt forskjellige tilnærmingene komme i konflikt. Et eksempel er opphevelsen av den lokale forskriften 16. desember 2020. Beredskapsledelsen anbefalte videreføring av forskriften gjennom jule- og nyttårshelgen fordi risikoen for økt smittespredning var stor. Økt mobilitet og mer kontakt tilsa mer smitte. Smittetallene var imidlertid rett før jul på rask vei ned, og forholdsmessighetsprinsippet kunne tolkes dithen at smitteverntiltakene snarere burde lettes før jul – ikke videreføres i sin strenge form. Ordførerne på Nord-Jæren valgte da å oppheve den daværende lokale forskriften, noe som virket logisk ut fra at det var relativt lite smitte i regionen på dette tidspunktet. Byrden med å forlenge forskriften ble vurdert som større enn gevinsten. En drøy uke senere fikk vi det som skulle bli det største smitteutbruddet i regionen. I romjulen ble det satt inn nye tiltak og like over nyttår gikk skolene over på rødt nivå.

smitteverntiltak, og hvor inngripende disse skal være: Når overstiger tiltakenes helsemessige gevinster ulempe for befolkningen påføres? Dette dilemmaet har kommet til tydelig uttrykk i møtene i beredskapsledelsen.

⁶⁴ FHI ble lenge kritisert for å ikke å komme opp med mer presis kunnskap om hva som virket effektivt og hvilke tiltak som var mindre effektive.

For mange kom denne utviklingen som er stor overraskelse, og det ble på ny en del «armer og bein» i julen for å få på plass nye og forholdsmessige smitteverntiltak.⁶⁵

Saken er illustrerende for hvor krevende det ofte har vært for beredskapsledelsen å finne riktig tidspunkt for å trykke på den «røde» knappen. Nesten hvert eneste møte i beredskapsledelsen har dvelt rundt spørsmål som: *Er tiltaksnivået riktig i forhold til smittesituasjonen og risiko for ny smittespredning? Bør det iverksettes strengere tiltak? Kan vi lette på tiltakene?*

For å kunne svare på spørsmålene har ledelsen fått smittevernoverlegens medisinsk-faglige risikovurdering basert på smitteutviklingen og beredskapssjefens beredskapsfaglige anbefaling om beredskapsnivå. Forholdsmessighetsprinsippet har stått sentralt i smittevernoverlegens vurderinger, mens de proaktive prinsippene har stått sentralt i beredskapssjefens vurderinger. Politiske synspunkter er ytret av ordfører og/ eller varaordfører. Kommunedirektørens oppgave som møteleder har vært å trekke konklusjoner basert på innspillene i møtene.

Intervjumaterialet er ikke helt entydig om dette samspillet har sikret forholdsmessige og balanserte avveininger. Noen mener at denne tilnærmingen har dratt håndteringen i en for streng retning, der ulempene med smitteverntiltakene ikke er blitt vektlagt nok. Andre igjen mener at samarbeidet mellom fagekspertise, administrativ ledelse og politikk i beredskapsledelsen har vært selve nøkkelen til balanserte avveininger og beslutninger. Det er imidlertid verdt å notere seg at få stemmer i intervjumaterialet har ytret ønske om en strengere linje fra Stavangers side.

Befolkningens vurdering

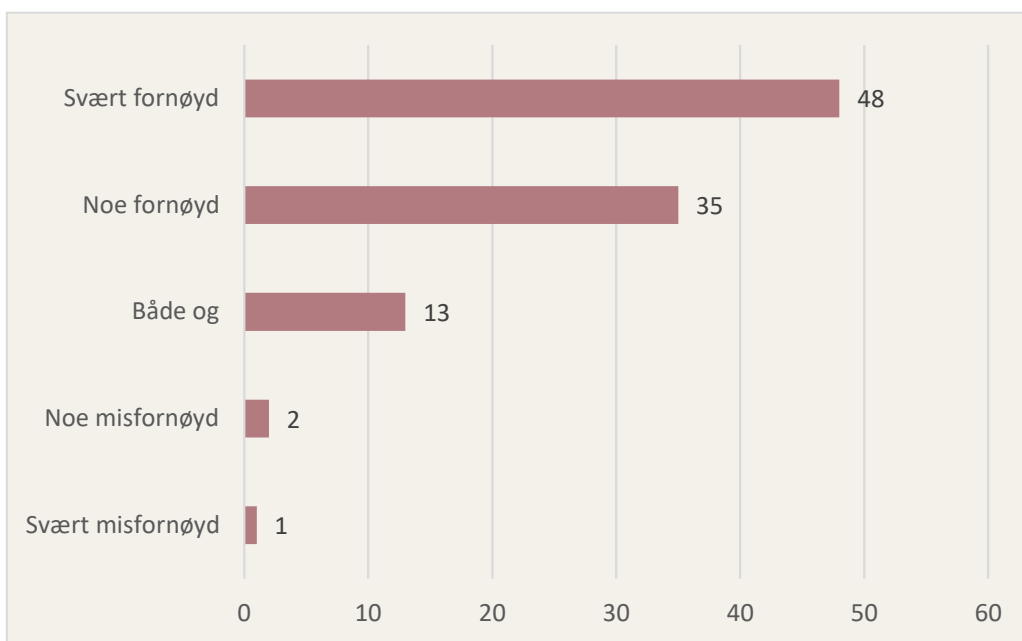
Vellykket krisehåndtering innebærer at beredskapsledelsen gjør så mye som folk forventer av den i en ekstraordinær situasjon og får ros for det. Det betyr ikke nødvendigvis at alt er gjort perfekt, men at det samlet sett blir gjort mer riktig enn feil slik folket bedømmer det. Det dreier seg om å følge relevante metoder for krisehåndtering, å fatte vedtak som ivaretar liv og helse og som minimaliserer byrdene på samfunn og kommunens brukere og ivaretar det politiske omdømmet.

En forutsetning for at folk skal kunne gjøre seg opp en mening om krisehåndteringen, er at informasjon er tilgjengelig. Som vist i kapitlet om krisekommunikasjon senere i rapporten, har det vært tett kopling mellom overordnet beredskapsledelse og kommunikasjonsavdelingen. Det har sikret raske avklaringer i forhold til hvilket budskap som skulle formidles i pressemeldinger, i intervjuer, på nettsider og/eller i sosiale medier. Også hvem som skulle formidle på vegne av kommunen, har raskt blitt avklart. Ordføreren har stått i en særstilling, men også andre i kommunen som kommunedirektøren, smittevernoverlege, direktør Helse og velferd og beredskapssjef har uttalt seg på vegne av kommunen. Spekteret av talspersoner har vært bredere enn i Sandnes, der ordfører og kommuneoverlege har vært de som oftest har uttalt seg i mediene.

Over tid, har denne kommunikasjonen gitt innbyggerne en mulighet til å bygge seg opp et inntrykk av hvordan koronapandemien er blitt håndtert av kommunens ledelse. De to befolkningsundersøkelsene blant kommunens innbyggere tyder på at folk har fått et positivt inntrykk, jf. figuren nedenfor som viser resultatene fra den første undersøkelsen.

⁶⁵ Arbeidet med lokal forskrift er for øvrig nærmere undersøkt i kapitlet om regionalt samarbeid.

Figur 9. Hvor fornøyd er du som innbygger med måten Stavanger kommune håndterer koronasituasjonen? (befolkningsundersøkelsen i februar 2021).



I hovedsak er innbyggerne i Stavanger fornøyd med måten Stavanger kommune har håndtert koronasituasjonen. At 83 % av de spurte er svært eller noe fornøyd med håndteringen må karakteriseres som høyt - også sammenlignet med andre kommuner.⁶⁶ Som vi skal se i kapitlet om krisekommunikasjon, er innbyggerne også godt fornøyd med informasjonen de har fått. Befolkningsundersøkelsen i mai 2021 viste et enda litt bedre resultat, men mest av alt at innbyggernes tilfredshet med kommunens håndtering har holdt seg over tid.

I en krise som koronapandemien, er det viktig å formulere et felles og fornuftig budskap. Ledere som ikke kommuniserer på en overbevisende måte, vil fort få problemer. Dårlig krisekommunikasjon kan være temmelig skadelig og føre til en vond sirkel av ville rykter og økende mistillit til ledelsen i befolkningen. Å formidle et troverdig og korrekt bilde av hva som faktisk foregår, er derfor svært viktig. Det kan se ut til at beredskapsledelsen langt på veg har klart å leve opp til disse kravene. Både de politiske lederne, den administrative ledelsen og den faglige ekspertisen, har vært i stand til å formulere og formidle en samlet og meningsfull forståelse av hva som skjer og hva som er blitt gjort for å redusere konsekvensene av krisen. På den måten ser meningsdanningen og kommunikasjonen ut til å ha styrket tilliten til kommunen.

5.4 OVERORDNET BEREDSKAPSORGANISERING

I denne delen ser vi nærmere på den overordnede beredskapsorganiseringen. Den er viktig for å implementere beredskapsledelsens beslutninger og for samordning horisontalt og vertikalt. Som vi så i innledningen, skal organiseringen ivareta prinsippene om ansvar, likhet, nærhet og samvirke.

⁶⁶ Det gjelder kommunene Sarpsborg, Asker og Nordre Follo som har gjennomført samme undersøkelse fra SENTIO. Se forøvrig lenke <https://opinion.no/2021/03/tilliten-til-myndighetene-faller/>

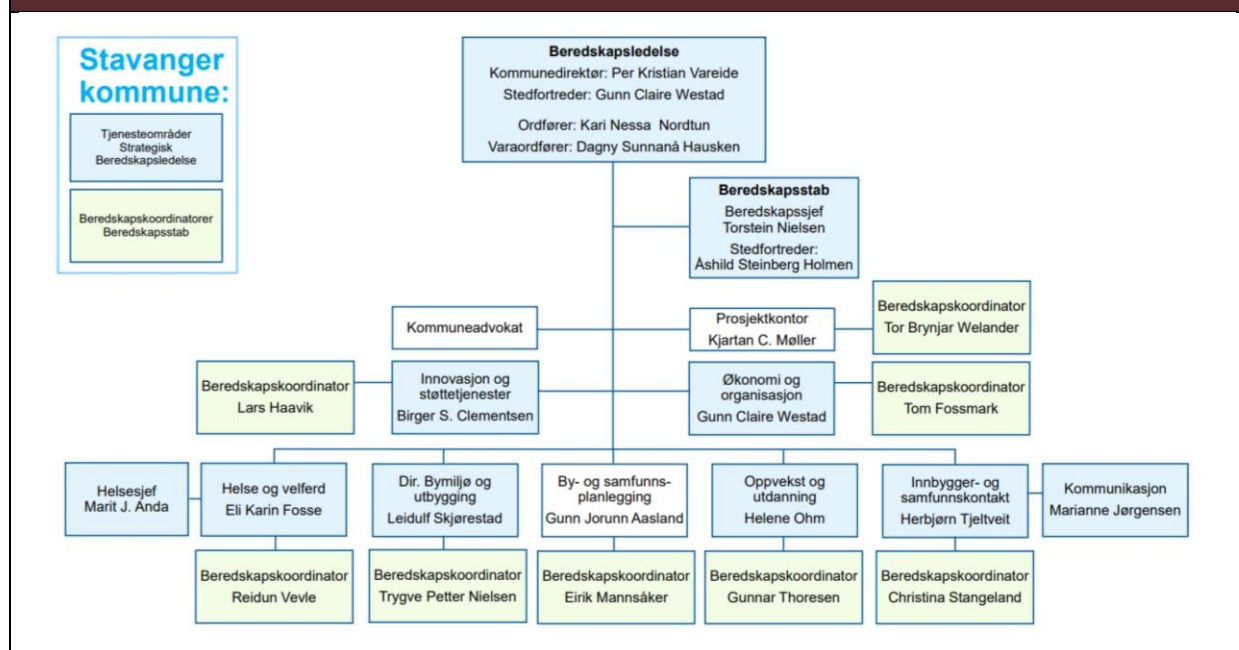
I Stavangers beredskapsplan opereres det med tre organisatoriske nivåer i beredskapsarbeidet: Beredskapsledelse (*strategisk nivå*), beredskapsstaben (*operasjonelt nivå* med beredskapssjefen) og tjenesteområdene (*taktisk nivå*). Fordelingen av beslutningsfullmakter på disse nivåene avgjør hvor hovedtyngden av krisehåndteringen foregår: Sentralisert der ledelse og beredskapsstab spiller hovedrollen. Eller desentralisert, der den ordinære drifts- og linjeorganisasjonen spiller en hovedrolle. Det må være tydelig for alle når man går fra krisehåndtering i linjeledelsen til beredskapsledelse gjennom sentral beredskapsstab, og like klart må det være når man går tilbake til linjeledelsen. På den bakgrunn kan det tenkes to prinsipielle modeller for krisehåndtering:

- 1) *En sentralisert modell – der krisehåndteringen i hovedsak er lagt til strategisk beredskapsledelse og sentral beredskapsstab (operasjonelt nivå)*
- 2) *En desentralisert modell - der krisehåndteringen i hovedsak er lagt til tjenesteområdene (taktisk nivå)*

Den praktiske verden vil i de fleste tilfeller ligge et sted mellom disse to ytterpunktene. Det er et spørsmål om å finne riktig balansepunkt mellom beredskapsledelse/-stab og linjeorganisasjonen. Det er også et spørsmål om å etablere ryddige styringslinjer og ansvarsforhold.

Stavangers beredskapsorganisering så våren 2020 ut som følger:

Figur 10. Stavanger kommunes beredskapsorganisering slik den så ut våren 2020.



Beredskapsledelsen under pandemien har bestått av ordfører, varaordfører, kommunedirektør, alle kommunaldirektørene unntatt direktør for By- og samfunnsplanlegging, helsesjef, beredskapssjef og kommunikasjonssjef. Ulike rådgivere har deltatt etter behov og/eller som stedfortredere ved fravær for noen av de faste medlemmene i beredskapsledelsen. Helsesjefen har i hovedsak vært representert ved smittevernoverlegen. I starten av pandemien var det konstitueringer i både helsesjefstillingen og smittevernoverlegestillingen. Etter hvert har en og samme person overtatt både stillingen som helsesjef og smittevernoverlege.

Sammensetningen av beredskapsledelsen har vært utvidet som følge av pandemien.⁶⁷ Det gjelder varaordførere, tre kommunaldirektører, prosjektkontorets direktør og helsesjef. Avhengig av deltakelse fra rådgiversjiktet, har pluss/minus 15 deltatt i møtene eller vært observatører.

Prosjektkontorets direktør har deltatt i beredskapsledelsen fra starten og helt fram til våren/sommeren 2021. Prosjektkontoret har bl.a. vært engasjert i arbeidet med analyser, vurderinger og forskriftsarbeid. Rollen til prosjektkontoret har blitt formet etter behov i løpet av pandemien, og er ikke beskrevet i overordnet beredskapsplan. I intervjuene er mobiliseringen av prosjektkontoret trukket fram som en viktig ressurs og kapasitet i krisehåndteringen.

Hovedelementene i beredskapsorganisasjonen har vært beredskapssjef, beredskapsrådgivere i stab og beredskapskoordinatorene i tjenesteområdene og i stab/støttetjenestene.

Fra våren 2020 til våren 2021 har det vært en del personellendringer i ulike stillinger.⁶⁸

Møtehyppigheten i beredskapsledelsen har variert med smittesituasjonen og statlige påbud, forbud og anbefalinger om smitteverntiltak. Særlig i forbindelse med (mulige) overganger (oppskalering, nedskalering av tiltak) har det gjerne vært hyppige møter.

Agendaen til møtene har overordnet hatt en relativt fast struktur gjennom hele pandemien: Informasjon om smittesituasjonen/ situasjonsrapport, fastsettelse av risikonivå, fokusområder og beredskapsnivå, behandling av innmeldte saker, orienteringssaker og saker til eventuelt. Beredskapsledelsen har vært et vedtaksorgan, ikke en arena for lange diskusjoner. Avklaringer har dermed ofte skjedd i forkant i forbindelse med forberedelser av sakene.

Den strategiske beredskapsledelsen har vært involvert i og truffet en rekke beslutninger med sikte på akutt krisehåndtering og kriseforebygging. Beslutningene inkluderer:

- *Fastsettelse av innhold i lokal smittevernforordning og tidspunkt for når den skulle gjøres gjeldende eller når den helt eller delvis skulle oppheves.*
- *Etablering av midlertidig økte kapasiteter til håndtering av luftveispasienter som luftveislegevakt/ teststasjoner, luftveislegekontor, ekstra midlertidig koronasykehjem og avtaler om hotellkapasitet til isolering og karantene.*
- *Tilpasninger av tjenestetilbudet i de fleste tjenesteområdene og foretakene til nasjonale smittevernsforordninger, eksempelvis nedstenging/ gjenåpning av helsetilbud og skoletilbud, og stenging/ gjenåpning av kommunale idrettsanlegg, haller og svømmeanlegg mv.*
- *Fastsettelse av smitteverntiltak for ansatte internt i Stavanger kommune.*
- *Midlertidige omdisponeringer av personell til krisehåndteringsoppgaver og tjenestekjøp beredskapskompetanse, jf. kommunedirektørens utvidede styringsrett.*
- *Økt innkjøp av smittevernmateriell utenfor ordinære budsjetter.*

⁶⁷ Beredskapsplanen sier at følgende skal inngå i ledelsen: Kommunedirektør, Ordfører, Direktør for Bymiljø og utbygging, Helse og velferd, samt Innbygger- og samfunnskontakt, Beredskapssjef og Kommunikasjonssjef.

⁶⁸ Prosjektkontorets direktør Kjartan C. Møller har blitt direktør for Økonomi og organisasjon, mens Gunn Claire Westad har blitt ass. kommunedirektør. Beredskapsrådgiver Ida Elise Lundon har gått inn som stedfortreder for beredskapssjefen, og har fra høsten 2020 vært leder for kommunens analysegruppe. Rune M. Knutsen har blitt beredskapskoordinator i Oppvekst og utdanning, mens Unn Helgesen Line har blitt koordinator i Innbygger- og samfunnskontakt. Ny helsesjef er Runar Johannessen som også er en av smittevernoverlegene. Han og Ruth I. Midtgarden delte lenge på stillingen som smittevernoverlege.

- *Innkjøp av materiell for etablering av feltskyehus dersom behovet skulle oppstå.*
- *Styrket kommunikasjonskapasitet inkludert både omdisponerte personalressurser i kommunikasjonsavdelingen og egne innbyggertelefoner for koronas spørsmål.*
- *Etablering av beredskapskjøkken på Forum for sikre kapasitet ved smitte på kjøkkener.*
- *Etablering av isolasjonsleiligheter for ROP-brukere.*
- *Etablering av ordninger for tilsyn og kontroll med utelivsbransje, skjenking og folks generelle etterlevelse av smittevernreglene.*
- *Fastsettelse av øvelser, krav til beredskapsplanlegging, kontinuitetsplanlegging mv.*
- *Stans i innkrevningen av egenbetaling for ulike tjenester og leie for kommunale lokaler.*
- *Vedtak om planlegging og rigging av massevaksinasjonssenter i Forum Expo.*

Lista kunne vært gjort mye lengre, men den gir et inntrykk av mangfoldet av saker som er behandlet av beredskapsledelsen. Dessuten har beredskapsledelsen drøftet saker av betydning for eksternt samvirke, som kontakt med helseforetak, fylkeskommune, statsforvalter, nabokommunene på Nord-Jæren og samarbeid i storbynettverket. En av de intervjuede mente at beredskapsledelsen har fungert som et nav i et omfattende eksternt samvirke.

Krisehåndtering i stab eller linje?

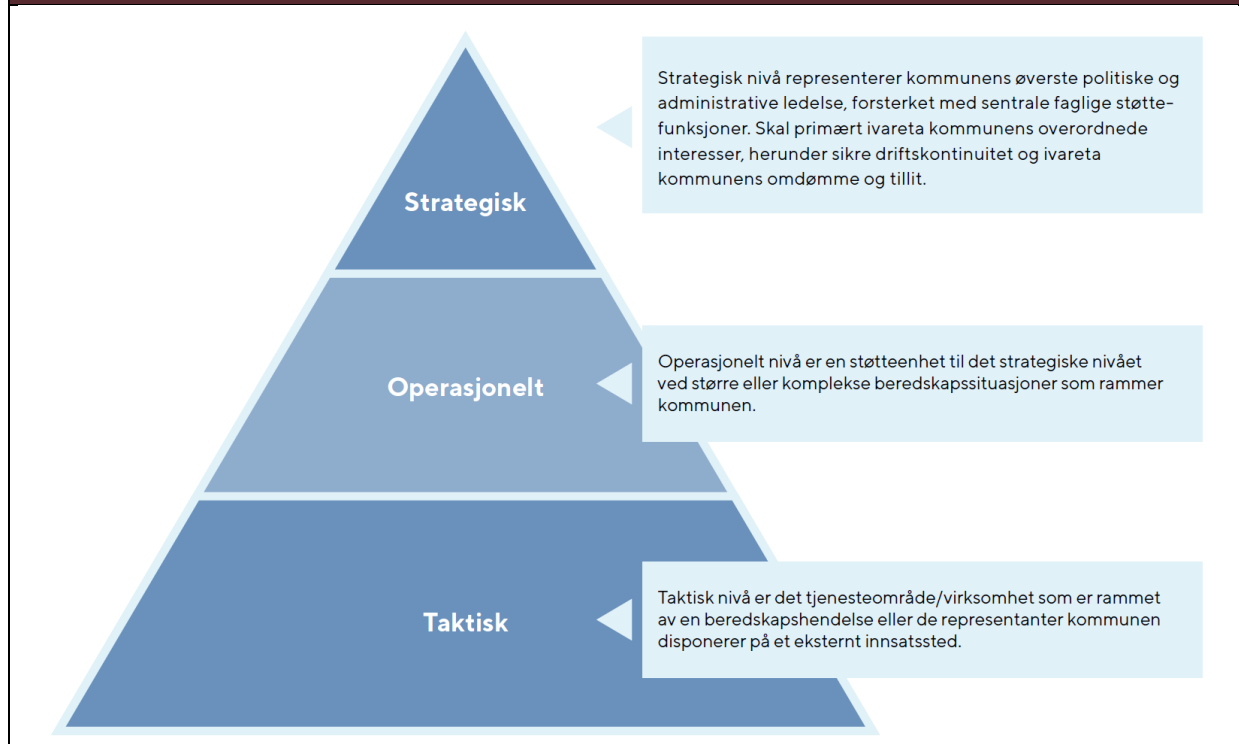
Underveis i pandemihåndteringen er det foretatt flere justeringer i beredskapsorganiseringen. En diskusjon det første drøye halvåret av pandemien, var hvordan oppgavefordelingen skulle være mellom den sentrale beredskapsstaben på den ene siden og tjenesteområdene på den andre.

Både ansvars- og nærhetsprinsippet peker i retning av at mest mulig av krisehåndteringen bør skje nedover i organisasjonen - i linjen – hvor hver sektor eller tjenesteområde tar sitt beredskapsansvar. Utfordringen med en slik løsning kan være svak tverrsektoriell samordning. Pandemihåndteringen har stilt store krav til tverrsektoriell samordning og samarbeidsløsninger.

Beredskap er per definisjon et tverrsektorielt fagområde, og det er en stabsoppgave å påse at kriser håndteres samordnet på tvers av ulike tjenester og sektorer. Beredskapsstaben har dermed en nøkkelrolle i forhold til å tilrettelegge for *internt samvirke* på tvers i kommuneorganisasjonen. Hvor aktiv staben skal være i sin samordning og styring av tjenesteområdene, er et spørsmål om nivået på beredskapskompetansen og hvor aktivt tjenesteområdene koordinerer seg imellom. Er beredskapshensynet og beredskapskompetansen godt integrert i tjenesteområdene, kan staben innta en mer tilbaketrukket rolle (kompetansepartner/rådgiver). Er beredskapshensynet svakt integrert i tjenesteområdene, og de tar lite ansvar for samordning seg imellom, ligger det i kortene at beredskapsstaben må ta en mer aktiv styrings- og samordningsrolle.

Beredskapsplanen til Stavanger beskriver forholdet mellom strategisk beredskapsledelse, beredskapsstaben og tjenesteområdene som en hierarkisk struktur i krisesituasjoner, jf. figur.

Figur 11. Beredskapsplanens beskrivelse av beredskapsorganisasjonen i Stavanger.



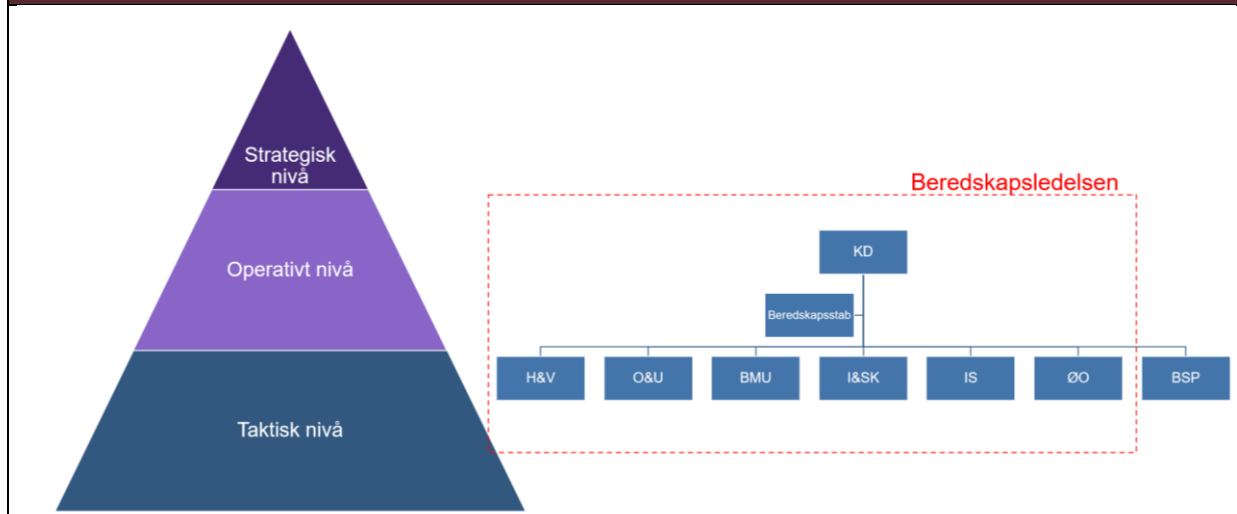
Denne modellen ble lagt til grunn helt i starten av pandemihåndteringen. Det ble også opprettet fem beredskapsgrupper som skulle bistå beredskapsstaben og -ledelsen: K1: Personell, K2: Etterretning, K3: Operasjon, K 4: Administrasjon og forsyning, K 5: Kommunikasjon.

Intervjuene viser at dette raskt ble en omdiskutert løsning. Noen har pekt på at kommandostrukturen og k-gruppene fungerte effektivt den første tiden, men at det nokså raskt oppstod et behov for å flytte mer av krisehåndteringen ut i tjenesteområdene. Andre igjen fremholder at beredskapsstaben i for stor grad tok en instruerende rolle, og at k-gruppene bidro til uklare styrings- og ansvarslinjer. Atter andre har vektlagt at kommandomodellen nok fungerer godt i kortvarige kriser hvor ting må skje raskt på kort tid, men at den ikke duger like godt i langvarige kriser. Fordelen med den sentraliserte modellen, som enkelte har pekt på, er at desto mer en krise håndteres sentralt av beredskapsledelse og beredskapsstab, desto mer kan den ordinære driftsorganisasjonen ute i tjenesteområdene skjermes.

Allerede i april 2020 valgte kommunedirektøren å gjøre justeringer i beredskapsorganiseringen, der beredskapsstaben fikk en mer uttrykt tilretteleggende, anbefalende og oppfølgende rolle, jf. figur. I dette lå at beredskapsstaben skulle...

- Dokumentere
- Støtte (bidra til proaktiv ledelse)
- Utrede og analysere (f.eks. scenarier)
- Samle informasjon for å kunne lage samlet situasjonsbilde
- Følge opp og kontrollere (avsjekk)
- Rapportere (og alle enheter rapporterer også til stab)
- Koordinere og samordne (unngå mange samtidige parallelle bestillinger og aktiviteter)

Figur 12. Beredskapsorganisasjonen i Stavanger etter justeringer i april 2020.



I august/september 2020 ble det gjennomført og behandlet en underveisevaluering av hvordan beredskapsledelsen og beredskapsstaben hadde fungert etter justeringene et snaut halvår tidligere.

Tilbakemeldingene pekte samlet på at beredskapsarbeidet hadde fungert svært godt. Tydelig og effektiv ledelse, god møtestruktur og riktig ressursmobilisering gikk igjen som viktige stikkord.

Mange av forbedringsinnspillene pekte fortsatt på utfordringer ved å ha to parallelle styringslinjer. Tydeliggjøring av beredskapsorganisasjonens rolle og oppgaver ble etterspurt. Det ble pekt på behov for å tydeliggjøre forholdet mellom beredskapsorganisasjon og linjene.

Resultatet ble at den forsterkede beredskapsorganisasjonen med K-seksjoner ble avviklet. I stedet ble det lagt opp til en fleksibel beredskapsorganisering der opp-/nedskalering av ekstra kapasitet i beredskapsstaben i større grad skulle følge smitteutviklingen og intensiteten i krisehåndteringen.

I løpet av høsten 2020 ble det gjort nye organisatoriske grep. En analysegruppe ble som nevnt opprettet, sammen med en intern vurderingsgruppe. Arbeidet med lokal forskrift førte til etablering av en forskriftgruppe, etter hvert også med deltakelse fra nabokommunene på Nord-Jæren. En regional tolkegruppe ble opprettet for å gi likelydende tolkninger av forskriften.

En ny underveisevaluering ble gjort av beredskapsorganisasjonen i desember 2020. Det ble konkludert med at analyse- og vurderingsarbeidet hadde blitt styrket, og at samarbeidet vertikalt og horisontalt fungerte relativt godt. Beredskapsstabens deltakelse i beredskapsmøtene i Helse og velferd ble trukket fram som et grep som hadde bedret informasjonsflyten mellom disse enhetene.

5.5 BEREDSKAPSORGANISERING I TO TJENESTEOMRÅDER

Vi har i det følgende sett nærmere på beredskapsorganiseringen i to av tjenesteområdene: **Helse og velferd** og **Oppvekst og utdanning**. I begge tjenesteområder, ble det tidlig i pandemien etablert en egen beredskapsledelse og operative beredskapsgrupper. Foruten et innblikk i hvordan beredskapsarbeidet har vært organisert internt i disse tjenesteområdene, gir delkapitlet også en oversikt over hvordan samordningen har fungert mellom ulike tjenesteområder.

Beredskapsorganiseringen i Helse og velferd

Hovedelementene i Helse og velferds beredskapsorganisasjon har vært tjenesteområdets beredskapsledelse med arbeidsutvalg, en operativ beredskapsgruppe og ulike arbeidsgrupper, teams og midlertidige virksomheter opprettet etter behov. I intervjuene er det vist til at denne beredskapsorganiseringen har sikret både kontinuitet og fleksibilitet.

Det er lagt ned en enorm arbeidsinnsats i stab Helse og velferd for å håndtere koronapandemien. Anslagsvis 50 % av stabsressursene ble i 2020 brukt til koronarelaterte oppgaver. I tillegg kommer den ekstrainsatsen som er blitt lagt ned av ledelse og ansatte i virksomhetene.

Helse og velferd satte krisestab allerede 3. februar 2020. Kontinuitetsplanlegging ble iverksatt, og noen dager tidligere var oppdatert smittevernplan og pandemiplan sendt statsforvalteren.⁶⁹ Andre mars fikk Stavanger sitt første smittetilfelle, og dagen etter, 3. mars, opprettet Helse og velferd en operativ beredskapsgruppe som skulle tilrettelegge og følge opp vedtak i Helse og velferds beredskapsledelse.⁷⁰ Operativ beredskapsgruppe skulle på oppdrag fra beredskapsledelsen planlegge, iverksette og koordinere ekstraordinære tiltak for å håndtere koronapandemien.⁷¹

Den operative beredskapsgruppen var en organisatorisk nyvinning. Den er ikke omtalt verken i smittevernplanen, pandemiplanen⁷² eller i helseberedskapsplanen; *Plan for helsemessig og sosial beredskap*. Beredskapsplanen skal være et operativt verktøy i Helse og velferd sin kriseledelse, i tillegg til Oppvekst og utdanning sin kriseledelse, men har ingen beskrivelse av beredskapsorganiseringen utover kommunens overordnede beredskapsledelse. Planen bygger på de nasjonale beredskapsprinsippene; nærhet, likhet, ansvar og samvirke, og baserer seg på at «Når en større uønsket hendelse rammer kommunen, må de ulike avdelingene i Helse og velferd være forberedt på å ha en viktig rolle i håndteringen av hendelsen/krisen sammen.»

Med koronapandemien ble det besluttet å etablere en parallell beredskapsorganisasjon ved siden av den ordinære linjeorganisasjonen. Flere fordeler med denne organiseringen er trukket fram i intervjuene og i Helse og velferds egne underveisevalueringer 18. juni og 10. desember 2020:

- Skapt tydelighet internt mht. ansvar og arenaer for håndtering av pandemien.
- Bidratt til å skjerme den ordinære linjeorganisasjonen.

⁶⁹ I februar 2020, før det braket løs for alvor, ble det videre holdt informasjonsmøter med virksomhetslederne, det ble gjennomført informasjonskampanje vedrørende hygiene og smitteverntiltak, bestilt inn ekstra medisiner og smittevernutstyr og en første runde med besøksrestriksjoner på sykehjem ble gjennomført.

⁷⁰ Beredskapsledelsen ble i starten satt sammen av direktør Helse og velferd, kommunalsjef Helse og omsorg, kommunalsjef Velferd og sosiale tjenester, helsesjef, smittevernoverlege, kommunikasjonsrådgiver, legevaktsjef og beredskapskoordinator i Helse og velferd. Tidlig ble den supplert med avdelingssjef e-helse og tidligere ass. rådmann og direktør oppvekst og levekår, Per Haarr, denne gang innleid som konsulent.

⁷¹ Operativ beredskapsgruppe har vært tverrfaglig sammensatt og bestod høsten 2020 av rådgivere fra fagstab Helse og velferd, leder av koronasenteret, beredskapskoordinator, beredskapsrådgiver, smittevernrådgiver, legevaktslege og kommunikasjonsrådgiver. Andre har vært valgfrie. Sammensetningen er justert ved flere høve.

⁷² Pandemiplanen omtaler en kommunal smitteverngruppe bestående av beredskapssjef, helsesjef, smittevernoverlege, legevaktsjef, kommunikasjonsjef, samt en rådgiver fra beredskapsavdelingen som innehar sekretærfunksjon. Gruppen suppleres ved behov med representanter fra andre avdelinger. Den inneholder også en omtale av regional smitteverngruppe og opprettelse av luftveislegekontor ved Mariero legesenter. Det gis også en omtale av Stavanger legevakt og behovet for økt telefonkapasitet ved influensapandemi, samt hvordan testing og smittede skal håndteres.

- Sikret tverrfaglighet og samhandling mellom ulike fag og avdelinger i Helse og velferd.
- Gjort det lettere for andre tjenesteområder å samhandle med Helse og velferd.
- Betydd korte beslutningsveier mellom ledelse og operativ beredskapsgruppe.
- Virksomhetene har visst hvem de ansvarlige har vært på stabs- og direktørnivå.
- Fleksibel bruk av arbeidsgrupper, team og midlertidige virksomheter har sikret god kopling mellom organisasjonsløsninger og behov for oppgaveløsning.

Innleid organisasjonskonsulent har gitt ekstra kapasitet og handlekraft i kriseledelsen. Stor bredde i sammensetningen av beredskapsledelse og -gruppe har sikret mange informasjonsbærere.

Dessuten har et felles teamsområde for korona i Helse og velferd vært viktig for effektiv informasjonsdeling, særlig fordi mange har hatt hjemmekontor. Loggføring i krisestøtteverktøyet CIM var i starten litt tilfeldig, men fant en rutine etter hvert. Utfordringen med CIM har vært det store antallet loggføringer som har redusert dets verdi som støtte- og delingsverktøy.

Prinsipielt kan organisering av beredskapsarbeidet ved siden av driftsorganisasjonen bety et brudd med likhetsprinsippet, jf. de fire grunnleggende prinsippene for beredskapsarbeid. Det kan oppstå to beslutningslinjer – en driftslinje og en beredskapslinje – som kan komplisere styringen nedover og kommunikasjonen oppover. Intervjuene viser at overlapp mellom den ordinære linjeledelsen og beredskapsledelsen har sikret god koordinering. Det ble også avklart på et tidspunkt hvilke formelle ledelsesfullmakter leder av operativ beredskapsgruppe hadde.

Samhandling overordnet beredskapsledelse og beredskapsledelsen i Helse og velferd.

Direktør Helse og velferd og smittevernoverlege har vært representert i den overordnede beredskapsledelsen.⁷³ Helse og velferd har meldt inn saker av mer overordnet karakter hvor avklaring i strategisk beredskapsledelse har vært nødvendig. Fra utpå høsten 2020 har TISK vært et fast punkt på agendaen til beredskapsledelsen, og smittevernoverlegen har kommentert smittesituasjonen og gitt medisinsk-faglige innspill i enkeltsaker. Sett i forhold til det store antallet saker som er håndtert i beredskapsledelsen i Helse og velferd, blant annet vist i en omfattende tiltaksmatrise, er det relativt få, og som oftest mer strategiske saker med økonomiske konsekvenser som er meldt inn til overordnet beredskapsledelse.

Samhandling sentral beredskapsstab og beredskapsledelsen i Helse og velferd.

Samhandlingen mellom sentral beredskapsstab og beredskapsorganisasjonen i Helse og velferd har tidvis vært krevende, men har bedret seg over tid. I starten av pandemien hadde friksjonene sammenheng med beredskapsstabens fullmakter som operativt linjeledd mellom overordnet beredskapsledelse (strategisk nivå) og tjenesteområdene (taktisk nivå).⁷⁴ Det kompliserte styringslinjene, og noen mente at beredskapsstaben i for stor grad beveget seg inn på banehalvdelen til Helse og velferd. Kommunedirektørens justering av beredskapsorganisasjonen i april 2020, med tydeliggjøring av beredskapsstabens rolle som stabsledd, og opphør av K-

⁷³ Smittevernoverlegen ble i februar 2021 konstituert som helsesjef, og samler dermed disse funksjonene.

⁷⁴ En kommandostruktur mellom strategisk nivå, operativt nivå (beredskapsstaben) og taktisk nivå er den beredskapsorganisasjonen som ligger til grunn i Stavangers beredskapsplan, administrativ del. <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/beredskap/overordnet-beredskapsplan---administrativ-del.pdf>. Beredskapsstaben var helt i starten representert både i Helse og velferds beredskapsledelse og i operativ beredskapsgruppe. Siden har de vært representert i operativ beredskapsgruppe.

gruppestrukturen i august, har sammen med en tydeliggjøring av roller, bidratt til å bedre samhandlingen mellom beredskapsorganisasjonen i Helse og velferd og sentral beredskapsstab.

Samhandling mellom beredskapsorganisasjonen i Helse og velferd og virksomhetene.

Virksomhetene i Helse og velferd har stått for mye av det praktiske smittevernarbeidet. Egne beredskapsplaner, kontinuitetsplaner og ansvarlige for smittevern/beredskap har lagt grunnlaget for dette sammen med de instruksjer og informasjon de har fått fra beredskapsledelsen i Helse og velferd. Intervjuer og internevalueringer viser at samhandlingen i hovedsak har fungert tilfredsstillende, men også at den har vært krevende til tider. Informasjonsmengden har vært utfordrende. Det samme har graden av detaljnivå i styringen vært. Har styringen vært for overordnet har den i noen saker resultert i ulik praksis i virksomhetene. I andre sammenhenger kan styringen ha vært for detaljert. Balanseforholdet mellom styring og frihet for virksomhetene har dermed variert noe fra sak til sak.

Konsekvenser for brukere og pårørende. For mottakerne av helse- og velferdstjenester, og de pårørende, har pandemien i perioder ført til redusert tilgang til tjenestene.⁷⁵ I midten av mars 2020 stengte mange av tjenestene helt eller delvis og en del ansatte ble omdisponert til andre oppgaver. Ved utgangen av 2020 var tilbudet fremdeles redusert for brukere av ulike dag- og aktivitetstilbud, og sykehjemmene hadde besøksrestriksjoner.

De langvarige begrensingene i tjenestetilbudet kan ha konsekvenser for brukere og pårørende det er viktig å ha informasjon om. Isolasjon og mindre aktivitet kan ha langsiktige negative folkehelsekonsekvenser. Dette er informasjon som er viktig i en vurdering av tiltaksbyrde sett i forhold til smitteverntiltakenes betydning for å berge liv og unngå alvorlig sykdom. Så langt finnes en del kvalitative data om smitteverntiltakenes byrde for brukere og pårørende, eksempelvis i form av økt sosial isolasjon, mindre aktivisering og lavere trivsel.

Noen læringspunkter – Helse og velferd

Helse og velferd er det tjenesteområdet som har vært mest berørt av koronapandemien. Det ligger i sakens natur at en «helsekrise» får et tyngdepunkt nettopp i helsetjenesten, og særlig i smittevernet.⁷⁶ Pandemien har også utgjort en stor trussel for brukergrupper i alders- og sykehjem og i hjemmetjenesten hvor beskyttelse av risikogrupper har stått sentralt. Også velferds- og sosialtjenester som bo- og aktivitetstilbud og NAV har vært sterkt berørt av pandemien. Når en krise rammer bredt, stilles det store krav til koordinering på tvers, jf. samvirkeprinsippet.

Både en bredt sammensatt beredskapsledelse, et eget arbeidsutvalg til ledelsen og den operative beredskapsgruppen er trukket fram som suksesskriterier i Helse og velferds koronahåndtering.

⁷⁵ Det er imidlertid blitt utvist stor vilje og kreativitet til å finne fram til nye tiltak for å opprettholde tjenestetilbudet og dialogen med brukerne. Eksempelvis tok alle alders- og sykehjem i bruk nettbrett for å holde oppe kontakten mellom beboere og pårørende. For flere eksempler, se <https://arsrapport2020.stavanger.kommune.no/7-helse-og-velferd/>

⁷⁶ Kommunale legetjenester ble opprettet samtidig med kommunesammenslåingen med Rennesøy og Finnøy, ved årsskiftet 2019/2020. I 2020 har seksjonen fått et bredt fagområde og ulike funksjoner: kommunale legekontor, Ryfylke legevakt, sykehjemsleger, smittevernkontor og internasjonalt vaksinasjonskontor.

Det er en utbredt oppfatning i Helse og velferd at en **parallell beredskapsorganisering** til den ordinære linjeledelsen har sikret styringseffektivitet og tverrfaglighet i koronahåndteringen.

I utgangspunktet vil en slik parallellorganisering bryte med likhetsprinsippet som går ut på å bruke den ordinære linjeorganisasjonen i krisehåndteringen. Koronakrisen har imidlertid vært en så langvarig og omfattende krise at det neppe ville vært praktisk mulig å håndtere den uten en egen beredskapsorganisasjon. Beredskapsorganisasjonen har også gjort det mulig for Helse og velferd å kunne påta seg store beredskapsoppgaver i tråd med ansvars- og nærhetsprinsippene.

Krisehåndtering i samsvar med ansvars- og nærhetsprinsippet forutsetter at tjenesteområdet ikke blir seg selv nok. En siloorganisert krisehåndtering vil heller ikke være i tråd med samvirkeprinsippet. Hovedinntrykket er at det horisontale samvirket i stor grad har fungert mellom Helse og velferd og de øvrige tjenesteområdene. På noen felt kunne samarbeidet vært bedre, eksempelvis med Økonomi og Organisasjon. I noen saker har det vært behov for tverrsektoriell samordning i overordnet beredskapsledelse, men det meste av den praktiske koordineringen har foregått formelt og uformelt mellom tjenesteområdene. Det har sikret raske beslutninger uten langdryge hierarkiske prosesser.

Vi har nedenfor sammenfattet noen aktuelle læringspunkter basert på intervjuene og internevalueringene som Helse og velferd har gjennomført:

- **Parallell beredskapsorganisering** i Helse og velferd har vist seg å fungere hensiktsmessig i en omfattende krise som varer lenge. Samtidig er det viktig å avklare hva slags mandat beredskapsledelse og operativ beredskapsgruppe har i forhold til drifts- og linjeorganisasjonen, i forhold til fullmakter lagt til virksomhetene og i forhold til sentral beredskapsstab og overordnet beredskapsledelse. Rask avklaring *av hvem-som-gjør-hva* i en hektisk beslutningssituasjon er en forutsetning for høy effektivitet i krisehåndteringen.
- **Handlekraftige og kompetente ansatte.** Valget av beredskapsorganisasjon har vært viktig, men ikke alene forklaringen på den effektive krisehåndteringen som Helse og velferd har stått for under pandemien. Andre faktorer har vært viktige: Situasjonsbasert ledelse, handlekraftige ansatte og sterk motivasjon for å finne løsninger i lagspill med andre, har vært svært viktig. Legger vi til sterk dugnadsånd og takhøyde for å prøve og feile, har vi fanget opp noe av det som har skapt dynamikk og innovasjon under krisen.
- **Styringsinformasjon om brukere og pårørende.** Helse og velferd har lyktes godt med sine smitteverntiltak. Selv om det har vært smitte i flere sykehjem og bofellesskap mv. har Stavanger – med noen unntak - unngått mange koronarelaterte dødsfall blant sine brukere. Det vitner om effektiv beskyttelse av eldre og andre risikogrupper. Det har vært tett dialog med virksomhetene i Helse og velferd for å skaffe best mulig oversikt over konsekvenser for brukerne og pårørende av de til enhver tid gjeldende smitteverntiltakene. Det har bl.a. resultert i styrket bemanning i virksomheter i perioder for å gi sårbare brukere et mest mulig normalt tjenestetilbud. Det har også påvirket de forholdsmessighetsvurderinger som er gjort i beredskapsledelsen i Helse og velferd. Kvalitative data fra virksomhetene har som nevnt over, vært viktig for å kunne vurdere smitteverntiltakenes byrde.
- **Tilgang på smittevernkompentanse.** Erfaringen er at smittevernet som fagområde - fra en relativt anonym tilværelse - har blitt løftet fram og blitt en spydspiss i koronahåndteringen. Konsekvensen er at smittevern neppe noen gang har stått sterkere i Stavanger kommune. Det utfordrende for smitteverneksperter, og da særlig smittevernoverlegene, er at de har blitt koplet på stadig flere prosesser internt i

kommunen og i ulike regionale samarbeid. Endringen fra små stillingsprosjekter til større, har vært en forutsetning for at dette skulle være praktisk mulig.

Smittevernplan, pandemiplan og plan for sosial og helsemessig beredskap fungerte i begrenset grad som operative styringsverktøy da Helse og velferd rigget seg for å håndtere pandemien. Det står lite i planene om den valgte beredskapsorganisasjonen i Helse og velferd, og kapitlet om TISK-virkemidlene viser at det forelå lite av planer for oppskalering, organisering og lokalisering av disse virkemidlene. Under pandemien er organisasjonsløsninger blitt utviklet og testet ut. Den parallelle beredskapsorganisasjonen i Helse og velferd har fungert godt. Og det er funnet løsninger som har sikret et robust og profesjonelt system for testing, isolasjon, smittesporing og karantene. Det er med andre ord gjort grep som det er vel verdt å huske på for ettertiden.

Beredskapsorganiseringen i Oppvekst og utdanning

I tjenesteområdets beredskapsplan står det at direktørens krisestab er direktørens faste ledergruppe. I forbindelse med håndteringen av koronasituasjonen besluttet direktøren å dele beredskapsorganisasjonen i to nivå, et strategisk og et operativt nivå. Strategisk nivå består av direktørens ledergruppe, mens operativt nivå består av fem rådgivere/spesialrådgivere.

Det operative nivået er altså nytt i forhold til planen. Kort fortalt er oppgavene til det operative teamet å stå for den praktiske gjennomføringen av det som ble besluttet på strategisk nivå.

Det er operativt team som har hatt hovedkontakten mot virksomhetene. Teamet har videreformidlet nasjonale og lokale føringer til virksomhetslederne, tolket smittevernveiledere og svart på spørsmål fra virksomhetsledere og kommunalsjefer. Teamet har hatt fullmakt til å handle når ting skjer fort. Dette ble klarert med strategisk ledelsesteam i etterkant. Operativt team fikk dessuten delegert myndighet til å gi oppgaver til andre rådgivere i staben. For eksempel var det et kontaktpunkt mellom teamet og fem-seks rådgivere som fulgte opp rektorene på skolene, og mellom teamet og tre rådgivere som fulgte opp barnehagene.

I tillegg har operativt team vært direktørområdets kontaktpunkt inn mot den sentrale beredskapsstaben i kommunen. Det har vært jevnlig treffpunkter mellom strategisk og operativt team, og mellom virksomhetsledere og operativt team.

Alle vi har intervjuet beskriver delingen av et strategisk og et operativt team som et vellykket og svært godt grep. En av de intervjuede omtalte denne organiseringen slik: *«Det er en viktig del av suksesshistorien hvorfor vi har lyktes så godt»*. Dette begrunnes slik i intervjuene våre:

- *Ansvars- og rollefordelingen mellom de to teamene har vært god, noe som skapte en god struktur og et godt utgangspunkt for kommunikasjon, informasjonsdeling og samhandling*
- *Operativt team avlastet kommunalsjefene fra en del av de operasjonelle (mer detaljerte) oppgavene, slik at de kunne konsentrere seg om de strategiske oppgavene (overblikket)*
- *Operativt team har vært god støtte både for direktør, kommunalsjefer og virksomhetsledere*
- *Organiseringen har sikret god og rask informasjonsflyt mellom nivåene. Operativt team har vært tett på virksomhetene og vært tilgjengelige for å svare på spørsmål.*
- *Organiseringen har gjort det mulig å opprettholde et godt samarbeid og god samhandling mellom fagavdelingene internt og mellom ledelsesnivåene i tjenesteområdet.*

Intern samhandling (samvirke)

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at de organisatoriske grepene som er nevnt over, skapte gode forutsetninger for horisontal og vertikal samhandling (samvirke).

I november 2019 ble fagstabene i Oppvekst og utdanning omorganisert. I korte trekk gikk omorganiseringen ut på å sette sammen tverrfaglige team, bestående av ansatte fra de ulike fagområdene, i stedet for mer fagspesifikke staber (skolestab, barnehagestab, barn og ungestab).

Erfaringsmessig tar det tid før omorganiseringer gir ønsket effekt, for det tar tid å endre kultur, verdier og normer i en organisasjon. En av de intervjuede sa det slik: «*Vi strevde litt med den nye teamorganiseringen i starten*». Intervjuene våre tyder imidlertid på at koronahåndteringen ga den nye organiseringen en positiv drahjelp. Ifølge intervjuene virket den både integrerende horisontalt, mellom fagområdene, og vertikalt. «*Koronaen var effektiv for å bryte ned siloer mellom fagområdene*». Det blir hevdet at koronasituasjonen ble et praktisk eksempel på hvordan den nye teamorganisering kunne fungere når behovet for rask samordning var stort.

Et annet moment som fremheves er den rent menneskelige faktoren. I flere intervjuer hevdes det at krisen utløste en energi og kreativitet hos den enkelte medarbeider som bidro til å styrke den kollektive samhandlingen i hele tjenesteområdet.

Koronasituasjonen ser også ut til å ha vært vertikalt integrerende, dvs. bidratt til å styrke samarbeidet mellom Oppvekst og utdanning og virksomhetene. I hele perioden har det vært tett kontakt mellom fagsjefene/teamene/rådgiverne og virksomhetene, selv om intensiteten har variert⁷⁷. Dette har vært «*viktig for å sikre at alle føler seg ivaretatt*». Et eksempel her er skolene, som ifølge intervjuene har fått god trening i hva som er innenfor deres myndighet og hva som ikke er det, dvs. hvilke retningslinjer gjelder for alle og hva rektor selv må avgjøre. På noen områder har det vært nødvendig å fortelle hva de skal gjøre, andre ganger hva de selv må gjøre.

Ifølge intervjuene har virksomhetslederne lært mye om handlingsrommet sitt. I tillegg ser det ut til at den tette og hyppige kontakten har vært relasjonsbyggende på en positiv måte.

De intervjuede hevder at de har hatt et godt samarbeid med smittevernlegene og bedriftshelsetjenesten, og at de fikk god bistand fra disse ifm. gjenåpningen av virksomhetene. Mange barnehager opplevde at det var vanskelig å kombinere det pedagogiske oppdraget, full åpningstid og samtidig ivareta smittevernreglene. I møte med smittevernlegene fikk de avklart hvordan de skulle håndtere disse motsetningene, og de ble trygget på hva som var godt nok.

I intervjuene ble også samarbeidet med kommunikasjonsavdeling og beredskapsavdeling løftet frem som positivt. Det eneste unntaket her var de såkalte K-gruppene. Tilbakemeldingene tyder på at disse gruppene fungerte bra i starten - i den mest hektiske perioden, men at de var operative for lenge, og at dette i enkelte tilfeller førte til samhandlingsutfordringer. Men tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at man opplevde de ulike gruppene forskjellig.

Selv om håndteringen av koronasituasjonen ser ut til å ha hatt positive effekter på samhandlingen, blir det også pekt på at koronakrisen tidvis har fungert som forstørrelsesglass eller kontrastvæske:

⁷⁷ Fra og med 12 mars og de neste ukene ble det utarbeidet informasjon og føringer til virksomhetsledere og rektorer, for å sikre god oppfølging av barn, unge og elever og bidra med støtte til ledere og ansatte. Informasjonen ble også delt med de private barnehagene og med alle støttetjenestene i Barn, unge og familie .

Den gjør det tydeligere hvor man har gode samarbeidsstrukturer-, relasjoner og hvor man samhandlinger godt, og hvor man ikke har det.

Et eksempel her er samarbeidet mellom helsesykepleiere og skoler. Fra helsestasjonstjenesten pekes det på at det er stor forskjell på hvordan skolene forholder seg til dem: «Noen er aktive, mens andre er passive (...) og har en «de»- og «vi»-holdning» (...) De skolene som ser verdien, inviterer oss inn og lar oss bli en del av fellesskapet og møtevirksomheten.» Samtidig pekes det på at det er to sider her, og at samarbeid avhenger av vilje på begge sider.

I en forvaltningsrevisjon av barnevernet fra 2019 fant vi at samarbeidet mellom barnevernet og skolene hadde et stort forbedringspotensial, og vi anbefalte kommunen å styrke samhandlingen mellom skolene og barneverntjenesten. Tilbakemeldingene tyder på at samarbeidet mellom barnevernet og skolen har blitt langt bedre gjennom håndteringen av koronasituasjonen, men at kontakten mellom noen skoler og barnevernet fremdeles er litt tilfeldig.

Ekstern samhandling (samvirke)

Det har vært et ustrakt eksternt samarbeid innenfor oppvekst- og utdanningsfeltet. Innenfor flere felt (for eksempel barnehage, skole og barnevern) har storbyene samarbeidet (storbynettverket/ ASSS) tett. Her har kommunene delt erfaringer, spesielt ifm. nedstengning og gjenåpning, fått testet ut om man har vært opptatte av de samme tingene, diskutert nye tema som man vet kommer, men som det ikke er tatt stilling til nasjonalt ennå. I intervjuene omtales storbysamarbeidet som veldig nyttig.

Det har også vært tett samarbeid med nabokommunene på oppvekst- og utdanningsfeltet. (Sitat fra et intervju: «Regional samkjøring er viktig, fungerte godt, og ble sånn som Stavanger bestemte»). Dette ble blant annet gjort for å samordne praksisen på Nord-Jæren. Også dette ble opplevd som nyttig, selv om man i de andre kommunene opplever Stavanger som motoren i samarbeidet, noe som ikke er unaturlig ettersom Stavanger er størst. Ellers har de ulike virksomhetene på oppvekstfeltet enkeltinstanser de har samarbeidet en god del med. Barnevernet og BUP har hatt en utstrakt gjensidig informasjonsdeling, noe man opplever som nyttig.

I likhet med oppvekst- og utdannings opplevelse av at koronahåndteringen har styrket den interne samhandlingen, på samme måte har pandemien også skapt nye eksterne samhandlingsarenaer. Et eksempel her er barnevernet, BUPA, Ungdom og fritid og representanter fra Sandnes kommune.

Selv om Oppvekst og utdanning har et større ansvar for kommunens egne barnehager, har man sendt all informasjon og hjelp til å håndtere situasjonen både til private og kommunale barnehager.⁷⁸ Det har også vært enkelte møter med de private barnehagene, og vi får opplyst at fagteamene generelt har vært tett på disse virksomhetene.

5.6 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKTER

Tilgangen på styringsinformasjon er viktig for en kunnskapsbasert situasjonsforståelse. Mye av den fortløpende krisehåndteringen fra beredskapsledelsens side har dreid seg om når og hvor

⁷⁸ Opplyst i intervju.

hardt det skulle trykkes på den «*røde knappen*». Denne «dansen med koronaen» har vært helt nødvendig for å kunne håndtere en lite predikerbar pandemi.

Strategisk har Stavanger valgt en proaktiv og til dels streng tilnærming i sin håndtering av pandemien. Kommunen har tilstrebet å være *raskt ute med smitteverntiltak, ta litt ekstra i, og være forsiktig i forbindelse med gjenåpning og lettelser i tiltakene*. Denne linjen er i tråd med det proaktive prinsippet om *moderat overreaksjon* når kunnskapsgrunnlaget er usikkert.

Den overordnede beredskapsledelsen får gode skussmål. Ledelsen har vært det mest sentrale beslutningsorganet gjennom hele pandemien og holdt i trådene i en bred og omfattende krisehåndtering. Ledelsen har utvist stor handlekraft. Usikkerhet og svakt kunnskapsgrunnlag har ikke stått veien for handling. Det har gitt høy beslutningseffektivitet og evne til å skjære igjennom i usikre beslutningssituasjoner. Møteleders evne til å sammenfatte, samle trådene og trekke konklusjoner blir trukket fram som viktig i den sammenheng.

Videre blir det pekt på at møtene har gitt viktige avklaringer i den horisontale samordningen mellom tjenesteområdene og mellom beredskapsstab og tjenesteområder. Dessuten viser flere av de intervjuede til at møtene har hatt en viktig avklarende funksjon i forhold til hvordan dialogen og involveringen av folkevalgte skulle ivaretas. At både ordfører og varaordfører har deltatt i ledelsen, har vært viktig for dialogen med kommunalutvalget og det øvrige politiske miljøet.

Grunnstrukturen i beredskapsorganiseringen har ligget fast under pandemien, men det er gjort flere store og små justeringer for å optimalisere den samlede krisehåndteringen. *Et læringspunkt som kan trekkes ut av dette, er at én og samme beredskapsorganisasjon ikke nødvendigvis passer for alle krisesituasjoner*. En sentralisert kommandostruktur passer trolig best til kortvarige, akutte kriser. Strekker en krise ut i tid – som med koronapandemien – er det behov for en mer fleksibel og desentralisert tilnærming der krisehåndtering i tjenesteområdene får en større plass.

Under pandemien har det vært en glidning av beredskapsansvar og -oppgaver i favør av linjeorganisasjonen og tjenesteområdene. Det har kunnet skje fordi tjenesteområdene har tatt ansvar og sørget for nødvendig horisontalt samvirke seg imellom. For beredskapsstaben har det betydd en forventning om å innta en mer tilretteleggende, anbefalende og oppfølgende rolle.

Både Helse og velferd og Oppvekst og utdanning har etablert beredskapsledelse og operative beredskapsgrupper på sine respektive tjenesteområder. Det er en utbredt oppfatning i både Helse og velferd og Oppvekst og utdanning at en *parallell beredskapsorganisering* til den ordinære linjeledelsen har sikret langsiktig styringseffektivitet og tverrfaglighet i koronahåndteringen.

I utgangspunktet vil en slik parallellorganisering bryte med likhetsprinsippet som går ut på å bruke den ordinære linjeorganisasjonen i krisehåndteringen. Koronakrisen har imidlertid vært en så langvarig og omfattende krise at det neppe ville vært praktisk mulig å håndtere den uten en egen beredskapsorganisasjon. Organiseringen har også gjort det mulig for tjenesteområdene å påta seg store beredskapsoppgaver i tråd med ansvars- og nærhetsprinsippene.

Krisehåndtering i samsvar med ansvars- og nærhetsprinsippet forutsetter at tjenesteområdene ikke blir seg selv nok, men samhandler. En siloorganisert krisehåndtering hvor det er mangelvare på horisontal og vertikal samhandling vil ikke være i tråd med samvirkeprinsippet.

Hovedinntrykket er at det horisontale samvirket i stor grad har fungert mellom tjenesteområdene. I noen saker har samordningen skjedd i overordnet beredskapsledelse, men mye har skjedd formelt og uformelt blant de som har samarbeidet om smitteverntiltak. Eksemplene er mange,

som samarbeidet mellom smittevernoverlegene og skoler og barnehager og mellom Bymiljø og utbygging og Helse og velferd om bruken av Forum-området til luftvegslegevakt og teststasjoner.

Verken planverk eller beredskapsorganisering før pandemien tok fullt ut høyde for et pandemiscenario med en langvarig og alvorlig pandemi der vaksine ikke foreligger. Både tilpasninger i beredskapsorganisering og fortløpende planlegging av krisehåndteringen har vært helt nødvendig for å sikre beslutningseffektivitet og god samhandling. *Beredskapsplanlegging har vært til mer hjelp enn beredskapsplaner.* Dette er et generelt og langsiktig læringspunkt som det er vel verdt å notere seg før neste alvorlige krise melder seg.

Et beredskapssystem som er basert på at hver sektor skal vurdere egen risiko og sårbarhet, svikter om ingen tar ansvar for å vurdere summen av konsekvensene. Krisehåndtering for å begrense pandemiens konsekvenser for liv og helse, kan skape nye kriser i andre deler av organisasjonen. Medfører smitteverntiltak redusert tjenestetilbud til sårbare barn og unge og brukere i helse- og omsorgstjenesten, kan løsning på én krise skape en ny krise et annet sted. Balansegangen mellom pandemihåndtering og ønsket om å opprettholde mest mulig normal drift, har til tider vært krevende. Det finnes ingen samlet oversikt over hvilke negative konsekvenser pandemihåndteringen har fått for ulike brukergrupper i kommunens tjenester.

Det synes å være behov for å utvikle et sektorovergripende styringssystem som bedre fanger opp summen av de konsekvenser ulike smitteverntiltak har. Det vil bedre synliggjøre fordeler og ulemper med smitteverntiltak og styrke grunnlaget for helhetlige forholdsmessighetsvurderinger.

Vi har underveis i dette kapitlet pekt på noen læringspunkter knyttet til styringsinformasjon og organisering. Kunnskapsgrunnlaget for krisehåndteringen har blitt bedre over tid og det er gjort flere innovative organisatoriske grep som har styrket håndteringen.

Vi har to anbefalinger for tiden etter koronaen:

- Å overvåke og eventuelt følge opp langsiktige konsekvenser for brukergrupper som har fått et redusert tjenestetilbud under hele eller deler av pandemien.
- Justere beredskapsplaner og helseplaner slik at de tar høyde for de organisatoriske nyvinningene som er gjort under pandemien.

6 KRISEHÅNDTERINGSFULLMAKT

6.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

Kommunene har vidtgående fullmakt etter smittevernloven § 4-1 til å bestemme lokale smitteverntiltak for befolkningen når det er nødvendig for å forebygge allmenfarlig smittsom sykdom eller motvirke at allmenfarlig smittsom sykdom blir overført.

Koronapandemien har vært ekstraordinær og krevd raske beslutninger under stor usikkerhet. Et grep som Stavanger kommune har benyttet seg av, har vært å gjøre midlertidige tilpasninger i delegeringsreglementet for å sikre høy beredskapsevne når tidsfaktoren er kritisk.

Ved inngangen til pandemien, hadde ikke kommunedirektøren og beredskapsledelsen krisefullmakter utover de som følger av kommunelov og kommunens eget delegeringsreglement. Smittevernoverlegens hastefullmakt etter § 4-1 femte ledd i smittevernloven, ble dermed viktig for å få på plass viktige smitteverntiltak i den tidlige og akutte fasen av pandemien.

I denne fasen – i mars måned – hadde ikke kommunestyret delegert hastefullmakt til ordføreren. Kommuneloven gir kommunestyret anledning til å gi ordføreren myndighet til å treffe vedtak i hastesaker (jf. § 6-1 fjerde ledd pkt. b). I kommunens overordnede beredskapsplan, var det imidlertid slått fast at «*Når det er sannsynlig at en uønsket hendelse kan inntreffe innen kort tid, eller har inntrådt, har beredskapsledelsen ved ordføreren fullmakt til å handle på kommunestyrets vegne.*».⁷⁹ Denne fullmakten ble ikke brukt i den tidlige fasen av pandemien.

1. april 2020 vedtok kommunestyret i Stavanger en generell krisehåndteringsfullmakt lagt til kommunedirektøren, samt en del midlertidige møte- og reglementstilpasninger som ledd i krisehåndteringen. Krisehåndteringsfullmakten er tatt inn i ordinært delegeringsreglement, og spørsmålet om den skal gjøres permanent skal vurderes innen utgangen av 2021.

Dette kapitlet gjør kort rede for delegeringen av fullmakter og bruken av disse. Vi er spesielt opptatt av krisehåndteringsfullmakten siden kontrollutvalget i Stavanger ønsket en slik vurdering.

Siden delegering av fullmakter påvirker forholdet mellom politikk og administrasjon, har vi gjort en vurdering av folkevalgtes mulighet for å føre demokratisk kontroll med beredskapsledelsen. Krisehåndteringsfullmakten og de midlertidige reglementstilpasningene gir beredskapsledelsen vide fullmakter. Derfor er det viktig at de folkevalgte har mulighet til å følge krisehåndteringen.

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Krisehåndteringsfullmakt og midlertidige reglementstilpasninger har bidratt til høy beredskapsevne og tydelige ansvarsforhold.
- Involvering og informasjon til de folkevalgte har vært tilstrekkelig til å sikre demokratisk kontroll med beredskapsledelsens krisehåndtering.

⁷⁹ <https://www.stavanger.kommune.no/siteassets/samfunnsutvikling/beredskap/overordnet-beredskapsplan---administrativ-del.pdf>

6.2 VEDTAK OM KRISEHÅNTERINGSFULLMAKT MV.

Intensjonen med utvidede fullmakter til formannskapet, ordfører og kommunedirektøren som leder av beredskapsledelsen har vært raskere agering i akutte situasjoner. Beslutningsveiene blir kortere enn om sakene må til kommunestyret eller hovedutvalgene.

Både kommuneloven og smittevernloven har regler for hva som kan delegeres. Kommuneloven gir generelle begrensninger mot å delegere fast vedtaksmyndighet i prinsipielle saker til enkeltroller som ordfører og kommunedirektør. Loven åpner som nevnt opp for at hastevedtaksmyndighet kan legges til ordfører.

Smittevernloven gir kommuneoverlegen myndighet til å fatte vedtak etter § 4-1 i hastesaker med gyldighet i maksimalt 7 dager. Det er kommunestyret som har myndigheten til å vedta møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering. I hastesaker kan kommuneoverlegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne bestemmelsen. Der betyr at kommuneoverlegen kan fatte vedtak også i prinsipielle saker.⁸⁰

Kommunedirektøren i Stavanger har i gjeldende delegeringsreglement vedtaksmyndighet i saker av ikke-prinsipiell karakter.⁸¹ Denne myndigheten er ikke endret ut over de konkrete punktene knyttet til forslaget til en generell krisehåndteringsfullmakt og den foreslåtte midlertidige endringen i budsjettreglementet (budsjettjusteringer for driftsmidler, se nedenfor).

Bruken av eksisterende fullmakter baserer seg på en vurdering av hva som er prinsipielt og ikke-prinsipielt. Skillet er ikke entydig og vil i praksis ofte bli basert på en sak-til-sak-vurdering. I en krisesituasjon er det fra kommunestyrets side lagt til grunn at «listen» for hva som er å betrakte som prinsipielle saker ligger noe høyere enn i normaltilstanden.⁸² Kommunedirektøren vil dermed i utgangspunktet – før bruk av utvidet fullmakt - ha et noe utvidet handlingsrom i forbindelse med pandemien, men vil måtte gjøre en konkret vurdering av saksinnholdet med hensyn til om den er av en slik karakter at saken bør behandles av et folkevalgt organ.

Behovet for å få avklart hvilke fullmakter leder av beredskapsledelsen har i akutte krisesituasjoner lå til grunn for vedtaket 1. april 2020.⁸³ I en akutt krisesituasjon er det avgjørende for beredskapsledelsen å kunne gjøre det som er nødvendig for å forebygge eller begrense skader

⁸⁰ Det tilligger kommunestyret å fatte nedstengningsvedtak etter smittevernloven med mindre annet er vedtatt, men i hastesaker har helsesjefen fått fullmakt til å treffe akutt vedtak. Helsesjefen i Stavanger har fattet 2 slike hastevedtak. De mest alvorlige tilfellene er blitt fulgt opp med hastevedtak fra helsesjefen. Dette gjelder Burger King våren 2020 og Hygge høsten 2020, som måtte stenge noen dager hver.

⁸¹ Delegasjonsreglementet finnes her <https://www.stavanger.kommune.no/politikk/reglement-og-styringsdokumenter/delegeringsreglement/>

⁸² Jf. saksframlegg til sak om krisehåndteringsfullmakt mv. til kommunestyrets møte 1. april... <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/stavanger/Meetings/Details/1495364?agendatemId=224741>

⁸³ Krisefullmakten bygger på fullmakt vedtatt i Bergen bystyre, evaluert av Deloitte oktober 2020: *Juridisk betenkning | Bergen kommune. Byrådets bruk av krisefullmakt våren 2020*. Sandnes valgte en annen løsning. Kommunestyret i Sandnes ga 18. mars ordføreren blankofullmakt til å håndtere prinsipielle hastesaker etter kommuneloven § 11–8. Rådmannen fikk tilsvarende fullmakt til å vedta enkeltsaker eller hastesaker som ikke er av prinsipiell betydning. Rådmannens myndighet er ikke begrenset av rådmannens budsjettfullmakter i økonomireglementet. I vedtaket heter det at rådmannen må rådføre seg med ordfører i enkeltsaker. Delegasjonen gjelder vedtak i hastesaker som følge av korona-viruset, og har ingen slutt dato.

av en alvorlig krise. Stilt overfor en akutt krise vil det ikke være tid til å vente på godkjenning eller utrede om tiltak er innenfor kommunedirektørens vedtatte fullmakter.

Den **generelle krisehåndteringsfullmakten** som et enstemmig kommunestyre vedtok 1. april 2020 har følgende ordlyd (sak 24/20):⁸⁴

- *Stavanger kommunestyre delegerer til leder av beredskapsledelsen alle fullmakter for å iverksette nødvendige skadebegrensende og skadeforebyggende tiltak i en akutt krisesituasjon eller når en alvorlig akutt krise truer. I fullmakten ligger myndighet til å mobilisere og benytte alle ressurser som er tilgjengelige for kommunen uavhengig av organisatorisk plassering i den daglige driftsorganisasjonen.*⁸⁵

Kommunestyret vedtok også at dersom leder av beredskapsledelsen gjorde bruk av fullmakten skulle det legges fram sak for rette folkevalgte organ så snart som mulig og uten ubegrunnet opphold. Fullmakten ble gjort gjeldende i forhold til håndteringen av koronapandemien, og eventuelt andre kriser som måtte oppstå innen utgangen av 2021 da den skal vurderes.⁸⁶

Fullmakten er avgrenset til nødvendig håndtering av *akutt* krise, der konsekvensene av å ikke handle kan være svært alvorlige. Selv om kommuneloven setter begrensninger for hva som kan delegeres til kommunedirektøren, hviler grunnlaget for en slik vid fullmakt på nødrettslige betraktninger.⁸⁷ Det impliserer at fullmakten er svært vid gitt en akutt krisesituasjon.

Kommunestyret gjorde også **midlertidige endringer i delegasjonsreglementet**:

- **Utvidet vedtaksmyndighet i formannskapet:** Formannskapet kan i perioden treffe vedtak på vegne av samtlige øvrige folkevalgte organer og andre kommunale organer, med unntak av kontrollutvalget.⁸⁸
- **Hastevedtaksmyndighet for ordfører:** Ordfører delegeres fullmakt til å gjøre hastevedtak etter kommuneloven § 11-8 første ledd.

Det fremgår av saksframlegget at gjennomføring av formannskapsmøter skal ha svært høy prioritet selv i en alvorlig krise og at ordførers behov for å bruke denne fullmakten derfor anses begrenset. Ordførers myndighet til å fatte hastevedtak betyr at kommunen har **politisk hastevedtakskompetanse** selv om formannskapet ikke klarer å møtes.

⁸⁴ Vi har vist vedtakspunktene som går på krisehåndteringsfullmakten og et utdrag av midlertidige reglementsendringer. Hele kommunestyrets vedtak 1. april fremgår her <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1495364> Kommunedirektøren la fram hastesak datert 25.03. for kommunestyret med behandling i kommunestyret 27.03. Et flertall på 41 representanter mot 26 var ikke enige i innstillingen fra kommunedirektøren, og saken måtte derfor opp på ny 1.04.2020.

⁸⁵ Fullmakten er innarbeidet i det ordinære delegasjonsreglementet for Stavanger kommune, jf. <https://www.stavanger.kommune.no/politikk/reglement-og-styringsdokumenter/delegeringsreglement/> Delegasjonsreglementet for 2019-2023 ble vedtatt av kommunestyret 21.10.2019.

⁸⁶ Kommunedirektøren ønsket i utgangspunktet å gjøre krisehåndteringsfullmakten tidsbegrenset for å kunne anvendes også ved andre kriser enn den pågående koronapandemien.

⁸⁷ Nødrett koples vanligvis til rett til å begå straffbare handlinger uten å bli straffet for det når det foreligger en nødsituasjon, <https://jusleksikon.no/wiki/N%C3%B8drett>

⁸⁸ Formannskapet var før dette vedtaket gitt anledning til å treffe vedtak på hastesaker på vegne av kommunestyret, jf. kommuneloven § 11-8 første ledd, og pkt. 2.1.2 om formannskapets vedtaksmyndighet i delegeringsreglementet.

Budsjettreglementet ble midlertidig endret slik:

- **Utvidet fullmakt til formannskapet:** Budsjettendringer for inneværende år kan godkjennes av formannskapet. Dette innebærer følgende:
 - A. Omdisponeringer innenfor hele driftsbudsjettet
 - B. Bruk av disposisjonsfond på inntil kr 100 mill.
 - C. Omdisponering av midler i investeringsbudsjettet innen en ramme på inntil kr 50 mill.
 - Fullmakten omfatter ikke endringer i låneopptak.
- **Utvidet fullmakt til kommunedirektøren:** Kommunedirektøren kan innenfor kommunelovens begrensninger omdisponere driftsmidler både i og mellom tjenesteområder. Omdisponeringene må være relatert til konsekvenser av koronapandemien og skal rapporteres så snart som mulig og uten ugrunnet opphold til formannskapet. Kommunedirektøren skal i disse tilfellene rådføre seg med ordfører.

Det ble også gjort vedtak om møter i folkevalgte organ, bl.a. at møtene gjennomføres så langt det er mulig, men antallet møter reduseres i den grad det er nødvendig ut fra tilgjengelig kapasitet i administrasjonen. Møter i kommunedelsutvalgene ble i vedtaket stilt i bero til 31. august.

28. mai 2020 vedtok formannskapet en forlengelse av de midlertidige møte- og reglementstilpasninger til 31. august 2020.⁸⁹ På grunn av lite smitte og gjenåpning av ulike deler av samfunnet, vedtok formannskapet at kommunedelsutvalgene og rådene skulle gjenoppta sine møter fra juni 2020. 31. august vedtok et flertall i kommunestyret å forlenge møte- og reglementstilpasningene til 31. november.⁹⁰ I saken redegjorde kommunedirektøren for bruken av utvidede fullmakter 1. april – 15. august 2020, bl.a. krisehåndteringsfullmakten. Tilpasningene ble enstemmig på nytt forlenget i kommunestyrets møte 16. november – inntil 31. mai 2021.⁹¹

Foruten forlengelse av utvidede fullmakter som er vist ovenfor, ble det høsten 2020 gjort to vedtak som ytterligere ga ordfører og beredskapsledelsen utvidede fullmakter. 9. november vedtok formannskapet enstemmig å delegere «*Kommunestyrets fullmakt etter smittevernloven § 4-1 delegeres til kommunedirektøren, slik at kommunedirektøren kan stenge de serverings- og skjenkestedene som ikke overholder kravene til smittevern faglig forsvarlig drift*». Til vedtaket ble det lagt til at kommunedirektøren skal konferere med ordføreren før tiltak iverksettes

⁸⁹ Vedtatt av et flertall i formannskapet bestående av AP, FNB, FrP, MDG, SP, SV, Rødt, 13 stemmer. Alternativt forslag på vegne av H, V og KrF fikk 6 stemmer (H, V, KrF). Alternativt forslag fremgår her <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1511661?agendaItemId=225225>

⁹⁰ Kommunedirektørens innstilling ble vedtatt med 58 stemmer (Ap, H, FNB, MDG, Rødt, Sp, SV, KrF og den uavhengige representanten Christian Wedler). FrP's alternative forslag fikk 9 stemmer (FrP, V og Pp). Vedtaket framgår her <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1564123?agendaItemId=225948>

⁹¹ Jf. vedtaket i kommunestyret 16.11 som fremgår her

<http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1361176?agendaItemId=227698>

Kommunestyret kan vedta å oppheve endringene før 31. mai 2021 dersom utviklingen i koronapandemien tilsier at det er forsvarlig. Når perioden med midlertidige endringer er avsluttet skal kommunedirektør legge fram en samlet sak om bruken av utvidede fullmakter. Ved behov orienteres det om bruken av fullmaktene til formannskapet.

I kommunestyrets vedtak 16. november fikk ordfører både videreført hastevedtaksmyndighet i samsvar med kommuneloven § 11-8 første ledd og – som nytt vedtakspunkt - delegert fullmakt til å vedta forskrifter og iverksettelse av smitteverntiltak i hht smittevernloven § 4-1.

Utvidet hastefullmakt til ordfører, ble fremmet som et tilleggsforslag fra kommunedirektøren i form av et eget notat til kommunestyret.⁹² Det ble lagt til grunn følgende forutsetning til vedtaket: «Fullmakten skal kun benyttes dersom situasjonen skulle medføre at formannskapet og kommunestyret ikke kan utøve sine verv eller at det er slik hast i saken at det ikke er forsvarlig å avvente vedtak til det kan gjennomføres møte i formannskapet eller kommunestyret».

Behovet for hurtige avgjørelser i forbindelse med lokal forskrift om smitteverntiltak, var hovedbegrunnelsen for å utvide ordførers fullmakter. Kommunedirektøren viste til at arbeidet med forskrifter og lokale smitteverntiltak var utfordrende og krevde samhandling med mange aktører internt i kommunen, på tvers av kommunegrensene, overfor regionale og nasjonale myndigheter og med andre samfunnsaktører. Hast i sakene gjorde arbeidet enda mer krevende, og det ble vurdert som nødvendig at ordfører fikk myndighet til å fatte beslutninger om forskrifter og smitteverntiltak på vegne av kommunen i samarbeid med nærliggende kommuner. Det ble også vist til at denne myndigheten lå til ordførerne i Randaberg, Sola og Sandnes allerede.

Ordførers hastevedtakskompetanse etter kommuneloven, er etter vedtak i kommunestyret 31. mai 2021 videreført ut valgperioden og tatt inn i delegeringsreglementet, mens kommunestyret vil ta stilling til hvor lenge ordfører skal ha hastevedtaksmyndighet etter smittevernloven.

I sum har kommunestyrets vedtak gitt formannskapet, ordfører og kommunedirektør relativt vide krisefullmakter til å gjøre raske beslutninger når smittesituasjonen tilsier det. Den politiske debatten om disse kommunestyrevedtakene har i hovedsak dreid seg om hvor lenge de midlertidige møte- og reglementstilpasningene skulle gjøres gjeldende. Krisefullmakten til kommunedirektøren har i liten grad vært del av det politiske ordsiftet. Gruppelederne vi har intervjuet viser til at den politiske støyen det var rundt fullmaktsdelegeringen i april 2020, i stor grad har dempet seg, og at forholdet mellom beredskapsledelse og politikk har gått seg til.

Saker til folkevalgte organ

Nedenfor har vi sett på antallet saker lagt fram for folkevalgte organ i 2020 (det første koronaåret) og sammenlignet med 2019. Delegasjonsfullmaktene i forhold til koronahåndteringen, og mye ressurser til krisehåndtering i administrasjonen kan ha dempet saksomfanget. Som motvekt, kan kommunesammenslåingen 1.1.2020 ha ført til økt saksmengde.

| Tabell 7. Aktivitetsoversikt folkevalgte organ i 2019 og 2020. Kilde: årsmelding 2020 | | |
|--|-------------|-------------|
| | 2019 | 2020 |
| Antall møter | 220 | 258 |
| Behandlede saker | 1976 | 1886 |
| Stilte spørsmål | 264 | 355 |
| Interpellasjoner fremmet | 40 | 89 |

⁹² Jf. <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1361176?agendaItemId=227697>

Koronahåndteringen har medført en kombinasjon av avlyste politiske møter, ekstraordinære møter og i mange tilfeller fjernmøter i stedet for ordinære fysiske møter.⁹³

Kommunedelsutvalgenes og rådenes møter ble stilt i bero i perioden april-mai. Kommunestyret fikk avlyst sine møter 23. mars 2020 og 11. mai 2020. Hastesaker ble behandlet i formannskapet.

I sum har likevel antall *møter* økt fra 2019 til 2020. I hovedsak kan dette forklares med flere møter i formannskapet (fra 14 i 2019 til 19 i 2020) og kommunalutvalget (fra 16 i 2019 til 29 i 2020), samt møter som følge av de to nye kommunedelsutvalgene, Finnøy og Rennesøy.

Antall *saker til behandling* i 2019 og 2020 er redusert noe fra 2019 til 2020. Én forklaring er at Utvalg for helse og velferd har behandlet færre saker i 2020. Mange i Helse og velferd har vært opptatt av krisehåndtering, noe som har påvirket saksomfanget til hovedutvalget.

Vi registrerer for øvrig en stor vekst i antall spørsmål og interpellasjoner.

Nedenfor har vi kartlagt antall saker til folkevalgte organ som omhandler koronahåndteringen.⁹⁴

Tabell 8. Antall «koronasaker» i 1.1.2020 fram til 1.06.2021.

| Politisk utvalg | Antall «korona-saker» | Kommentar til «korona-saker» |
|---|-----------------------|---|
| Kommunestyret | 6 | Primært saker relatert til møte- og reglementsendringer, samt melding om formannskapets ulike hastevedtak i tilknytning til lokal forskrift. |
| Formannskapet | 16 | Mangfold av «korona-saker», bl.a. smitteverntiltak med økonomiske konsekvenser, tildeling av støtte til reiseliv og handel, samt flere saker angående midlertidig lokal forskrift og endringer i denne. |
| Kommunalutvalget | 7 | Saker relatert til konsekvenser for næringslivet og tildeling av støtte |
| Utvalg for by- og samfunnsutvikling | 0 | |
| Utvalg for kultur, idrett og samfunnsdialog | 11 | Statusoppdateringer om covid-19 og konsekvenser for kulturlivet. |
| Utvalg for miljø og utbygging | 9 | Statusoppdateringer om covid-19 og smitteverntiltak i BMU. |
| Utvalg for helse og velferd | 7 | Skriftlige presentasjoner om status covid-19. I tillegg evt. muntlige. |
| Utvalg for oppvekst og utdanning | 12 | Skriftlige presentasjoner om status covid-19. I tillegg evt. muntlige. |
| Kommunedelsutvalgene | 0 | |

Kommunestyret har hatt relativt få saker i 2020, noe som må ses i sammenheng med to avlyste møter våren 2020 og delegert fullmakt til formannskapet. «Koronasakene» har dreid seg om krisehåndteringsfullmakten og de midlertidige møte- og reglementsendringene. Kommunestyret har blitt orientert om koronahåndteringen i tertialrapportene, årsmelding 2020 og i forbindelse

⁹³ Fra 12. mai 2020 var det oppstart av fysiske møter i politiske utvalg, i tråd med gjeldende retningslinjer for å hindre smittespredning. Kommunedelsutvalgene og rådene fikk gjenopptatt sine møter i juni 2020.

⁹⁴ Her inngår ikke muntlige orienteringer eller spørsmål og interpellasjoner som på ulike måter tar for seg koronahåndteringen. Eksempelvis har det vært gitt hyppige orienteringer fra administrasjonens side i kommunens politiske kriseutvalg, kommunalutvalget. Heller ikke behandling av tertialrapporter eller handlings- og økonomiplan – som på ymse vis har omhandlet koronahåndteringen, inngår i antall «koronasaker».

med handlings- og økonomiplanen (ikke medregnet i tabellen). Kommunestyret ble også orientert om formannskapets hastevedtak ifm. lokal forskrift i referatsak til møtet 8. mars 2021.

Formannskapet har hatt flest «koronasaker» til behandling noe som er i tråd med delegert fullmakt fra 1. april 2020.⁹⁵ Det er eksempler på saker som beredskapsledelsen ved ordfører - etter delegert fullmakt – selv kunne ha avgjort, men som likevel er lagt fram for formannskapet.⁹⁶ Våre observasjoner av møtene i beredskapsledelsen viser at beredskapsledelsen har tilstrebet politisk behandling av koronasaker der tidsfaktoren har strukket til. De intervjuede gruppelederne er i all hovedsak fornøyd med de saker og den informasjon som er kommet til formannskapet.

Kommunalutvalget har hatt få «koronasaker» til behandling, men fortløpende blitt orientert. Hver tirsdag har ordfører, og representanter for administrasjonen, orientert kommunalutvalgets medlemmer om utviklingen i smitte og hvordan den er håndtert fra beredskapsledelsens side. Fra administrasjonens side har som oftest direktør Helse og velferd, beredskapssjefen og smittevernoverlegen deltatt. Møtene har blitt streamet og vært åpne for offentligheten, og utvalgets medlemmer har hatt anledning til å stille spørsmål og komme med synspunkter. Dessuten har ordfører på fredagene – når det har vært praktisk mulig - hatt møte med alle de 11 gruppelederne, der covid-19 ofte har stått på dagsordenen. Ad hoc-møter med gruppelederne har i tillegg vært benyttet om det har vært behov for en fot i bakken.

De koronasaker vi har registrert i utvalgene, dreier seg i all hovedsak om skriftlige orienteringer gitt av respektiv direktør om status for kommunens/tjenesteområdets håndtering av koronapandemien. I tillegg til tallene i tabellen kommer evt. muntlige orienteringer gitt i møtet.

6.3 BRUKEN AV DELEGERTE FULLMAKTER

Nedenfor undersøker vi kort i hvilken grad utvidede fullmakter er tatt i bruk etter 1. april 2020.

Formannskapet har behandlet noen ekstra saker som normalt ville vært behandlet i kommunestyret. Viktige i så måte er at formannskapet siden november 2020 har hastebehandlet fire saker angående lokal smittevernsforskrift. Sakene er behandlet som hastesaker på vegne av kommunestyret i samsvar med ordinært delegeringsreglement. Formannskapet har i liten grad behandlet saker som hovedutvalgene normalt ville behandlet. Det vil si at sakene som hovedregel er blitt behandlet av det politiske organet de normalt sorterer under.

Ordfører har som nevnt hatt fullmakt til å gjøre hastevedtak i samsvar med kommuneloven etter 1. april 2020 og har i tillegg hatt delegert fullmakt etter § 4-1 i smittevernloven etter 16. november. Derigjennom har ordfører fått utvidet hastekompetanse til å treffe beslutninger i akutte krisesituasjoner hvor det ikke er mulig å fatte hastevedtak i formannskapet. Denne

⁹⁵ Eksempelvis har formannskapet behandlet lokal forskrift om innskjerpede koronatiltak i Stavanger. Det har behandlet midlertidige møte- og reglementsendringer og delegasjon av fullmakt fra kommunestyret til beredskapsledelsen etter § 4-1 i smittevernloven for å kunne stenge serverings- og skjenkesteder. Også saker der koronahåndteringen i beredskapsledelsen har hatt økonomiske konsekvenser, er blitt lagt fram for formannskapet. Det samme er saker som foreldrebetaling for SFO og barnehage under nedstengingen og restriksjoner for fotterapeuter og frisører til å drive virksomhet i sykehjemmene.

⁹⁶ For eksempel ble saken om lokal forskrift lagt fram for Stavanger formannskap som hastesak etter kommuneloven §11-8 og i samsvar med det ordinære delegeringsreglementet. Formannskapet har i det ordinære reglementet anledning til å fatte beslutninger på vegne av kommunestyret i hastesaker.

hastekompetansen ble benyttet flere ganger da smitten økte sterkt i jule- og nyttårshelgen 2020/2021 og det var behov for hyppige justeringer i den lokale forskriften. I formannskapetets møte 22. januar 2021 vedtok formannskapet å delegere til ordføreren å fatte framtidige vedtak om endringer i forskriften etter smittevernloven §4-1 av hensyn til det regionale samarbeidet.

Ordfører ble bedt om å sørge for god informasjonsflyt og underveisdialog med gruppelederne i Stavanger vedrørende smitteverntiltakene som vurderes. To saker ble sommeren 2020 behandlet i samsvar med ordførers sommerfullmakt, men dette var ikke koronarelaterte saker.⁹⁷

Etter ordførers oppfatning har hastevedtaksmyndigheten vært nødvendig for å sikre effektiv regional koordinering. Også fordi de andre ordførerne har hatt hastevedtakskompetanse. At de regionale ordførermøtene har vært lukket, har bidratt til å sikre politisk enighet i de fleste tilfeller.

Kommunedirektøren har etter vedtaket 1. april 2020 hatt alle fullmakter til å iverksette nødvendige skadebegrensende og skadeforebyggende tiltak i en akutt krisesituasjon. I perioden 1. april til august 2020 ble krisehåndteringsfullmakten brukt i 10 saker, jf. følgende tabell.

| Dato i BL | Sak | Beslutning |
|--|---|--|
| 31.07.20 | Ilandstigningssøknad fra cruiseskip | Ilandstigningsnekt |
| 10.07.20 | Etablering av ordning med ordensvakter i sentrum | Etablering av ordning med kostnad |
| Opprinnelig 02.04.20 Revidert avtale 20.05.20 | Hotellavtale Sola Strand | Avtaleinngåelse med kostnad godkjent |
| 06.05.20 | Ressurser til ekstra kommunikasjonstiltak smittevern | Ressursbruk godkjent |
| 29.04.20 | Større arrangementer – lokal håndtering med økonomiske konsekvenser | Anbefaling godkjent med kjente økonomiske kostnader |
| 24.04.20 | Opptrappingsplan for sykehjemsplasser | Plan godkjent med mulige økonomiske konsekvenser som skal vurderes i det videre. |
| 22.04.20 | Ressurser til økt testkapasitet | Godkjent |
| 22.04.20 | Byvektere på røde dager i mai. Økte lønnskostnader. | Godkjent |
| 03.04.20 | Vaktholdskostnader smittevernsleger | Etablere vakthold |
| 02.04.20 | Etablering feltsykehus (forberedelser/innkjøp) | Iverksette forprosjekt med nødvendige kostnader |

I hovedsak dreier det seg om beslutninger med økonomiske konsekvenser som ble gjort i april 2020 og noen i juli samme år – altså i ferietiden. I disse sakene er krisehåndteringsfullmakten brukt fordi det hastet. Én sak er registrert som bruk av utvidet budsjettfullmakt (kommer i tillegg til de 10 sakene i tabellen). Det gjelder engasjering av ordensvakter i sentrum i helgene som ble

⁹⁷ Jf. sak til kommunestyrets ekstraordinære møte 31.08.

<http://opengov.cloudapp.net/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1564123?agendaItemId=225889> Et tenkt tilfelle der ordfører kunne brukt sin hastekompetanse var i saken om lokal forskrift. Det hadde imidlertid forutsatt at formannskapet ikke hadde hatt mulighet til å behandle forskriften etter ordinært delegasjonsreglement eller etter midlertidig utvidet fullmakt i forbindelse med koronapandemien. Om heller ikke ordfører hadde hatt anledning til å gjøre hastevedtak, ville krisehåndteringsfullmakten til leder av beredskapsledelsen kommet til anvendelse.

gjort 14. juli. 2020. Det ble gitt klarsignal til bruk av ordensvakter på fredager og lørdager i perioden 10.07-15.08 2020 for å redusere smitterisiko i utelivet.

Begrunnelsen for å innføre krisehåndteringsfullmakten var bl.a. erfaringene fra den akutte krisehåndteringen i mars 2020, særlig beslutningene beredskapsledelsen gjorde før helsemyndighetene valgte å stenge ned landet 12. mars. En rekke beslutninger ble truffet, ofte med økonomiske forpliktelser, bl.a. å sette opp telt ved legevakten, innkjøp av smittevernutstyr, forberedelser feltsykehus, avtale om reservesykehjem, stenging av alle innendørs arrangementer med over 500 deltakere, meldeplikt på arrangement med samlinger på mellom 50 og 500, besøksrestriksjoner i sykehjem og opphør av virksomhet for frisører og foterapeuter og ilandstigningsnekt for turister som ankommer havnen i cruiseskip. For å nevne noen.

Utvilsomt har det hastet å få gjort disse beslutningene, og erfaringen til de intervjuede er at beredskapsledelsen manglet en klar fullmakt som formelt kunne begrunne vedtakene.

6.4 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKT

Koronapandemien har krevd ekstraordinære styringstiltak for å sikre effektiv håndtering av krisen. Stavanger kommune innførte en generell krisehåndteringsfullmakt til leder av beredskapsledelsen. Forutsetningen for bruk av fullmakten er nødvendighet i akutte situasjoner hvor det har vært behov for å iverksette skadebegrensende og skadeforebyggende tiltak raskt.

Foruten den generelle krisefullmakten, ble kommunedirektøren gitt en midlertidig utvidet budsjettfullmakt. Verken den eller den generelle krisefullmakten, har vært brukt ofte. Det er snakk om unntakstilfeller der ordinær delegasjon ikke har vært tilstrekkelig.

Formannskapet og ordførers bruk av ordinære eller midlertidige fullmakter har i hovedsak dreid seg om å få vedtatt lokal forskrift og fortløpende gjøre justeringer i denne i tråd med smitteutviklingen og regionale avklaringer. Formannskapet har etter kommuneloven og ordinært delegeringsreglement i utgangspunktet fullmakt til å treffe vedtak i hastesaker. I tillegg kommer midlertidig utvidede fullmakter som formannskapet ble tildelt 1. april 2020.

Ordfører kan etter kommuneloven § 6-1 fjerde ledd punkt b gis hastefullmakt på vegne av kommunestyret. En slik fullmakt er imidlertid ikke på generelt grunnlag tatt inn i kommunens delegeringsreglement. I løpet av koronapandemien er derfor ordfører gitt midlertidig fullmakt både etter kommuneloven og smittevernloven § 4-1. Fullmakten etter kommuneloven er forlenget til å gjelde ut valgperioden.

I sum betyr dette at formannskapet, ordfører og kommunedirektør har hatt relativt vide formelle fullmakter under koronapandemien. Disse fullmaktene følger både av ordinært delegeringsreglement og gjennom de ekstraordinære vedtakene om midlertidig utvidede fullmakter. Formelt sett har dette styrket beredskapsevnen. I praksis har bruken av de midlertidige fullmaktene samlet sett vært relativt begrenset. De har sikret beslutninger der tidsfaktoren kunne bli kritisk. Det samme kan sies om kommunedirektørens generelle krisehåndteringsfullmakt og formannskapets ordinære hastefullmakt.

Et spørsmål som flere av de intervjuede har vært inne på, er om fullmaktsystemet har blitt unødig komplisert og uoversiktlig. Sak for sak har det gjerne vært diskutert hvilken fullmakt som skal brukes: Smittevernoverlegens hastefullmakt etter smittevernloven, ordførers midlertidige hastefullmakt etter smittevernloven eller kommuneloven, kommunedirektørens generelle

krisehåndteringsfullmakt eller midlertidig utvidede budsjettfullmakt osv. Et aktuelt læringspunkt kan være å gå gjennom fullmaktsystemet når krisen er over med tanke på forenklinger.

I den mest akutte fasen av pandemien – i mars 2020 – ble hastefullmakten til smittevernoverlegen viktig for å få truffet nødvendige beslutninger. Den politiske involveringen var dermed begrenset, utover den som fulgte av at både ordfører og varaordfører har deltatt i kommunens beredskapsledelse. Ved også å gi ordfører hastekompetanse etter smittevernloven, har den politiske involveringen blitt større enn om kun smittevernoverlegens hastekompetanse ble brukt. Det hører også med at formannskapet har behandlet en del «koronasaker». Det har vært en sak-til-sak-vurdering i beredskapsledelsens møter om enkeltsaker burde «sluses» videre for politisk behandling eller om beredskapsledelsen selv skulle treffe avgjørelsen. De folkevalgte, og da særlig gruppelederne, har også jevnlig blitt informert om håndteringen av koronapandemien.

Vår vurdering er at det er utvist tilbakeholdenhet i bruken av utvidede fullmakter som virkemiddel i krisehåndteringen. Med kommunedirektørens krisehåndteringsfullmakt er det formalisert at beredskapsledelsen har nødvendig handlefrihet til raskt å agere når liv og helse står i fare. I sum har begrenset bruk av midlertidig utvidede fullmakter, regelmessig informasjon og dialog mellom politikk og administrasjon og det at både ordfører og varaordfører har deltatt i beredskapsledelsen vært med på å sikre demokratisk kontroll med koronahåndteringen.

Stavanger kommune har ikke tidligere hatt en krisehåndteringsfullmakt. Innen 2021 skal kommunestyret vurdere om fullmakten skal gjøres permanent.

Revisjonen mener at erfaringene fra den mest akutte fasen i koronapandemien i mars 2020 begrunner et behov for en generell krisehåndteringsfullmakt som leder av beredskapsledelsen kan anvende i akutte situasjoner der liv og helse står i fare.

Anbefalinger:

- Krisehåndteringsfullmakten til kommunedirektøren bør gjøres permanent. Gjøres den permanent bør den innarbeides i overordnet beredskapsplan.
- Kommunen bør gjennomgå fullmaktsystemet i lys av erfaringene med koronapandemien med sikte på å lage et mest mulig enkelt og oversiktlig fullmaktsystem ved kriser.

7 KRISEKOMMUNIKASJON

7.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

I dette kapitlet undersøker vi hvordan kommunikasjon ut til befolkningen har vært håndtert, med et særlig fokus på kommunikasjon overfor flerspråklige og flerkulturelle miljøer. Dette var en problemstilling som Kontrollutvalget la til under behandling av prosjektmandatet 20. april 2020.

Kommunikasjonsutfordringen har vært stor under hele pandemien. Sett fra mottakernes side har informasjonsmengden vært enorm - fra regjering og helsemyndigheter, fra kommuner, sykehus, regionale myndigheter og gjennom ulike medier - tradisjonelle så vel som ulike sosiale medier. En mye brukt tittel i mediene har da også vært «*Forvirret? Dette er de nye koronatiltakene.*» Det har vært krevende å få formidlet et enkelt og samordnet budskap når en rekke ulike instanser nasjonalt, regionalt og lokalt fortløpende har formidlet ny informasjon under koronapandemien.

Stavanger kommune var tidlig ute med å lage en koronakommunikasjonsplan. Allerede 7. februar 2020 forelå den første planversjonen med vekt på å formidle informasjon fra FHI. 20. april 2020 ble en revidert versjon vedtatt med sterkere fokus på lokale forebyggende tiltak, konsekvenser av nasjonale tiltak og informasjon om kommunens pandemihåndtering. 24.09.2020 ble planen på ny revidert, der det ble understreket at situasjonen var mer uforutsigbar.⁹⁸

Mål og strategier i koronakommunikasjonsplanen bygger på Stavangers *Plan for kommunikasjon under kriser* og på kommunens overordnede kommunikasjonsstrategi.

Regional samordning av kommunikasjon er bl.a. fastslått i felles beredskapsplan for Stavangerregionen. Samordning inngår også i kommunens plan for kommunikasjon i kriser.

Tabellen gir en oversikt over planer med relevans for kommunens kommunikasjonsarbeid.

| Tabell 10: Oversikt over planverk av relevans for kommunikasjon under koronapandemien |
|--|
| - Korona-kommunikasjonsplan – første versjon 7.02.2020, oppdatert 20.04. og 24.09.2020. |
| - Kommunikasjonsstrategi – vaksinerings. |
| - Rutine for kommunikasjon ved bekreftet tilfelle av covid-19 – februar 2020. |
| - Plan for kommunikasjon ved kriser, Stavanger kommune, 2018. ⁹⁹ |
| - Kommunikasjonsstrategi i Stavanger kommune - kommunikasjon for en levende by. |
| - Beredskapsplan for Stavangerregionen, 2016. Omhandler bl.a. regional samordning av krisekommunikasjon (tiltakskort for regional krisekommunikasjon). |
| - Delavtale 11 – Samarbeidsavtale SUS og kommunene om beredskap og akuttmedisin, bl.a. om å samhandle regionalt for å sikre felles krisekommunikasjon. |

98

<https://stavangerkommune.sharepoint.com/:w:/s/grkommunikasjonstavanger/EdDytXqA98xGkThUETLaoOEBYHcBrCUMi5dna651cSsNUw?email=stale.opedal%40rogaland-revisjon.no&e=4%3AID1ajj&at=9&CID=1B61D476-C764-41C2-83CD-84FA6BB29D69&wdLOR=c72BC6B44-8769-4968-B745-ADBE6D58D21C>

⁹⁹ Stavanger kommune er gjennom Sivilbeskyttelsesloven §15 pålagt å utarbeide en plan for informasjon til befolkning og media i krisesituasjoner. Plan for krisekommunikasjon er en del av den overordnede Plan for krisehåndtering i Stavanger kommune, og omhandler organisering og håndtering av krisekommunikasjonsarbeidet ved en uønsket hendelse.

For å vurdere hvordan kommunen har jobbet med kommunikasjon under koronakrisen er det relevant å se hen til Stavanger kommunes plan for krisekommunikasjon og særlig plan for korona-kommunikasjon. Disse plandokumentene utgjør rettesnorer eller kriteriesett for god krisekommunikasjon. Å ha en plan på plass før trøkket kom for fullt med pandemien, er i intervjuene fremholdt som viktig for den fortløpende håndteringen av krisen.

Plan for korona-kommunikasjon inneholder strategier for kommunens kommunikasjon under pandemien. For det første slås det fast at *Åpenhet og pålitelighet* er viktig for all krisekommunikasjon. Det samme er *klar og forståelig kommunikasjon* som når fram til målgruppene med riktig og oppdatert informasjon. For det tredje er det viktig å være i forkant gjennom *proaktiv kommunikasjon*. Det viser at kommunen tar ansvar og har kontroll, og etablerer seg som en autoritativ kilde til informasjon. Rask reaksjon kan hindre rykter, feilinformasjon og at andre setter dagsorden. For det fjerde er det viktig med *samordnet informasjon*. Det betyr et behov for å samordne informasjon med kommunene på Nord-Jæren, og mellom statlig og kommunal informasjon. Mangel på koordinering kan føre til forvirring og tap av tillit.

Basert på de fire strategiene, er det formulert følgende mål for kommunikasjonsarbeidet:

- *Bidra til å begrense smitte*
- *Formidle klar og forståelig informasjon i tråd med nasjonale retningslinjer*
- *Informere målgruppene våre om hvor de kan få hjelp og støtte*
- *Bidra til å roe ned situasjonen og forebygge sosial uro*
- *Formidle oppdatert informasjon om endringer som angår ansatte*
- *Skape samhold, stolthet og vise fram innsatsen som gjøres*

Stavanger kommune skal dermed kommunisere klart og forståelig om pandemien og bidra til å oppmuntre, men også berolige befolkningen og de ansatte.

Vi har lagt til grunn følgende **revisjonskriterier**

- At kommunikasjonen har vært klar og forståelig og som befolkningen er fornøyd med
- At kommunen har etablert seg som en oppdatert og viktig kilde til korona-informasjon
- At kommunens informasjon har vært samordnet med nabokommuner og stat
- At informasjonen har vært tilpasset målgrupper som flerspråklige innbyggere mv.

Delkapitlet har vi inndelt på følgende måte: Vi ser først på hvilke kommunikasjonskanaler, målgrupper og utfordringer som har vært viktige, før vi ser på besøks-/treffstatistikk for koronanettsiden til kommunen, samt hvordan befolkningen vurderer den informasjonen de har fått. Avslutningsvis går vi nærmere inn på kommunikasjonen overfor flerspråklige grupper.

7.2 ORGANISERING AV KOMMUNIKASJONSARBEIDET

Organisatorisk er det overordnede kommunikasjonsarbeidet blitt håndtert av Kommunikasjonsavdelingen. Kommunikasjonssjef har vært representert i den overordnede beredskapsledelsen. Det har muliggjort raske avklaringer av kommunikasjonsbistand i forbindelse med møter, pressekonferanser og informasjon til lokale medier. Ledelsen er videre holdt underrettet om kommunikasjonsavdelingen arbeid, blant annet om tiltak rettet mot flerkulturelle miljøer.

Kommunikasjonssjef har også vært representert i regionale fora etter behov slik som forskriftsgruppa og den regionale samordningsgruppa på Nord-Jæren (STARASOSA), der blant annet ordførere og kommunedirektører møtes. I sistnevnte møte, har alle de fire kommunene vært representert med kommunikasjonsfolk. Det har gjort det mulig å fange opp ulike syn i kommunene, og raskt få sendt ut pressemelding etter møtene. Kommunikasjonsansvarlige i de fire Nord-Jæren kommunene har videre hatt regelmessige møter (ofte ukentlig) helt siden starten av pandemien. Dessuten har Stavanger kommune hatt en intern kommunikasjonsgruppe (K5). Medieovervåking, medieanalyser og samordning av kommunikasjonsarbeidet i kommunen har vært blant gruppas oppgaver.

Kommunikasjonsrådgiver i Helse og velferd/ Oppvekst og utdanning har deltatt regionalt i fagråd 11-møtene. Der har smittevernoverleger fra de fire kommuneklustrene i opptaksområdet til Helse Stavanger deltatt, sammen med beredskapssjefer, fylkeslege og smittevernleger og beredskapsansvarlige fra SUS. Kommunikasjonsrådgiverne på øvrige tjenesteområder har alle vært involvert i koronarelatert kommunikasjonsarbeid på sine ansvarsområder. Flere har deltatt i beredskapsorganisasjonen innenfor tjenesteområdet, slik som kommunikasjonsrådgiver i Helse og velferd som helt fra starten av pandemien har deltatt i beredskapsledelsen og etter hvert også i operativ beredskapsgruppe, jf. delkapittel om beredskapsorganisasjonen i Helse og velferd.

Arbeidspresset i kommunikasjonsavdelingen har vært høyt under pandemien, med døgndrift siden mars 2020. Kommunikasjonsvaktordningen, med bare ett telefonnummer inn, som ble innført ved inngangen til 2020, har vist seg nødvendig for å kunne håndtere medietrykket. Pågangen fra media har vært langt større enn vanlig og krevde ekstra innsats og ressurser under den første smittebølgen. Mot slutten av 2020 ble det ansatt en ny kommunikasjonsrådgiver. Avdelingen ble òg forsterket med en innholdsprodusent som har bidratt med informasjon i 2021.

Kommunikasjonsutfordringen har vært stor under pandemien. Én utfordring har vært å få ut ny informasjon raskt og til rett tid og i riktig mengde, samt raskt fjerne gammel informasjon. Det gjelder fortløpende informasjon om utviklingen i smittesituasjonen og i forhold til hyppige endringer som er gjort lokalt og nasjonalt i forhold til smittevernregler og anbefalinger.¹⁰⁰ Ved noen tilfeller har kommunikasjonsansvarlige måttet håndtere dobbeltkommunikasjon – både budskap om at kommunen åpner opp som våren 2020, men også kommunisere at kommunen fortsatt er i beredskap. Lignende utfordring har gjort seg gjeldende våren 2021 med gradvis gjenåpning, økt vaksinerings og generelt fallende etterlevelse av generelle smittevernreglene.

Det har videre vært utfordrende å samordne informasjon fra nasjonale myndigheter med informasjonen fra kommunen slik at innbyggerne ikke blir forvirret. I mange tilfeller har kommunen hatt svært kort tid på seg fordi informasjonen fra staten har kommet brått på.

¹⁰⁰ I intervjuene har flere pekt på at kommunen fikk informasjon fra regjeringen og helsemyndighetene for kort tid før tiltak og retningslinjer skulle iverksettes. Dersom kommunen hadde blitt informert særskilt og i forkant, i stedet for gjennom mediene samtidig med befolkningen, kunne kommunen forberedt seg bedre på gjennomføring, og på kommunikasjon til egne innbyggere og lokale media.

For det tredje har det vært utfordrende å samordne informasjon mellom kommunene på Nord-Jæren og i forhold til sykehuset. Spesielt i tilfeller der smitteverntiltakene har variert mellom kommunene, har det vært krevende å få ut et enkelt og forståelig budskap til folk.¹⁰¹

For det fjerde har noen målgrupper vært mer utfordrende å nå ut med informasjon om korona. Det gjelder spesielt kommunikasjon til unge voksne og enkelte minoritetsgrupper i kommunen.

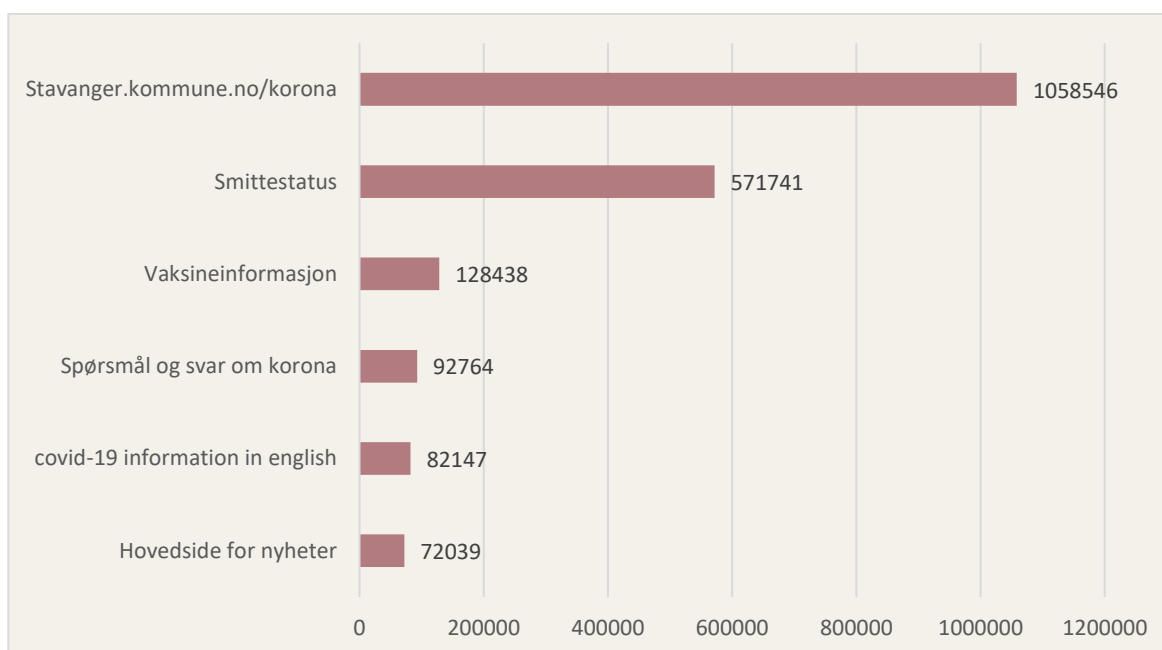
Til sist har det vært utfordrende for kommunikasjonsavdelingen å finne en god balanse mellom informasjonsmengde, slik at kommunen har fått informert om at situasjonen er alvorlig og krever innsats fra befolkningen – men uten å skape unødig uro og bekymring i befolkningen.

7.3 KOMMUNIKASJONSKANALER

Nettsiden om korona har vært navet i kommunikasjonen med innbyggerne. Den har vært avgjørende for å få ut informasjon om smittestatus, testing og gjeldende råd og regelverk.

Stavanger.kommune.no hadde 6 067 158 sidevisninger i 2020. Dette innebærer en økning på 1 844 660 sidevisninger (44 prosent) sammenlignet med fjoråret. Innbyggerne har strømt til nettsidene for oppdatert informasjon. Det største trafikkmagnetene har vært følgende:

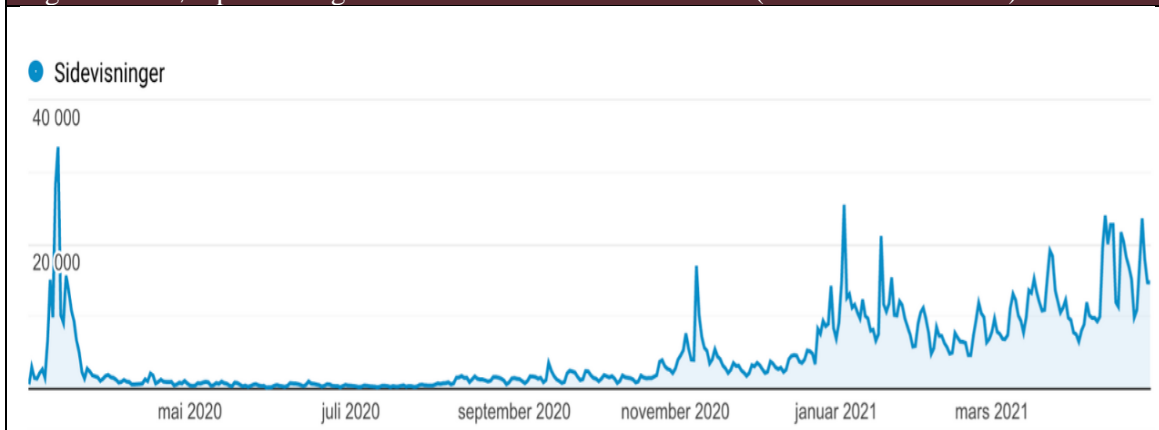
Figur 13. Oversikt over de viktigste trafikkmagnetene på kommunens nettside fra 1. mars 2020 til 1. mai 2021 (Kilde: Stavanger kommune).



Trafikken på Stavanger kommunes nettsider om korona har i stor grad fulgt smittebølgen.

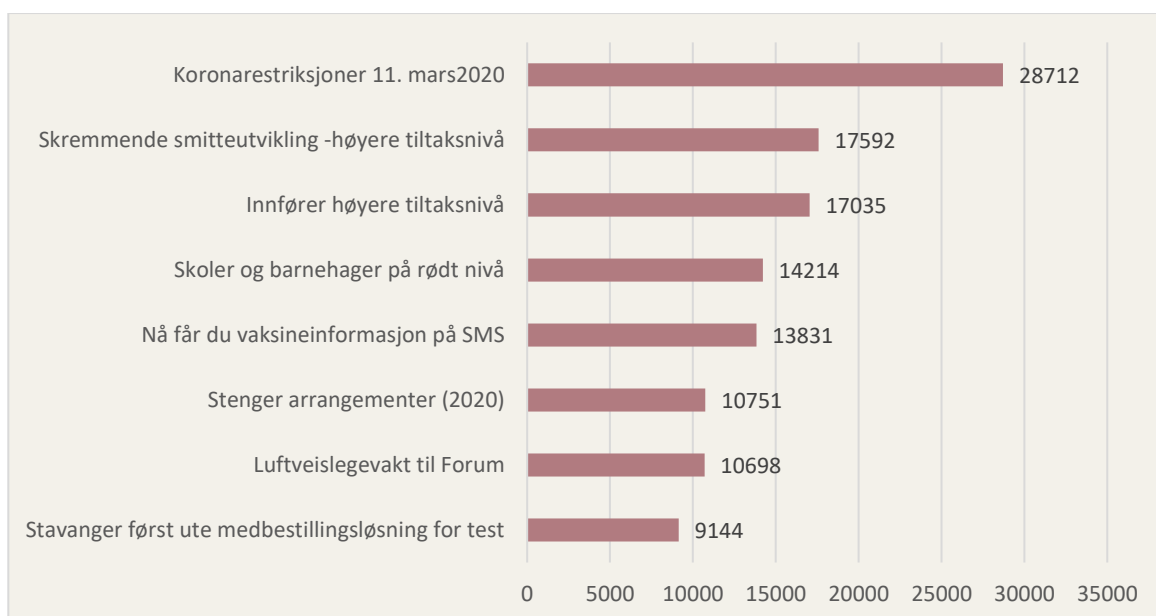
¹⁰¹ Eksemplene er mange, blant annet i forhold til innholdet i lokal forskrift der Stavanger i noen tilfeller har hatt strengere tiltak enn de tre øvrige kommunene, jf. kapitlet om regional samordning. Kommunikasjonen har også vært krevende i enkeltsaker som demonstrasjonen mot rasisme i Byparken med 1400 deltakere i juni 2020. Da gikk Stavanger og Sandnes ut med ulik informasjon til ansatte som hadde deltatt i demonstrasjonen.

Figur 14. Besøk på Stavanger kommunes nettsider om korona (1.03.2020-1.05.2021)



Kommunikasjonsavdelingen har produsert nyhetsartikler nesten daglig gjennom pandemien. Nyhetsartiklene fungerer også som pressemeldinger ettersom både lokale og nasjonale medier abonnerer. 18 av de 20 mest leste nyhetssakene er koronarelatert. Her er de mest leste:

Figur 15. De mest leste nyhetsartiklene fra kommunikasjonsavdelingen under pandemien.



Trafikken vitner om at innbyggerne har søkt til offentlig kommunikasjon i krisetider. Den vedvarende veksten kan også tyde på at de stoler på den informasjonen kommunen deler.

Kommunen har videre hatt en økning på Instagram, Facebook og LinkedIn. I 2020 har kommunen fått rundt 9000 nye følgere i sosiale medium.

Flere koronarelaterte innlegg har hatt en rekkevidde over 100 000 innbyggere, og enkelte poster har nådd opp mot 400 000 innbyggere, jf. tabellen nedenfor.

Tabell 11. Eksempler på koronarelaterte innlegg på Facebook, Instagram og LinkedIn og hvor mange innbyggere de har nådd ut til (Kilde: Årsmelding 2020 Stavanger kommune,

| Innlegg | Rekkevidde |
|--|------------|
| Hamstring | 398 400 |
| Avistitler | 191 900 |
| Kjenner du det også? At vi hører sammen? | 159 700 |
| Takk for at dere møter opp til dugnad! | 138 400 |
| Lego-video om smittespredning | 132 700 |
| Byfolk som er på hytta i Sirdal | 117 000 |
| En halvtimes idémyldring | 96 600 |
| Smitten øker på Nord-Jæren og vi trenger din hjelp | 80 700 |

Kommunikasjonsavdelingen har gjennomført en rekke kampanjer i 2020 for å informere og oppmuntre folk til å overholde de grunnleggende smittevernreglene. Kampanjene ble formidlet via nettsidene til kommunen, pressemeldinger og pressebriefer, sosiale medium (Facebook, Instagram, Twitter, Snapchat), annonser i aviser og bydelsaviser, plakater i buss-skur, kinoreklame, digitale skjermer i sentrum, skjermer i svømmehaller og bibliotek, intranett, skilt i sentrum og langs turveier og plakater i ulike institusjoner (jf. årsmelding Stavanger kommune 2020). I tillegg har avdelingen laget plakater mv. til virksomhetene. Det er også blitt informert i kommunens friområder og i sentrum for å minne innbyggerne på smittevernreglene¹⁰².

Kampanjematerialet til Stavanger kommune og innlegg i sosiale medium er gjort tilgjengelig for andre kommuner, særlig nabokommunene på Nord-Jæren, og for flere fylkeskommuner. Erfaringen er at informasjonsmaterialet har blitt mye brukt gjennom hele pandemien.

Kommunikasjonsavdelingen har òg tatt initiativ til og arrangert en rekke pressekonferanser under pandemien. Det har også nabokommuner og sykehus, og i en del tilfeller har disse pressekonferansene vært samordnet, andre ganger har kommunene tatt egne initiativ. Både kommunikasjonsavdelingen og flere av tjenesteområdene i Stavanger kommune rapporterer om et jevnt over godt samarbeid med de lokale mediene.

Da regjeringen varslet innskjerping av karantenebestemmelsene 26. oktober 2020, iverksatte kommunikasjonsavdelingen tiltak for å bedre kommunikasjonen med *næringslivet*. Hensikten var å bygge allianser med næringslivsorganisasjonene – NHO, LO, Næringsforeningen - for å nå ut til virksomhetene med informasjon om og viktigheten av etterlevelse av smitteverntiltakene.

Senhøstes 2020 og utover på nyåret 2021 gjennomførte kommunikasjonsavdelingen tiltak for å nå bedre fram til *unge voksne* om koronainformasjon. To workshops ble gjennomført med ungdommer VG2 på Hetland VGS i november og 10b på Kristianslyst skole i desember.

Ungdommene bekreftet at kommunen ikke nådde ut til unge voksne med informasjon i særlig stor grad. Ungdommens anbefaling var bruk av målrettede annonser i sosiale medier.

Ungdommene løftet fram Memes, Snapchat og Tiktok som viktige format og kanaler. Basert på

¹⁰² Stavanger parkering satte for eksempel inn trafikkbetjentene sine i koronaopplysningens tjeneste i kommunens friområder.

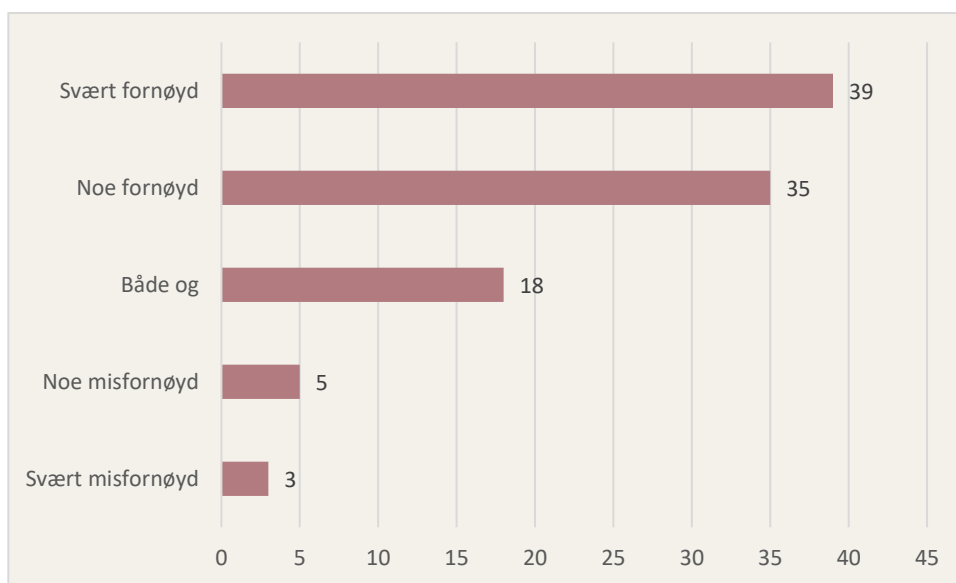
innsikten fra ungdommene utarbeidet kommunikasjonsavdelingen flere nye kampanjer og aktiviteter rettet mot målgruppen.

Tidlig vår 2021 tok kommunikasjonsavdelingen initiativ til et nærmere samarbeid med *russen*. Hensikten har vært å sikre en trygg og smittefri russefeiring. Ulike tiltak ble utviklet og iverksatt for å kommunisere effektivt og målrettet med russene for å sikre høy etterlevelse av smittevernreglene. Blant annet er flere videosnutter brukt for å nå fram til denne målgruppen.

Våren 2021 ble det også tatt initiativ til prosjektet «*Lyspunkt*». Hensikten har vært å motivere innbyggerne på kreative måter til å etterleve restriksjonene i nye 3-6 måneder. Tre ulike tiltak ble rullet ut: En kampanje i sosiale medier der folk oppfordres til å tipse om koronavennlige aktiviteter. Videre ble det satt av 300 000 kroner til såkornmidler som ble fordelt på gode initiativ og ideer som kunne lyse opp koronahverdagen. Utevenn var det tredje tiltaket det ble jobbet med. Det var et tilbud til de som synes det var vanskelig å komme seg ut på egenhånd.

Sentio Research Norge AS gjennomførte våren 2021 to befolkningsundersøkelser for Stavanger kommune som bl.a. inneholdt et spørsmål om hvor tilfredse innbyggerne var med informasjonen fra kommunen. Den første undersøkelsen ble gjennomført over telefon i siste halvdel av februar 2021, mens den neste ble gjennomført i slutten av mai.

Figur 16. Hvor fornøyd er du med måten Stavanger kommune informerer om koronasituasjonen? (befolkningsundersøkelsen i februar 2021).



I all hovedsak er innbyggerne i Stavanger fornøyd med måten Stavanger kommune har informert om koronasituasjonen. At 3 av 4 er svært eller noe fornøyd med informasjonen de har fått, må karakteriseres som et godt resultat - også sammenlignet med andre kommuner.¹⁰³

Befolkningsundersøkelsen i mai 2021 viste enda bedre resultat. 81 % av innbyggerne var i den siste undersøkelsen fornøyd eller svært fornøyd med måten kommunen informerer om

¹⁰³ Det gjelder kommunene Sarpsborg, Asker og Nordre Follo som har gjennomført samme undersøkelse fra SENTIO. Se forøvrig lenke <https://opinion.no/2021/03/tilliten-til-myndighetene-faller/>

koronasituasjonen. Det var en økning på 7 prosentpoeng fra målingen i februar. Bare 5 % er noe eller svært misfornøyde. Det er en nedgang på 3 prosentpoeng.

Kommunikasjonsavdelingen har høstet ros i overordnet beredskapsledelse for måten de har håndtert kommunikasjonsutfordringene på. Også i intervjuene i fagstabene i Helse og velferd og i Oppvekst og utdanning uttrykkes det tilfredshet med hvordan kommunikasjonen utad er blitt håndtert. En utfordring i Helse og velferd har vært informasjon til pårørende første halvår 2020.

Kommunikasjon til ansatte

Den interne koronakommunikasjonen har også hatt som mål å trygge de ansatte, oppmuntre de til å holde ut og anerkjenne den innsatsen de ansatte har stått for i en krisetid. Informasjonen har dreid seg om gjeldende regler og rutiner for nærvær på arbeidsplassen, bruk av hjemmekontor, gjennomføring av møter på teams osv. – i tillegg til informasjon om rettigheter og plikter i forbindelse med sykdom og etterlevelse av smittevernregler og anbefalinger.¹⁰⁴

De viktigste informasjonskanalene har vært intranettet og informasjon formidlet via linjeledelsen. Det nye intranettet, som ble tatt i bruk 1. januar 2020, har etter kommunikasjonsavdelingens oppfatning fungert bra – også til informasjon om korona. Intranettet hadde i 2020 totalt 6 546 341 sidevisninger siden oppstarten 1. januar 2020. I begynnelsen av 2020 kunne en nyhetssak på intranettet ha noen hundre sidevisninger. Til sammenligning hadde saken om restriksjoner for ansatte i forbindelse med koronapandemien, som ble publisert 11. mars 2020, over 10 000 sidevisninger. Funksjonen med å sende ut nyhetssaker som nyhetsbrev på e-post til ansatte ble også tatt i bruk i løpet av pandemien. På noen tjenesteområder, som Helse og velferd, er det tatt i bruk ukebrev som hver uke har sammenfattet viktige koronatiltak innenfor tjenesteområdet.

Blant virksomhetsledere i skoler og barnehager vi har intervjuet, uttrykkes det jevnt over tilfredshet med den informasjon de har fått fra ledelsen og over intranett.¹⁰⁵ Flere påpeker at informasjonen til tider har vært overveldende, hvor endringer har kommet på løpende bånd.

Bruk av CIM som informasjons- og krisestøtteverktøy

Håndtering av en krise innebærer behov for informasjon, kommunikasjon, samhandling og koordinering på tvers. Ifølge beredskapsplanen benytter Stavanger kommune seg av CIM (Crisis Information Management), som er et informasjons- og styrings- og støtteverktøy i forbindelse med kriser. Det inneholder bl.a. hendelseslogg, planer, ressurser og mediehendelser/mediesvar.

Gjennomgangen vår tyder på at CIM aktivt er blitt brukt av beredskapsstab og tjenesteområder til å fortløpende legge inn møtereferater, situasjonsrapporter, planer, medieovervåking osv. Etter litt usikkerhet i starten, har det blitt mer rutine over hvilken koronainformasjon som er lagt i CIM. CIM har dermed blitt et fyldig arkiv som kronologisk gir en oversikt over koronahåndteringen.

¹⁰⁴ Ved noen anledninger er det brukt flere kommunikasjonsveier for å nå fram med budskapet. Et eksempel er kampanjen «Litt pjusk? Hold deg hjemme!». En stund etter nyhetssaken på intranettet ble det sendt e.post i linjen i oppvekst og utdanning og helse og velferd med budskap til ledere og lenke til intranettsak.

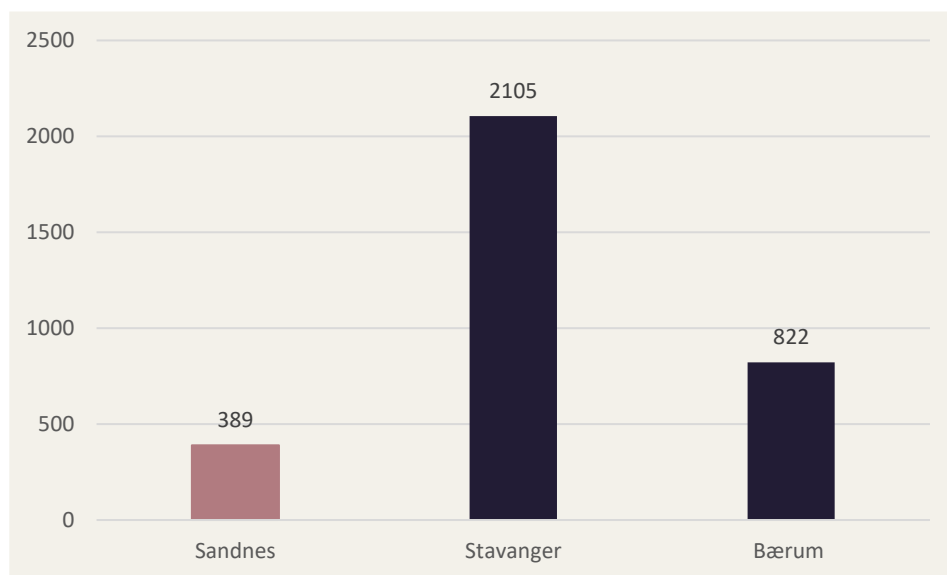
¹⁰⁵ Omfatter intervjuer med 3 barnehagevirksomheter. Til hver virksomhet hører flere barnehager. I tillegg er det gjort intervjuer med 6 rektorer/virksomhetsledere for barne- og ungdomsskoler.

De vi har snakket med, er mer i tvil om hvilken nytte CIM har hatt som informasjonsdelingsverktøy og styringsverktøy. Med en langvarig krise som koronapandemien blir informasjonen omfattende. Med begrensede søkemuligheter og få muligheter for systematisering av informasjonen etter tema, blir det et tungvint verktøy å orientere seg i. Andre plattformer, særlig teams, har fungert som plattformer for informasjon og samhandling innenfor og på tvers av tjenesteområder.

I intervjuene pekes det dessuten på at CIM har en nokså begrenset nytteverdi i en «krypende og langvarig krise» som koronaen. Samtidig hevdes det at CIM fungerer godt som krisestøtteverktøy i forbindelse med korte og intensive hendelser, som brannen i parkeringshuset på flyplassen.

Det varierer også fra kommune til kommune hvor mye man bruker CIM og hva som legges inn der. I figuren under illustrerer vi forskjellene mellom Sandnes, Stavanger og Bærum.

Figur 17. Antall loggføringer i CIM knyttet til koronapandemien fra jan. 2020 til 14.04.2021.



CIM gir en oversikt over den fortløpende håndteringen av koronapandemien, men har hatt begrenset verdi i forhold til informasjonsdeling, planlegging og krisestyring. Andre verktøy har vært viktigere for å samle inn og dele informasjon på tvers og mellom nivåer i kommuneorganisasjonen. CIM har primært fungert som et loggførings- og arkivsystem.

Fremover bør kommunen ta stilling til hvordan man skal bruke CIM i kriser, blant annet om man skal skille mellom hvordan man bruker verktøyet i kortvarige og langvarige kriser. Det synes videre å være et behov for å avklare nærmere hvilken informasjon som skal legges der, og hvordan det kan brukes mer effektivt i forhold til informasjonsdeling og som styringsverktøy. Storbynettverket har allerede tatt et initiativ overfor Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og pekt på behovet for å gjøre styringsverktøyet mer funksjonelt også under store og langvarige kriser som koronapandemien.

7.4 KOMMUNIKASJON TIL FLERSPRÅKLIGE GRUPPER

Covid-19 har rammet noen innvandrergupper svært hardt. I flere bykommuner har innvandrergupper utgjort 30-35 prosent av de smittede, og rundt 60 prosent av de som har vært innlagt på sykehus med covid-19 har vært innvandrere.

Også i Stavanger har innvandrere født i utlandet eller med utenlandske foreldre mest sannsynlig vært overrepresentert i smittestatistikken.¹⁰⁶

I Stavanger utgjør innvandrerbefolkningen 23 prosent av befolkningen. Dette tallet inkluderer både innvandrere født i utlandet og norskfødte av innvandrereforeldre. Utelukker vi de norskfødte, utgjør andelen innvandrere født i utlandet i 2020, 18,9 prosent i Stavanger (SSB 2020), det vil si over landssnittet på 15 prosent. Stavanger har relativt høye andeler fra Polen, Pakistan, Sverige, Somalia og Storbritannia, alle land som i perioder har hatt mye smitte. Tilreisende til og fra disse landene kan dermed være mer utsatt for smitte. I tillegg til kommer gjestearbeidere fra land med mye smitte, noe som kan føre til importert smitte om ikke smittevernreglene overholdes.

Folkehelseinstituttet har gjort flere undersøkelser for å finne årsakene til den utbredte smitten i enkelte innvandremiljøer. At innvandrere reiser på besøk til hjemlandet og tar med smitte til Norge er én forklaring. Mange med innvandrerbakgrunn jobber også i serviceyrker der de møter mange mennesker og står i førstelinjen. For eksempel i butikk, rengjøring, utelivsbransjen og helsetjenesten. Trangbodhet og kultur for mer sosial omgang enn gjennomsnittsnordmannen, er også trukket fram som faktorer som bidrar til overrepresentasjon av innvandrere. Også lavere utdanning enn gjennomsnittsnordmannen og liten tillit til myndighetsinformasjon, kan ha betydning. I en rapport fra april 2021 peker FHI på at årsaksmønsteret er komplisert og sammensatt, og at høyere smitte i innvandrerbefolkningene ikke har én enkel forklaring.¹⁰⁷

Dette bakgrunnsteppet er viktig å ta hensyn til når vi skal vurdere kommunens innsats for å informere minoritetsgrupper i kommunen. Kommunikasjon er viktig, men denne innsatsen kan ikke alene forklare hvorfor det har vært mer covid-19 blant innvandrere enn blant etnisk norske.

Stavanger kommunes koronainformasjon på kommunens nettside var pr 1. mai 2021 oversatt til 7 språk. Videre er det installert google translate på nettsiden som oversetter til mange språk.

I desember 2020 ble det laget filmer om smittevernreglene på 14 språk. I våren 2021 ble det laget informasjonsfilm om hvorfor ta vaksine på 17 språk. Filmene er distribuert løpende via sosiale

¹⁰⁶ Ifølge smittevernoverlegen er innvandrergupper overrepresentert, men kommunen har ikke nøyaktige tall på hvor stor denne er. Det er bare ført statistikk over etnisitet i perioder, når det har vært av betydning å følge med på smittesituasjonen. Det er ikke blitt skilt mellom om de er født i utlandet, eller har foreldre som er født i utlandet. Enkelte uker kan noen innvandrergupper være overrepresentert, i andre uker nesten fraværende i statistikken. I uke 14 i 2021 var for eksempel 41/126 norsk-ethnisk, 44/126 Syrisk, og de øvrige fordelt på 16 andre etnisiteter. For uke 15 var 99/218 norsk, 32/218 syrisk, og resten fordelt på 21 nasjonaliteter. I uke 16 47/105 norsk og resten fordelt på 22 etnisiteter. I andre uker har minoritetsgrupper i liten grad vært representert i smittestatistikken.

¹⁰⁷ <https://www.fhi.no/nyheter/2021/sosiale-ulikheter-er-ikke-hovedarsaken-til-hoyere-smitte-blant-personer-fod/>

medier og via nettsiden til kommunen. Fra nettsidene har det også vært lenker til FHI sine sider, hvor det er koronainformasjon på mange språk.¹⁰⁸

Kommunikasjonen har vært utfordrende av særlig to grunner:

- Det ene er at innvandrerbefolkningen i Stavanger er svært mangfoldig med mange etnisiteter og nasjonaliteter. Det er ikke én målgruppe, men flere.
- Det andre er at flere ulike tjenester har en eller annen rolle i kommuniseringen overfor innvandrergrupper. Det gjelder Johannes læringscenter, men også skoler og barnehager. Det gjelder også andre tjenester/fagfelt i Innbygger- og samfunnskontakt og tjenester som Flyktingtjenesten, uteseksjonen, Sølvberget/ internasjonalt kulturnettverk (IKN).

Under den første smittebølgen i mars/april 2020 ble det raskt satt ned flere arbeidsgrupper. Det ble etablert kontakter med tillitspersoner i ulike minoritetsmiljøer. Kontakt ble etablert med imamer, expats og andre sentrale tillitspersoner i innvandrer miljøene.

I et intervju med Nettavisen 21. april 2020 viste ordføreren til at en moské kan ha over 4.000 troende knyttet til seg, og at tidlig kommunikasjon via imamen derfor var helt nødvendig for å hindre at smitten fikk innpass i innvandrer miljøene.

Tidlig i pandemien ble det derfor etablert tett dialog med frivillige organisasjoner og trossamfunn om koronainformasjon. Viktige informasjonsbærere var byens mange innvandrerforeninger. En brobyggende og tillitsskapende rolle ble ivaretatt av Flyktingtjenesten som benyttet sitt nettverk i forhold til innvandrer miljøene. Flyktingtjenesten har under oppfølging i underkant av 600 personer som er bosatt etter avtale med kommunen og IMDi.

Nedenfor fremgår noen av informasjonstiltakene Flyktingtjenesten har tatt i bruk:

- Hyppige SMS-meldinger til deltakere i introduksjonsprogrammet og e-poster med lenker til oversatt informasjon.
- SMS informasjon om bl.a. korona rettet mot ca. 450 mottakere. Første ble sendt 12.03.2020.
- Tips om aktiviteter til både barn og voksne på tjenestens Facebook side rettet mot deltakere, samt annen informasjon om korona på nettsiden.
- Digitale møter, samt digitale opplæringsstilbud på gruppenivå
- Samlet oversatt informasjon i egen Teams mappe til bruk i samtaler med deltakere
- Regelmessig delt oversatt og viktig informasjon fra myndigheter og kommune
- Direkte informasjon til sårbare deltakere med tett oppfølging, telefondialog, og vurdering av hjembesøk og kontorbesøk etter gjeldende smittevernregler
- Systematisk kontakt med enslige og familier med informasjonsbehov
- Informasjon om covid-19 som eget tema i skole og intro-undervisningstiltak for deltakere
- Jevnlig deling av informasjon på sosiale medier
- Utdeling av oversatt informasjonsmateriell fra frivillige organisasjoner

¹⁰⁸ FHI's Vaksine 1 2 3 (brosjyrer, filmer ol. på 46 språk er delt med Flyktingtjenesten, Johannes Læringscenter og IKN for å nevne noen. Kommunens vaksineinformasjon robotoversettes av Google translate. Stavanger kommunes vaksineside hadde pr. 1. mai 2021 hatt 67 000 sidehenvisninger.

- Bistått med språkkompetanse tilgjengelig for smittesporing og oversettelse av ulike utgaver av lokal smittevernforskrift.

Videre har barnehager og skoler hatt kontakt med sine flerspråklige barn, ungdommer og deres foreldre/foresatte, både når barnehage og skole var stengt, og i etterkant i forbindelse med gjenåpningen fram mot sommeren 2020. De tospråklige lærerne, som underviser elever i morsmål og fag på to språk i skolen, har spilt en nøkkelrolle.

Johannes læringscenter, Kommunens tolketjeneste og kommunikasjonsavdelingen bidro også. Det ble laget både film, tale og tekst som handlet om hvordan barnehage og skole sikrer smittevern og om hvordan foreldre skal forholde seg til disse.

Med økende smitte utover høsten 2020, også i innvandremiljøer, etablerte kommunen 10. november 2020 en arbeidsgruppe som skulle bedre koronakommunikasjonen rettet mot minoritetsgrupper. Den første måneden hadde gruppen utformet og iverksatt flere ulike tiltak:

- Kartlegging av språkkompetanse
 - o Totalt 105 ansatte meldte inn språkkompetanse innen 36 ulike språk.
- Informasjonsfilmer
 - o Det ble utarbeidet ni filmer i samarbeid med ProContra. Teksten ble oversatt til 12 språk, deriblant somali. Mellom 8. og 10. desember hadde filmene 13 000 visninger.
- Oversette lokal forskrift
 - o Kommunens «bank» av flerspråklige ansatte har vært behjelpelige med å oversette det meste av tekstene, mens noe ble oversatt ved hjelp av HeroTolk.
 - o Forskriftene ble gjort tilgjengelige på internettsiden, samt oversendt Sølvberget. Sølvberget benyttet sitt kontaktnett og sendte videre til ulike organisasjoner.
- Kartlegging i minoritetsmiljøer om hvor de får koronainformasjon fra.
 - o Ble sendt Johannes Læringscenter og fikk 33 svar.
- Kartlegge aktuelle foreninger og kontaktpersoner
 - o Det ble kartlagt rundt 100 aktuelle foreninger og interesseorganisasjoner med kontaktpersoner. Videre ble det kartlagt flere ulike organisasjoner og nettverk som har kontakflater inn mot minoritetsgrupper.
- Informasjon på kommunens nettside
 - o Per 1. mai 2021 var kommunens koronainformasjon oversatt til 7 språk.

Kommunens «bank» av flerspråklige ble dessuten brukt til å etablere en gruppe som kunne jobbe med smittesporing. Gruppen med flerkulturelle smittesporere kunne omdisponeres kortvarig (2 uker) i forbindelse med smitteutbrudd i enkelte miljøer.

En utfordring som er trukket fram i intervjuer, er behovet for å koordinere bedre mellom ulike fagfelt og tjenester som i kommunen har nettverk og kontakt med innvandrere. Det kunne gitt mer kraft og bedre tilpasning av informasjon til denne mangfoldige delen av befolkningen.

7.5 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKT

Stavanger kommunes mål med korona-kommunikasjonen har vært å kommunisere klart og forståelig om pandemien og bidra til å oppmuntre og berolige befolkningen og de ansatte. Tidlig utarbeidet kommunikasjonsavdelingen en egen korona-kommunikasjonsplan med strategier, mål,

ansvarsplassering, målgrupper og kommunikasjonskanaler mv. Planen har vært en rettesnor for kommunikasjonsarbeidet, med rom for fortløpende tilpasninger til den aktuelle smittesituasjonen.

Vi la til grunn følgende kriterier for å vurdere kommunens kommunikasjonsarbeid:

- *At kommunikasjonen har vært nyttig og forståelig som befolkningen er fornøyd med*
- *At kommunen har etablert seg som en viktig kilde til korona-informasjon*
- *At kommunens informasjon har vært samordnet med nabokommuner og stat*
- *At informasjonen har vært tilpasset flerspråklige minoritetsgrupper*

Vår vurdering er at kommunens koronakommunikasjon overfor befolkningen i hovedsak har vært nyttig og forståelig. 3 av 4 innbyggere i Stavanger er fornøyd med den informasjonen de har fått om korona fra kommunen. Befolkningen har i stor grad stilt opp og etterlevd smittevernregler og råd. Kommunens kommunikasjonsavdeling har høstet ros i overordnet beredskapsledelse og blant ansatte vi har intervjuet for måten de har håndtert kommunikasjonsutfordringene på. Den har bidratt til å opprettholde kriseforståelsen blant folk, men unngått å skape for mye uro.

Utfordringene har vært mange. Én utfordring har vært å få ut ny informasjon raskt og til rett tid og i riktig mengde, samt raskt fjerne gammel informasjon. Det er bl.a. løst ved døgndrift siden starten av pandemien. Kommunikasjonsvaktordningen, med bare ett telefonnummer inn, har vist seg nødvendig for å håndtere medietrykket, som til tider har vært stort. Kapasiteten i avdelingen ble dessuten styrket senhøstes 2020 i forbindelse med den andre store smittebølgen.

Vår vurdering er at kommunen raskt klarte å etablere seg som en autorativ kilde til koronainformasjon. Trafikken på kommunens nettside om korona og på sosiale medier der kommunen har informert om korona, vitner om at folk har søkt til offentlig kommunikasjon i krisetider. Veksten i sidevisninger på nettsiden og i sosiale medier i løpet av pandemien kan tyde på at folk flest stoler på den informasjonen kommunen deler. Mangel på rask reaksjon kunne ha ført til at andre fikk sette dagsorden, og at rykter og feilinformasjon fikk et overtak.

Til tider har det vært krevende å samordne informasjonen fra nasjonale myndigheter med informasjonen fra kommunen. Både fordi informasjonen fra staten ofte har kommet brått på, og fordi den statlige informasjonen kan ha signalisert noe annet enn det den lokale smittesituasjonen skulle tilsi. I noen tilfeller har kommunikasjonsansvarlig måttet håndtere dobbeltkommunikasjon – både budskap om at kommunen åpner opp, men også at pandemien ikke er over, og at kommunen fortsatt er i beredskap. Lignende utfordringer har gjort seg gjeldende i situasjoner der Stavangers nabokommuner har ønsket å åpne opp mer enn det Stavanger har ønsket.

Selv med disse samordningsutfordringene og den store mengden informasjon, er det vår vurdering at kommunikasjonsavdelingen i hovedsak har klart å få fram et overordnet og helhetlig koronabudskap, og dermed gjort forvirringen mindre enn den kunne ha vært. Viktig i så måte, har det vært at kommunens koronaansvarlige har vært tilgjengelige for pressen helt fra starten av utbruddet. Ordfører, smittevernoverleger, representanter for beredskapsledelsen og -staben mv. har alle vært tilgjengelige for de lokale mediene. Det er en utbredt oppfatning om at et godt samarbeid mellom beredskapsledelse, kommunikasjonsansvarlige og mediene, har gjort det lettere å presentere et korrekt og forståelig budskap overfor befolkningen.

Det er under pandemien blitt gjort ulike fremstøt for å forsterke kommunikasjonen overfor bestemte målgrupper, bl.a. til unge voksne og russen, til minoritetspråklige og til næringslivet. Bakgrunnen har vært risikovurderinger i forhold til smitteutviklingen.

Stavanger har utarbeidet informasjon om korona på 37 språk, bl.a. om hjemmekarantene og isolering. Informasjon til foreldre er i Stavanger gitt på 14 språk, og informasjon om avstandsregler er gitt på 22 språk. Koronainformasjon på nettsiden var pr. 1. mai 2021 oversatt til 7 språk. Både kommunikasjonsansvarlige og relevante tjenester har brukt sine nettverk inn mot minoritetsmiljøer. Her inngår flyktningtjenesten, Johannes læringscenter og Sølvberget/ internasjonalt kulturnettverk. Disse tjenestene var viktige under den første smittebølgen, mens det under den andre smittebølgen ble nedsatt en arbeidsgruppe som utformet nye kommunikasjonsiltak overfor minoritetspråklige.

Innvandrere født i utlandet eller med utenlandske foreldre antas å være overrepresentert i smittestatistikken for Stavanger, men det foreligger ikke tall på hvor stor overrepresentasjonen er. Slik styringsinformasjon er viktig for å kunne målrette kommunikasjonen overfor særlig risikoutsatte grupper. Det er videre vår vurdering – på tross av mange tiltak – at kommunen ikke har lykkes like godt med å etablere seg som autorativ informasjonskilde for deler av innvandrerbefolkningen, som for befolkningen som helhet. Det forelå ikke en plan for hvordan kommunikasjonen skulle tilpasses spesifikke målgrupper. Det tok dessuten tid før det ble satt ned en arbeidsgruppe som skulle foreslå flere tiltak for å redusere smitte blant innvandrere.

Basert på intervjuene, er følgende trukket fram blant læringspunktene:

- *Ha en plan som rettesnor for kommunikasjonsarbeidet.*
- *Ha vaktordning, møtestruktur og samarbeidsrutiner internt og overfor sykehus og andre kommuner.*
- *Vektlegge samskaping og tjenestedesign i arbeidet med å lage målgruppetilpassede kommunikasjonsopplegg.*
- *Være representert i viktige beslutningsfora for å kunne bidra med kommunikasjonsfaglige innspill og raskt å få ut informasjon i etterkant av møtene.*

En utfordring har vært koordinert og tilpasset informasjon til mangfoldet av minoritetsgrupper i Stavanger. Mye har vært gjort av ulike avdelinger og tjenester for å kommunisere og informere, men en del minoritetsgrupper har likevel vært overrepresentert i smittestatistikken.

På kommunikasjonsområdet er et læringspunkt nødvendigheten av å nå ut raskt med tilpasset og koordinert informasjon til risikoutsatte målgrupper gjennom ulike kanaler og plattformer.

Anbefaling:

- Vi vil anbefale en erfaringsgjennomgang av informasjons- og kommunikasjonsarbeidet rettet mot mangfoldet av minoritetsgrupper i Stavanger med sikte på å trekke ut læring og forbedringspunkter. En slik gjennomgang kan være et nyttig innspill til det kommunikasjonsarbeidet kommunen generelt gjør overfor minoritetsgrupper.

8 OPPBYGGING AV TISK-KAPASITET

8.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

En problemstilling i prosjektmandatet er å undersøke Stavanger kommunes oppbygging av TISK-kapasitet (kapasitet til Testing-Isolasjon-Smittesporing-Karantene).

TISK har stått sentralt i regjeringens strategi for å identifisere smittede og slå ned smitteutbrudd gjennom smittesporing, isolering og karantene. TISK er et målrettet smitteverntiltak som identifiserer og håndterer smittede til forskjell fra generelle befolkningsrettede tiltak for å hindre smittespredning gjennom kontaktreduserende tiltak. Flere av disse virkemidlene er håndtert innenfor rammen av legevaktsamarbeidet mellom Stavanger, Sola og Randaberg.

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, herunder TISK-kapasiteten. Er ikke «forsvarsverket» gjennom TISK tilstrekkelig, vil TISK-tiltak måtte suppleres med mer generelle kontaktreduserende befolkningstiltak. Det har dreid seg både om statlige tiltak i covid-19-forskriften, men også befolkningstiltak i lokal smittevernforordning.

Foruten TISK, har beskyttelse av eldre og andre risikogrupper for korona, stått sentralt i Stavanger kommunes håndtering av pandemien. Kommunen implementerte tidlig besøksrestriksjoner i sykehjemmene og andre helseinstitusjoner, og har lagt seg på en forsiktig linje i forhold til lettelse i restriksjonene. Hele våren og sommeren 2020 unngikk kommunen smitte i sykehjem, bofellesskap ol. På høstparten oppstod smitte i to sykehjem (Vågedalen, Slåtthaug), og på senhøsten og særlig rundt jul og nyttår oppstod smitte i en rekke helseinstitusjoner. Smitte fra ansatte som jobbet deltid på flere sykehjem, ble tidlig trukket fram som risikofaktor i de sårbarhetsanalyser kommunen gjorde våren 2020.

Mens Stavanger har hatt to koronarelatert dødsfall i sine helseinstitusjoner, har andre bykommuner helt andre erfaringer. I en forvaltningsrevisjon Rogaland Revisjon gjennomfører i Bærum kommune, undersøkes forskjeller og likheter i smitteverntiltakene i sykehjemmene.

I oppbyggingen av TISK-kapasitet har Helsedirektoratet benyttet § 7-10 i smittevernloven som hjemmel til å pålegge kommunene å bygge opp kapasitet. Smittevernloven pålegger kommunene å ha kapasitet til å smitteteste (jf. § 3-5) og spore opp nærkontakter til smittede og isolere disse (jf. § 3-6, § 4-1, d, § 4-3 og kap. 5). Ansvar for å ivareta smittevernoppgavene er lagt til kommunen (§ 7-1) og kommunelegen (§ 7-2). Loven sier imidlertid ikke noe konkret om hva slags beredskap kommunene skal ha på dette feltet.

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 rask oppskalering av TISK-kapasiteten før pandemien slo til i begynnelsen av mars 2020. TISK er utviklet under pandemien, og ble lansert i regjeringens strategi for håndtering av koronapandemien fra 7. mai 2020 (s.7).¹⁰⁹

Helsedirektoratet ga i brev av 24. april 2020 et oppdrag til kommunene om å etablere en kapasitet på testing av opptil 5 % av kommunens innbyggere per uke. Dette ble justert 7. mai til 1,5 % av befolkningen, men at det var viktig å ha en beredskap for å kunne teste inntil 5 prosent.

En testkapasitet på henholdsvis 5 % og 1,5 % betyr i rene tall:

- 5 % ca. 9000 tester i uka av befolkningen i Stavanger, Sola, Randaberg.
- 1,5 % ca. 2700 tester i uka av befolkningen i Stavanger, Sola, Randaberg.

De statlige kravene ble operasjonalisert i et brev fra Helsedirektoratet til kommunene 3. juli 2020.¹¹⁰ Ytterligere informasjon til kommunene om TISK kom i brev fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til ordførerne 4. september.¹¹¹ Det er også gitt informasjon om kommunenes bruk av personellressurser i forhold til TISK 19. august 2020.

I brevet fra Helsedirektoratet 3. juli 2020 ble det forutsatt at kommunene fra august 2020 skulle ha et bemanningssystem som gjorde det mulig, i en ekstraordinær situasjon, å skalere opp til testing av 5 % av de som bodde/oppholdt seg i kommunen i løpet av en uke. I et nytt brev fra 12. august slo Helsedirektoratets fast at en person skal kunne be om testing uten legevurdering.

Den 3. mars 2021 publiserte FHI et råd om **forsterket TISK**. Forsterket TISK innebærer en mer utstrakt testing og karantenesetting, og mer vektlegging av god gjennomføring av karantene og isolering. Den største endringen, var innføring av ventekarantene for nærkontaktens husstandsmedlemmer, ikke kun nærkontakter som ved ordinær TISK. Kommunenes tilsynsplikt overfor isolerte smittede og nærkontakter i karantene ble også understreket.

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 Stavanger kommunes TISK-innsats har vi lagt til grunn de statlige kravene og anbefalingene til kommunene.¹¹²

Staten har i sin kommunisering av krav til TISK-kapasitet til kommunene, ikke stilt direkte krav til **regionalt samarbeid** om TISK-tiltakene. Siden 2004 har det imidlertid vært mulig å inngå interkommunalt samarbeid om smittevernet. Fylkeslegen i Rogaland har oppfordret til

¹⁰⁹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/>

¹¹⁰ 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

¹¹¹ <https://www.regjeringen.no/contentassets/4fdc181035d94db687a5174aee2b0fb/brev-til-landets-ordforere-om-oppfolging-av-tisk-strategien-og-finansiering.pdf>

¹¹² 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.

interkommunalt samarbeid i smittesporingsarbeidet (jf. nettsak 4.09.2020).¹¹³ For øvrig gjelder samvirkeprinsippet i beredskapsforskriften. Samvirke legges til grunn hvor dette bidrar til en bedre og mer effektiv krisehåndtering enn om kommunene står alene.

Vi har lagt til grunn følgende **revisjonskriterier** for vurdering av TISK:

- Kommunen har økt TISK-kapasiteten i tråd med statlige føringer.
- Det skal være kort ventetid for testing og raskt svar på prøvetaking.
- Kommunen må ha stor nok kapasitet til å kunne håndtere smittesporing også ved et større smitteutbrudd og dermed unngå høy andel med ukjent smittekilde.
- Helseesykepleiere må ikke omdisponeres til testing/smittesporing (fra 4.09.2020).
- Kommunen skal tilby isolasjon og karantene der dette er nødvendig.
- Kommunen skal føre tilsyn med at regler for isolering og karantene blir fulgt.

8.2 TESTING

Organisering, lokalisering og dimensjonering av testtilbudet i Stavanger har endret seg svært mye i løpet av pandemien. I starten ble mye håndtert ad hoc, det gjaldt å finne løsninger kjapt.

Utgangspunktet for utbygging av testtilbudet har vært Stavanger legevakt (SLV) som Stavanger, Sola og Randaberg deltar i.¹¹⁴ I tillegg til å være et døgndrevet legevaktsamarbeid for befolkningen i Stavanger, Randaberg og Sola, er Stavanger legevakt også legevaktssentral for Stavanger, Sola, Randaberg, Finnøy, Rennesøy, Hjelmeland og Kvitsøy. Hensikten med et eget testtilbud har vært å unngå å få Covid 19-smitte inn i de ordinære legevaktene og hos fastlegene.

Driften ved Stavanger legevakt har siden april 2020 vært todelt, etter at det ble etablert en egen luftveislegevakt på Forum-området. Etter hvert er både teststasjoner, koronatelefon og luftveislegekantor blitt lagt til Forum-området. Smittesporerne er de eneste som har manglet.

Sammenligner vi testtilbudet i starten av pandemien og i sluttfasen er forskjellene store:

- Mens det ble foretatt 3000 tester totalt fra påsken 2020 til juni samme år, har omfanget tester siden økt enormt. Pr. 1. mai 2021 var det totalt gjennomført 140 849 tester.
- Mens testomfanget på det meste lå på 60-70 daglige tester i starten, lå testomfanget flere dager på over 1200 daglige tester ved årsskiftet 2020/2021 og i mars/april 2021.
- Mens testingen tidlig i mars 2020 ble planlagt med 2 personer per vakt, var mer enn 50 midlertidig ansatte i sving ved tre teststasjoner på Stavanger Forum 15. april 2021.

¹¹³ Helsedirektoratet har i brev datert 23. juni 2020 om "deling av opplysninger om nærkontakter" understreket at legen som har kontakt med den smittede også har ansvaret for oppsporing av nærkontaktene, og etter smittevernloven § 3-6 første ledd siste setning, kan "annen lege" kontaktes i forbindelse med smitteoppfølging uten hinder av taushetsplikt. Dette omfatter å ta kontakt med kommuneleger i kommune der nærkontakt bor eller oppholder seg.

¹¹⁴ Stavanger legevakt (SLV), består av: Psykososialt kriseteam, Voldtekstmottak, Psykiatrisk sykepleier, Smittevernkontor, Vaksinasjonskontor og Fengselshelsetjeneste

- Mens testtelefonen/koronatelefonen i starten ble bemannet med to personer, har 15-20 telefonoperatører på det meste vært i gang for å betjene telefonlinjene under stor pågang.

Eksemplene illustrerer hvor mye testaktiviteten har blitt oppskalert og utviklet over tid. Det ble tatt grep for å bedre opplæringen av ansatte. Det ble fra midten av september 2020 innført et online-system for bestilling av test og det meste av testaktiviteten (85-90 %) ble samlokalisert på Stavanger Forum (tre teststasjoner, luftveislegekontor/-vakt og koronatelefon).

Testbemanningen har vært sikret dels gjennom nyrekruttering i midlertidige stillinger og gjennom omdisponeringer av personell fra Helsehuset i Stavanger, fra stab Helse og velferd og fra virksomhetene. Også personell fra deltakerkommunene Sola og Randaberg har inngått i testteamene. Andelen i midlertidige stillinger har økt over tid for å kunne redusere andelen omdisponert personell fra ulike deler av tjenesteområdet Helse og velferd. Dette for å unngå at ordinære driftsoppgaver ble satt på vent eller redusert som følge av omdisponeringen.

Det var et ønske fra Sola og Randaberg om å få vite hvor mange innbyggere som ble testet på Forum, men dette har ikke latt seg gjøre. For øvrig tyder samarbeidsmøtene mellom kommunene på at samarbeidet mellom de tre kommunene har fungert tilfredsstillende.

Testaktiviteten våren 2020

Den første teststasjonen til kommunen blei sett opp på parkeringsplassen utenfor Stavanger legevakt. I april flyttet teststasjonen til Stavanger Forum-området. Samtidig flytta koronasenteret (informasjonstelefon og timebestilling) til Stavanger Forum.

En opptrappingsplan for testaktiviteten ble utarbeidet, og fra 7. mai kunne minst 1,5 % av befolkningen i Stavanger, Randaberg og Sola testes (ca. 2700 personer pr. uke).

Med en tidslinje kan vi sammenfatte noen viktige hendelser våren 2020.

Tabell 12. Tidslinje våren 2020 (Kilder: CIM Stavanger, Helse og velferd, Stavanger Aftenblad).

| | |
|-----------------|---|
| 06.02.20 | Forberedelser for å opprette «pandemilegekontor. Først planlagt på Mariero legesenter. |
| 27.02.20 | Testing foregår ved at legevaktsbilen kjører ut til mulige covid-19-pasienter. |
| 02.03.20 | Etablerer «koronatelefon» og «koronatesting» som parallellorganisasjon på legevakten. Testing i garasjen på Stavanger legevakt. |
| 04.03.20 | Opprettet et eget korona-telefonnummer på Stavanger legevakt (51914030). Linjen er betjent av ansatte fra fagstab og helse- og velferdskontorene. Åpen fra 9-22 alle dager fordelt på to skift med 2 ansatte per vakt. utfordringer med telefonlinjene. |
| 06.03.20 | Telt for testing settes opp på P-plassen utenfor legevakten. Bemannet med ansatte fra bl.a. Helsehuset + ansatte fra Randaberg kommune og Sola kommune. |
| 10.03.20 | Stavanger utvider karanteneområdet til å gjelde hele Østerrike, og ikke bare Tyrol som FHI anbefaler. Testing gjennomføres av skiturister fra Nord-Italia og Østerrike. |
| 11.03.20 | Coronatelefon, coronaleger, smittevernkantor /smittesporing og smittevernoverleger samlokalisert i Arg 12. Avviklet i april. |
| 18.03.20 | Luftveissymptomlegekontoret i Kvitsøygata åpnes. Bemannet av fastleger i turnus. Har redusert åpningstiden til kl. 16-20 på hverdager, stengt i helgene. |
| 27.04.20 | Luftveislegevakten flytter fra Våland til Stavanger Forum. Et større prøvetakingstelt blir satt opp for å håndtere testingen framover. Teststasjon 1. |
| 27.04.20 | Operativ beredskapsgruppe utarbeider en opptrappingsplan i uke 18. Sykehjemslegene tester pasienter på sykehjem. Det vil bli ført statistikk for antallet som testes. |
| 06.05.20 | Luftveislegekontoret flytter til Stavanger Forum. Har per 31. april hatt 624 pasienter. |

| | |
|-----------------|---|
| 07.05.20 | Helsedirektoratet går bort fra mål om å teste 5 % til 1,5 % av befolkningen. Betyr 365 tester per dag 7 dager i uka for legevaktsamarbeidet Stavanger, Sola og Randaberg. Kapasiteten stor nok med testing i teltet, luftveislegevakten og luftveislegekontoret og i sykehjemmene. Opptrappingsplan for testing av 400-500 per dag er klar. |
| 18.05.20 | Tar nå mellom 60 og 100 tester hver dag. Luftveislegevakten har fått bil som kjører hjem til og tester pasienter som ikke klarer å komme seg til testteltet ved Forum selv. |
| 01.06.20 | Tas rundt 200 tester per dag. Alle som har luftveisinfeksjon og minst ett symptom i tillegg kan bli testet. Inntil videre økes bemanningen på telefon på legevakten for å raskt kunne henvise folk med symptomer til testing. |
| 08.06.20 | 3000 personer er testet siden påske. 85-90 prosent av testene tas i teltet ved Stavanger Forum. Med to skift i teltet er det kapasitet for å teste 400 om dagen (2800 i uka) |

Vi registrerer at det tidlig i februar, ble gjort forberedelser for å kunne ivareta et økt testbehov. Da krisestab/beredskapsledelse i Helse og velferd kom på plass tidlig i februar, ble riggingen av testaktiviteten raskt satt på dagsordenen. Operativ beredskapsgruppe fikk fra primo mars det praktiske arbeidet med å utforme et testtilbud tilpasset et økt behov for testing.

En handling som er trukket fram som svært viktig for å dempe smittespredningen på Nord-Jæren, var kommuneoverlegenes beslutning om å teste alle som kom fra skiferie i Østerrike, ikke bare de som kom fra Tyrol som FHI anbefalte. Skiturister fra både Nord-Italia og Østerrike ble dermed testet raskt da de kom fra ferie, noe som bidro positivt til å bremse smittespredningen.¹¹⁵

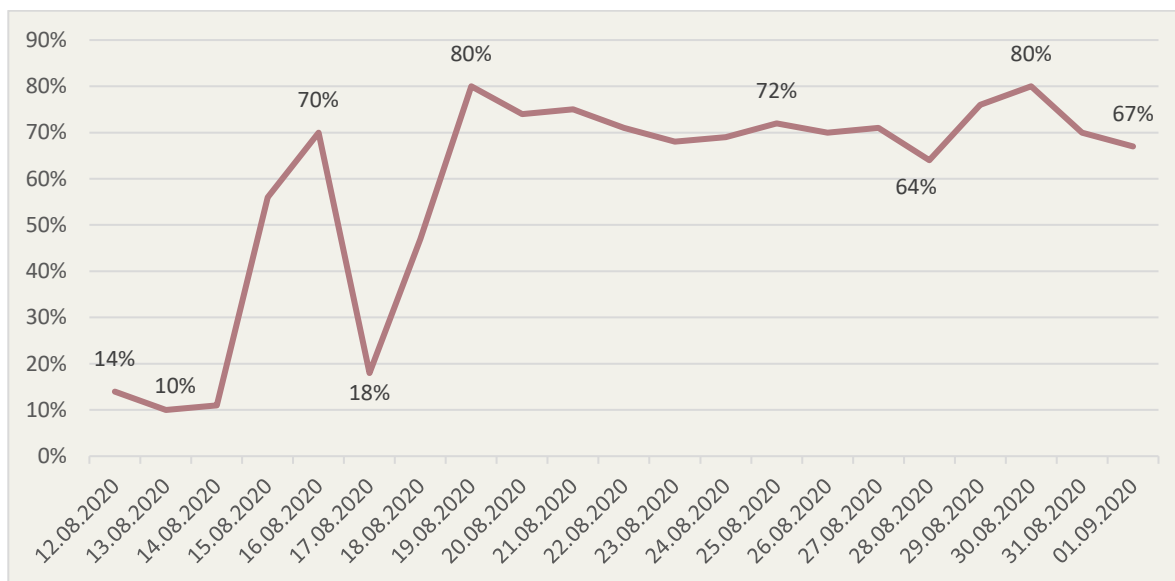
I juni 2020 var det med to skift i testteltet kapasitet til å teste 400 om dagen (2800 i uka).

Allerede 10. juli ble plan for opptrapping av testkapasiteten til 5 %, behandlet av beredskapsledelsen. Følgende ble da besluttet: *«Teststasjon nr. 2 rigges på Forum-området, på motsatt side av der dagens teststasjon ligger. Fra 1. august forplikter vi oss til å kunne rigge opp denne teststasjonen i løpet av 7 dager. Det betyr at vi må følge smitteutviklingen nøye, og starte arbeidet når vi ser at utviklingen er slik at vi vil kunne få behov for to teststasjoner.»* Det ble gitt grønt lys for å starte arbeidet med rekruttering av midlertidig ansatte til testteltene.

Som vi så innledningsvis, endret Helsedirektoratet 12. august testkriteriene slik at alle som mistenkte at de var smittet selv kunne be om test uten henvisning fra lege. Samme dag åpnet Stavanger en ny koronatelefonlinje bemannet med omdisponert personell fra Helse og velferd, Innbyggjerservice og enkelte andre avdelinger. I tillegg opprettholdt kommunen den linjen som fastlegene og legevakten benyttet for henvisning til test. Pågangen på Korona-/test-telefonen var i august høy, og antall telefonoperatører ble trappet opp fra fem til femten. Svarprosenten varierte sterkt denne måneden. Den var helt nede i 10 % 13.08., mens den var økt til 80 % 19.08.

¹¹⁵ <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/Vb8wEI/slik-klarte-nord-jaeren-aa-stanse-smitten>

Figur 18. Andel besvarte telefoner – koronatelefonen august 2020 (kilde: Stavanger kommune).



I august ble det arbeidet med en online-løsning for bestilling av test. Da den ble tatt i bruk i midten av september, bidro ordningen til å avlaste koronatelefonen og sikre høyere svarprosent.

Den 14. august besluttet beredskapsledelsen at riggingen av teststasjon 2 i Forum skulle starte. En snau måned senere - mandag 13. september 2020 – var denne teststasjonen operativ og gjort til hovedteststasjon (foto: Stavanger kommune).



Utover høsten 2020 ble det gjort mange nye vedtak for å sikre drift av teststasjonene, koronatelefonen og luftveislegekontoret/ -vakten.¹¹⁶ Noen av disse er vist i tidslinjen nedenfor:

Tabell 13. Tidslinje høsten 2020 (Kilder: CIM Stavanger, Helse og velferd, Stavanger Aftenblad).

| | |
|-----------------|--|
| 07.09.20 | Luftveislegekontoret vedtas videreført ut året. 30 leger meldte seg innen fristen 10. september til å ta vakter. Bemanningsplan er satt opp ut 2020. |
| 07.09.20 | Teststasjonene og koronatelefonen legges i linjen under Stavanger legevakt. De fra stab som har jobbet som operatører på koronatelefonen og med testing tilbakeføres til sine ordinære stillinger. Midlertidige stillinger lyses ut til å bemanne koronatelefonen og teststasjon 2. |
| 13.09.20 | Teststasjon 2 på framsiden av Expo-hallen blir hovedteststasjon. Teststasjon 1 backup-stasjon. |
| 14.09.20 | 900 ringte koronatelefonen mandag 14. september, 550 av telefonene ble besvart. Lengst ventetid var 30 minutter. Ikke mulig å svare alle når 250 ringer på en gang. |
| 15.09.20 | Tirsdag 15. september ble det tatt 551 tester ved teststasjon 2. På grensen til hva som er mulig. |
| 16.09.20 | Onlineløsning for bestilling av koronatest satt i drift. SMS-løsningen med timebekreftelse er treg. Det jobbes med en løsning i regi av helsenorge.no. |
| 22.09.20 | Begge teststasjoner i bruk tirsdag 22. september. Ny rekord med 641 tester. 585 tester ble tatt i teststasjon 2. På grunn av stor pågang ble det noe ventetid i køen på maks 30 minutter. |
| 23.09.20 | 31 personer fra Sør-Rogaland testet positivt for korona etter en busstur på Vestlandet. Tidlig varsling gjorde det mulig å kjøre hele busslasten til testing ved Stavanger Forum. Uten slik varsling kunne bussdeltakerne dratt hjem og potensielt ha smittet en rekke nærkontakter. |
| 29.09.20 | Ny onlineløsning via helsenorge.no tatt i bruk. Stavanger er pilot. Sola og Randaberg skal kobles på helsenorge-løsningen etter hvert. |
| 05.10.20 | Teststasjon 2 er hovedstasjon og åpen sju dager i uka. Teststasjon 1 er åpen hver tirsdag kveld og torsdag på dag. Mange nye ansatte får opplæring. Er rekruttert nytt personell til stasjonene. |
| 26.10.20 | Stor pågang på teststasjonene igjen. Må vurdere å øke kapasiteten ytterligere. Stavanger kommune tester for tiden mellom 2 og 2 ½ prosent av befolkningen. |
| 02.11.20 | Sykehjemmene læres opp til å teste beboerne selv med egne testteam. |
| 02.11.20 | Rundt 400 bestiller daglig test på onlineløsningen via helsenorge.no. Sola og Randaberg kommuner er nå tilknyttet onlinebestillingen. |
| 16.11.20 | Planlegger en tredje teststasjon som kan brukes ved topper. Med fire skift på hverdager og tre skift lørdag og søndag kan opp mot tre prosent av befolkningen testes i de to stasjonene. Ved en situasjon der 5 prosent må testes trengs et tredje telt, fortrinnsvis i Forum-området. |
| 30.11.20 | Koronatelefonen er bemannet med 10-12 operatører på ukedagene og 4-6 personer i helgene. Alt personell gjennomgår e-læringskurs om smittevernregler, prøvetaking og håndvask. |

Viktige milepæler høsten 2020 var foruten etablering av teststasjon 2 fra 13. september, ny onlineløsning for bestilling av test på nett fra 16. september og planlegging av en tredje teststasjon for å kunne teste 5 % av befolkningen. På det meste ble opp mot 3 % av befolkningen testet høsten 2020. I andre perioder, med lite smittetrykk og lite pågang for testing, var det ikke behov for hele testkapasiteten. Som vi har sett tidligere, økte smitten sterkt i oktober og november, for så å falle inn mot jul. Utnyttelsen av testkapasiteten varierte dermed mye.

I løpet av jule- og nyttårshelgen og de første ukene i januar 2021 økte smitten sterkt. Det medførte et stort press på de to eksisterende teststasjonene. Mandag 11. januar 2021 ble den tredje teststasjonen åpnet, og gjorde det kapasitetsmessig mulig å teste mer enn 5 % av innbyggerne. Medio januar ble online-ordningen satt ut av drift, og førte til press på koronatelefonen. Online-ordningen var oppe igjen 8. februar etter å ha vært nede noen uker.

¹¹⁶ Fra luftveislegekontoret ble etablert i mars 2020 til andre uka i april 2021 (uke 14) har legene der foretatt 3256 konsultasjoner (basert på statistikk for de som møtte opp på kontoret).

Den store økningen i smitte tidlig på nyåret 2021, gjorde at hele Stavangers testsystem gjennomgikk en reell stresstest. Heller ikke bortfallet av den online-baserte bestillingsordningen, førte til lange ventetider på telefon for de som ville bestille test. En ny tidslinje sier litt om alt det som pågikk de hektiske ukene etter jul og nyttår og et stykke utpå det nye året.

Tabell 14. Tidslinje vinteren 2021 (Kilder: CIM Stavanger, Helse og velferd, Stavanger Aftenblad).

| | |
|-----------------|--|
| 04.01.21 | Begge telt bemannet med to skift per dag, også i helgen, sist uke. Stort trøkk før jul. |
| 10.01.21 | Stor pågang på koronatelefonen, mandager travlest. Selv om det tidvis er kø har koronatelefonen god kapasitet. Online booking fungerer godt. |
| 11.01.21 | Teststasjon 3 åpnet ved inngangspartiet i Stavanger idrettshall. Teststasjon 3 skal ta «topper» og brukes til smittesporing, og ellers være i beredskap. De som skal teste seg i teststasjon 3 kan komme gående. Teststasjon 3 har et skift på dag og et på kveld på hverdager. Ikke åpent helg. |
| 12.01.21 | De ti første dagene i januar testet 7779 personer seg i Stavanger. 5. januar testet 900 seg og 6. januar 911 (ny dagsrekord). Har vært over 800 flere dager. Den 4. januar ble det foretatt 855 bookinger online. På koronatelefonen var det topp 6. januar med 952 anrop. |
| 13.01.21 | Teststasjon 3 fungerer etter intensjonen. Teststasjonene hadde 6 skift i ukedagene og 4 i helgen. Etterspørselen etter test størst mandag og tirsdag, ny rekord med 1182 tester. |
| 20.01.21 | Noe kø på koronatelefonen med onlinebooking nede. Koronatelefonen utvidet åpningstiden til 20.00 fredag, lørdag og søndag på grunn av problemene med online booking. |
| 08.02.21 | Timebestilling online: Online-løsningen var oppe igjen mandag 8. februar kl. 17 etter å ha blitt flyttet til en annen server. Halvparten av bestillingene til test kommer via onlineløsningen |
| 08.02.21 | Kun teststasjon 3 (i Stavanger idrettshall) har vært i bruk på grunn av kulden. Det er utarbeidet ROS-analyse for testasjon 3. |
| 26.02.21 | Passerte 100.000 tester ett år etter første covid-19-tilfelle i Norge (i Tromsø) |
| 15.04.21 | Ny testrekord satt 15. april med 1289 testede på en dag. Driften av koronasenteret vedtatt videreført til 1. desember 2021. |

I intervjuene nevner flere at testkapasiteten var sårbar for sykdom blant personalet, og hvis mange av testpersonalet ble satt i karantene. Andre har vektlagt at testsystemet over lang tid hadde vært buffret med back-up testkapasitet fordi testingen andre teststeder kunne økes på kort varsel. Også mobile enheter for testing kunne tas i bruk om det ble stort press på teststasjonene.

Da den tredje smittetoppen kom i uti mars 2021, var testsystemet så utprøvd at det ikke bydde på store utfordringer å håndtere den nye pågangen. Personalet hadde da mye erfaring og kompetanse, rutineene var funksjonelle og testapparatet var i stor grad blitt profesjonalisert. Testkapasiteten ble i midten av april anslått til være om lag 1500 tester daglig. Ikke på noe tidspunkt har denne kapasiteten blitt overskredet. Nærmest var 15. april 2021 da 1289 ble testet.

Med massevaksinasjon og lite smitte, har testkapasiteten på Stavanger Forum blitt redusert, men likevel planlagt opprettholdt ut 2021, evt. lenger om det kommer nye styringssignaler fra staten.

Testaktiviteten i tall

Det er Folkehelseinstituttets testkriterier som har bestemt hvem som kan testes. Dette har endret seg flere ganger underveis i koronaperioden. I figuren under viser vi utviklingen i antall tester per måned ved teststasjonene på Stavanger Forum og de andre stedene hvor testing pågikk.¹¹⁷

¹¹⁷ Som nevnt ble testing også foretatt ved Ryfylke legevakt, ved enkelte sykehjem og ved luftveislegevakt/legekantor. Det ble også foretatt en del tester ved sykehuset. Det som ikke inngår i statistikken, er evt. testing ved

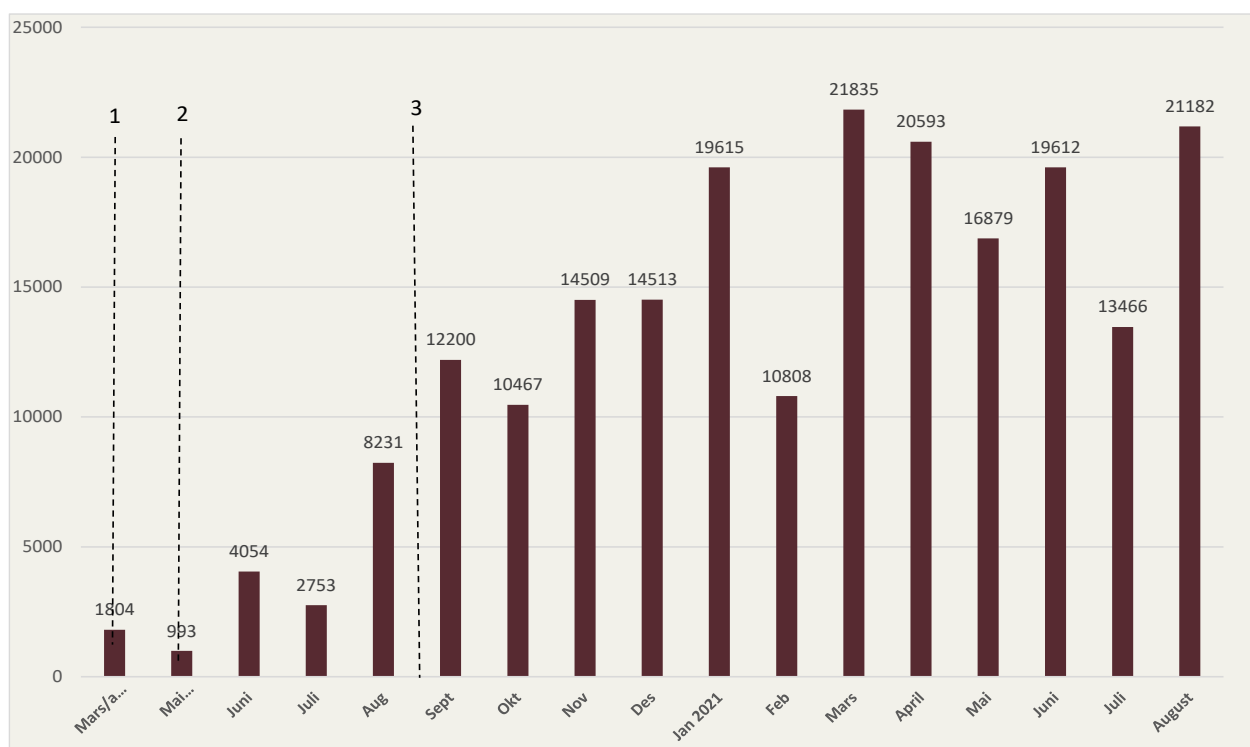
Ved utgangen av mars 2021 var det foretatt 122 950 tester fra starten av pandemien i 2020.

Som andel av befolkningen utgjorde det 67 % av befolkningen i Stavanger, Sola og Randaberg (182 919 innbyggere pr. 1.1.2021). Til sammenligning utførte teststasjonen i Klepp 93 635 tester. Stasjonen gjennomførte tester for fem kommuner på Jæren, deriblant Sandnes kommune. 93 635 utgjorde 62 % av befolkningen i de fem kommunene på 150 192 innbyggere 1.1.2021. Det indikerer at tilbøyeligheten til å teste seg har vært høyere i Stavanger, Sola og Randaberg, noe som sannsynligvis reflekterer et høyere smittetrykk, særlig i Stavanger.¹¹⁸ I midten av oktober 2021 var det totalt foretatt **233 914 tester** av innbyggere i Stavanger, Sola og Randaberg.

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

1. 13. mars 2020. Testing ble fra denne datoen forbeholdt visse pasientgrupper og helsepersonell med luftveissymptomer etter henvisning fra lege.
2. 29. april 2020: På grunn av økt testkapasitet, utvides hvem som prioriteres for testing til å omfatte alle som lege mistenker kan ha covid-19.
3. 12. august 2020: 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.

Figur 19. Testaktivitet i Stavanger kommune tom. august 2021 (Kilde: Stavanger kommune).



legekontor ol. i Sola og Randaberg. Jevnt over er det anslått at 85-90 % av testingen i de tre kommunene ble foretatt ved teststasjonene på Stavanger Forum-området.

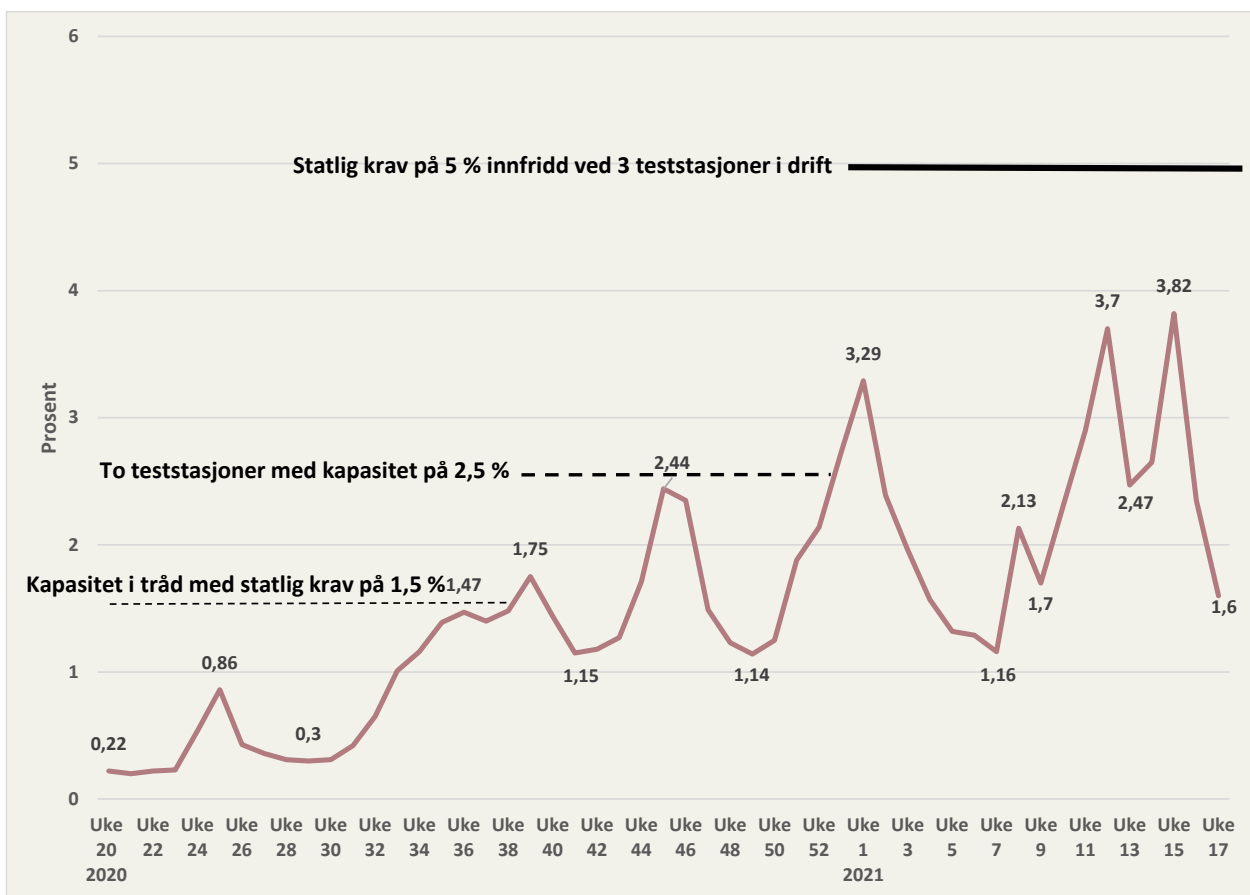
¹¹⁸ Vi har i forbindelse med revisjonen undersøkt om det er sammenheng mellom andel av befolkningen som har testet seg, og andelen positive svar (se figur i vedlegg). Tallene viser en sammenheng: Høy andel testede betyr som hovedregel høy andel positive smittetilfeller. Implikasjonen av dette er at folk i stor grad har vært tilbøyelige til å teste seg når de har hatt mistanke om covid-19, og at dette ofte har vært en reell mistanke. Tallene som er brukt, er testtall for Stavanger, Sola og Randaberg, og positive prøvesvar for Stavanger. Stavangers størrelse gjør at prøvesvarene for Stavangers del, gir en rimelig sikker indikasjon på denne sammenheng.

Hovedbildet er at antall tester har økt kraftig i løpet av pandemien. Det er to forklaringer på dette: Terskelen for å teste seg ble stadig lavere som følge av endringene i testkriterier. Eksempelvis økte testingen i juni og juli 2020 selv om det da ikke ble registrert nye smittede i Stavanger. Utover høsten 2020 var det en stor økning etter ny forenkling av testkriteriene. Vi registrerer at det var et betydelig omfang av testing i november og desember 2020 og i januar og mars 2021 – måneder med høyt smittetrykk i Stavanger. 24. mars ble det nådd en topp med 1240 tester.

Den andre forklaringen er oppskaleringen av testkapasiteten i flere trinn. Tilgjengeligheten for å teste seg for innbyggerne i Stavanger, Sola og Randaberg har blitt stadig bedre. Eksempelvis ble det testet færre fra mars til august 2020 (17 835) enn det ble testet bare i løpet av én måned - januar 2021 - da den tredje teststasjonen kom i drift (19 615).

I figuren under undersøker vi andelen tester av befolkningen i Stavanger, Sola og Randaberg (181 919 innbyggere pr. 1.1.2021).¹¹⁹ Som vi så overfor, fikk kommunene fra 7. mai 2020 et krav om å ha kapasitet til å kunne teste 1,5 % av befolkningen og fra august 5 % av befolkningen.

Figur 20. Oversikt over testaktivitet i Stavanger som prosentandel av befolkningen sett opp mot tilgjengelig testkapasitet på ulike tidspunkt (Kilde: Stavanger kommune).



¹¹⁹ Antall tester er ikke ensbetydende med antall testede personer. En og samme person kan ha testet seg flere ganger. Brutt ned på ukestall, er det lite sannsynlig at det er mange som har testet seg flere ganger. Akkumulert er sannsynligheten større, og innebærer en usikkerhet. Dette har også vært utfordrende for kommunene som jo fra statens side er blitt pålagt å ha kapasitet nok til å teste en prosentandel av befolkningen. Statistikken skiller imidlertid ikke mellom antall tester og unike personer som er testet.



Prosentandelen testede var lav sommeren 2020 og godt under det statlige kravet om å ha kapasitet til å teste 1,5 % av befolkningen.¹²⁰ Testomfanget økte betydelig i september og var allerede i uke 36 (første uka i september) nær den daværende kapasitetsgrensen på drøyt 1,5 %.¹²¹

Med teststasjon 2 i drift, økte testkapasiteten ved teststasjonene til 2,5 % av befolkningen. Med tilleggstestkapasitet ved de øvrige teststedene, lå den på drøyt 3 %.¹²² Høyeste andel testede på høstparten var 2,44 % testede i uke 45. Her inngår den samlede testaktiviteten, noe som viser at omfanget var vel innenfor den totale testkapasiteten som Stavanger da hadde.

I tillegg hadde Stavanger laget en plan for innen 4-5 dager å kunne mobilisere nok testkapasitet til å kunne teste minst 5% av befolkningen i en kortere periode (ca. 10 dager). Som vi så, påla staten kommunene allerede fra august av å ha en plan for på kort tid kunne stable på beina 5% testkapasitet. Stavanger hadde på plass en slik plan, men det ble ikke behov for å realisere den høsten 2020 da pågangen på teststasjonene ikke tilsa en implementering av planen.

Med smittebølgen rundt jule- og nyttårstider, ble det behov for å realisere planen, og en tredje teststasjon kom som nevnt i drift tidlig i januar 2021. Pågangen på teststasjonene hadde da økt betydelig. Det nærmeste Stavanger har vært kapasitetsgrensen på ca. 5 % på ukeshvis var under den tredje smittebølgen ved påsketider 2021. Da var nye virusmutanter dominerende. Det førte til ny kraftig pågang på teststasjonene, men uten at de på noe tidspunkt ble overbelastet.

Sensommeren 2021 medførte kraftig smittevekst i den yngre og friske befolkningen nytt press på testkapasiteten. Større bruk av hurtigtester avlastet da den ordinære testingen på teststasjonene.

Samarbeid med sykehuset

I TISK-sammenheng har samarbeidet med sykehuset (Helse Stavanger) omfattet analyser av foretatte tester og testsvar tilbake fra sykehuset. Skjer begge trinn hurtig, er det av stor betydning for når smittesporingen kan starte. Både transportlogistikk og analysekapasitet ved sykehuset påvirker hvor raskt smittevernoverlegen får svar.

Intervjuer i Helse og velferd og ved sykehuset, tyder på at samarbeidet har fungert tilfredsstillende. Det er etablert rutiner med henting av tester fra testasjonene/ luftveislegevakten på Stavanger Forum opptil 4 ganger i døgnet. Fra prøven ankommer laboratoriet har sykehuset tilstrebet at det skal gå maksimum 24 timer til prøvesvaret foreligger. I de fleste tilfeller er det oppnådd, men ulike faktorer som transport og logistikk har i noen tilfeller spilt inn på hvor lang den totale svartiden blir. Store prøvemengder kan ha resultert i lengre svartid. Hvis prøven ankommer laboratoriet før klokken 16.30 på ettermiddagen, vil prøvesvar vanligvis foreligge samme dag. De fleste har fått svar på koronaprøven i løpet av 1–2 dager. Er svaret positivt, varsler laboratoriet rekvirenten og kommuneoverlege med en gang.

¹²⁰ Gjelder perioden fra uke 20 (tredje uka i mai) til uke 37 (andre uka i september).

¹²¹ Stavanger hadde sommeren testkapasitet tilstrekkelig til å teste opptil 3000

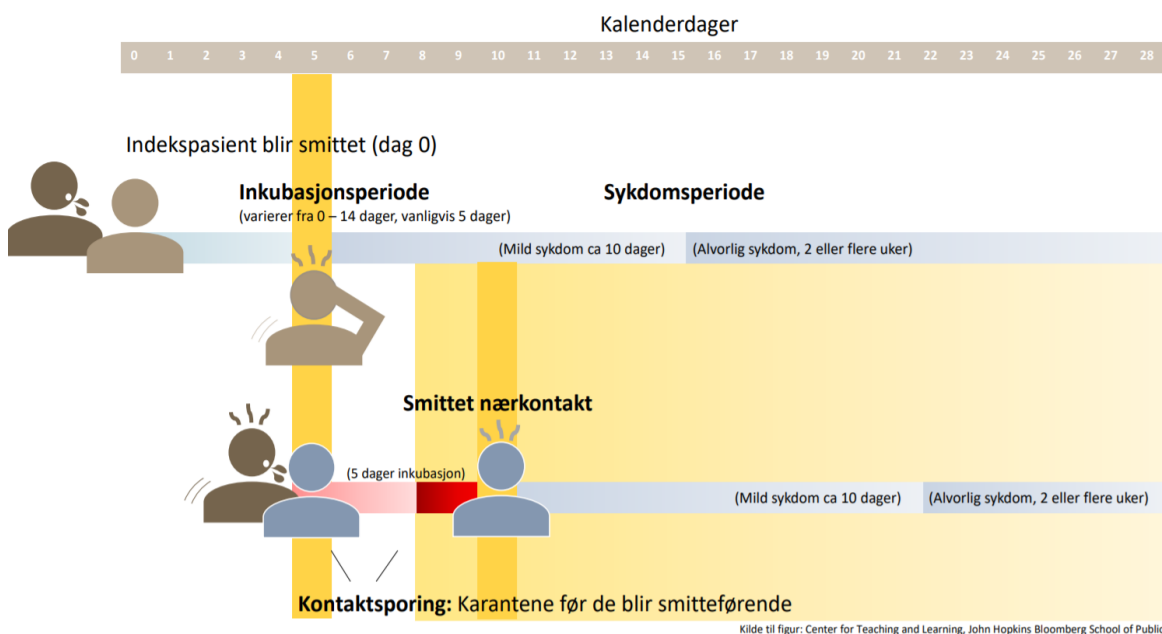
¹²² I årsmeldingen til Helse og velferd for 2020 er det oppgitt at etableringen av teststasjon 2 økte kommunens tilgjengelige testkapasitet til 5 prosent av innbyggerne i Stavanger, Sola og Randaberg, i tråd med nasjonale føringer <https://arsrapport2020.stavanger.kommune.no/7-helse-og-velferd/>. Vi har fått oppgitt at den faktiske kapasiteten var på drøyt 3 %, men at det forelå en plan for rask oppskalering til 5 %.

Erfaringen er at sykehuset har klart å trappe opp og ned analysekapasiteten i tråd med behovet. Har det oppstått utfordringer, særlig i perioder med stor pågang på teststasjonene under smittebølgene, har kommunen og sykehuset funnet løsninger for å unngå store forsinkelser.

8.3 SMITTESPORING

Smittesporing er å identifisere personer som kan ha blitt utsatt for smitte og vurdere hvordan dette bør håndteres for å forhindre videre smitte. Utgangspunktet er den eller de som er smittet, *indekstilfellene*. Smittesporingen går ut på å få oversikt over indekstilfellets *nærkontakter*, og få satt disse i karantene. Nærkontakter er mennesker indekstilfellet har vært i fysisk berøring med eller som vedkommende har sittet to meter eller nærmere i minst 15 minutter. Brukes smittesporing systematisk kan sporingen bryte smittekjeder og hindre videre spredning av viruset. Smittekjeden mellom indekstilfelle og mulig smittede nærkontakter er illustrert nedenfor.

Figur 21. Sammenheng indekstilfelle og identifiserte nærkontakter (Kilde: FHI).



Smittesporingen omfatter tre deler:

- *Samtale med indekstilfellet for å kartlegge smittesituasjonen og identifisere nærkontakter, samt sørge for isolering av vedkommende.*
- *Informere nærkontakter om at de har vært i kontakt med en person som har testet positivt for covid-19 og at de må gjennomføre karantene.*
- *Oppfølging av nærkontakter gjennom kontakt og informasjon om testing.*

For å begrense smitten, er det viktig at smittesporingen skjer umiddelbart (samme dag) når noen tester positivt. Ved kjent smittekilde går smittesporerne i gang med å spore den smittedes bevegelser 48 timer tilbake. Fokuset er å finne de som har vært i kontakt med den smittede og få satt dem i karantene. Er smittekilden derimot ukjent, kan det være aktuelt å kartlegge nærkontakter 10 dager tilbake i tid. Derfor er færrest mulig med ukjent smittekilde viktig.

Kravene til smittesporing ble konkretisert i brevet fra Helsedirektoratet til kommunene 3. juli 2020, Ytterligere informasjon til kommunene om TISK kom i brev fra Kommunal- og

moderniseringsdepartementet til alle ordførerne 4. september. 24. august 2020 presiserte Helsedirektoratet at smittevernoverlegen har rett, og kan etter forholdene ha plikt til å dele informasjon om antatt smittede (nærkontakter) i andre kommuner med kommunelegene i de kommunene for smitteoppsporings- og overvåkingsformål (§ 3-6). I det ligger at nødvendig kommunesamarbeid skal etableres om det er behov for det i sporingsarbeidet.

I dette delkapitlet har vi beskrevet organiseringen av smittesporingen, oppskaleringen av kapasitet til smittesporing, planer og rutiner ved smittesporing, sårbarheter ved større utbrudd og interkommunalt samarbeid. Vi har også kort sett på ordninger for isolasjon og karantene og tilsyn og kontroll. Til slutt har vi vurdert faktabeskrivelsene opp mot revisjonskriteriene.

Organisering av smittesporingen

Smittesporingen har hele tiden ligget organisatorisk til Stavanger kommunes smittevern- og vaksinasjonskontor. Smittevern- og vaksinasjonskontoret var fram til 01.05.2020 organisert under Stavanger legevakt, men ble da flyttet organisatorisk til avdeling for kommunale legetjenester. Dette var planlagt før pandemien, og hadde ikke noe med denne å gjøre. Kontoret bestod vinteren 2020 av tre smittevernrådgivere med kontor i Torgveien 15C.

Smittesporingsteamene ble etter hvert flyttet ut av de ordinære lokalene i Torgveien pga. plassmangel. Først til Arne Rettedals gate 12, deretter til Løkkeveien 99 (fra 19. november 2020). Resterende del av den ordinære bemanningen i smittevern- og vaksinasjonskontoret ble igjen i Torgveien og har ivaretatt ordinært smittevernarbeid og noe vaksineringsarbeid.

Intervjuene viser at det allerede i februar ble gjort forberedelser for å kunne håndtere økt behov for smittesporing. Da operativ beredskapsgruppe ble etablert i Helse og velferd 2. mars 2020, ble leder av smittevernkontoret et assosiert medlem av denne gruppa (innkalling ved behov). Det ble videre etablert et smittesporingsteam. Kjernen ble utgjort av smittevernrådgiverne og de to smittevernoverlegene som delte på smittevernoppgavene.

Flere av de vi har intervjuet, trekker fram dette som viktige grep. En av informantene sa det på denne måten: «*Smittevernkontoret levde en nokså anonym tilværelse som satellitt under legevakten. Nå ble det løftet fram som en spydspiss i kommunens smittevernarbeid.*»

Det blir også framholdt som viktig at smittesporingen ble trukket nærmere stab Helse og velferd. Det bedret samarbeidsmulighetene innad i Helse og velferd, og det ble en tettere kopling til beredskapsledelsen og operativ beredskapsgruppe. TISK, herunder smittesporingen, ble fra 20. november 2020 et fast punkt på agendaen til kommunens overordnede beredskapsledelse. Før det var TISK behandlet i form av enkeltsaker meldt inn fra Helse og velferd.

Høsten 2020 ble det arbeidet med en beredskapsplan for smittesporingen med fire sirkler for opptrapping av sporingen, avhengig av smitteomfanget. Det ble rekruttert midlertidig ansatte smittesporere.¹²³ Flere fra staben i helse og velferd ble satt på tilkallingsliste, og virksomhetene avga personell. I den ytterste sirkelen, kunne minst 40 personer mobiliseres til smittesporingen.

¹²³ Ytterligere rekruttering av midlertidig ansatte smittesporere ble drøftet i beredskapsledelsen i Helse og velferd 22.10.2020. Det var enighet om å jobbe videre med dette.

Alle som ble rekruttert til smittesporing kom fra stab og virksomheter i Helse og velferd. Det til forskjell fra Sandnes som rekrutterte smittesporere fra ulike deler av kommuneorganisasjonen (Helse og velferd, Oppvekst skole, Oppvekst barn og unge, kultur, tekniske tjenester).

Med nyrekruttering i midlertidige stillinger, ble smittesporingsteamet omgjort til en midlertidig smittesporingsavdeling under seksjon for kommunale legetjenester. En egen avdelingsleder for smittesporerne ble i oktober plassert i linje under seksjonsleder for de kommunale legetjenestene.

Med flere ansatte smittesporere ble det laget en klarere arbeidsdeling mellom smittesporerne, de fast ansatte smittevernrådsgiverne (koordinatorene) og smittevernoverlegene. Koordinering, overvåking og kvalitet i sporingsarbeidet ble viktigere for smittevernoverlegene og koordinatorene, mens det praktiske sporingsarbeidet i hovedsak ble overlatt til smittesporerne.

Det er fra flere av de intervjuede blitt understreket at smittesporingsavdelingen ikke måtte bli en isolert aktivitet, men snarere inngå i ulike samarbeid for å informere og innhente bistand fra virksomhetene i smittesporingen. Det gjelder samarbeid om smittevern og sporingsarbeid i alders- og sykehjem, bofellesskap og andre helseinstitusjoner, samt samarbeid med rektorer og virksomhetsledere for skoler og barnehager. Smittevernrådsgiverne har for eksempel deltatt i ulike møter med virksomhetsledere i Helse og velferd. Erfaringen er at dette har bidratt positivt i forhold til informasjon og sporingsarbeid.¹²⁴ I situasjoner med smitteutbrudd på skoler og i barnehager, har rektorer og virksomhetsledere i bidratt i sporingsarbeidet. Koordinator har styrt prosessen, mens virksomhetsledere har kontaktet foresatte til barn som skal i karantene.

Smittesporingskapasitet første halvdel av 2020

Helt i starten av pandemien bestod som nevnt smittesporingsteamet i hovedsak av de to smittevernoverlegene fra fagstab samfunnsmedisin og smittevernrådsgiverne ved smittevernkantoret. Flere av de øvrige kommuneoverlegene var også involvert i vaktordninger, og med rask stigning i smitten i første halvdel av mars 2020, ble det fort behov for omdisponering av personell fra andre deler av kommunen.

Noen av de intervjuede karakteriserer arbeidsbelastningen på sporerne som ekstrem i denne perioden. Det manglet gode verktøy i sporingsarbeidet, og verken lokaler eller rutiner var særlig godt egnet til et oppskalert sporingsarbeid. Som en av de intervjuede omtalte det: «*Det var bare å hive seg rundt, jobbe som f... og håpe at det var nok til å stoppe spredningen. Usikkerheten var stor hos oss som stod midt oppi det.*» Kommuneoverleger i små stillingsbrøker gjorde det utfordrende å stille med nok legeressurser. Samtlige informanter er imidlertid samstemte om at alle tok ansvar i dugnaden, og at kriseerkjennelsen lå langt framme i pannen på de som bidrog.

For å avlaste smittevernoverlegene og de ansatte i smittevernkantoret, ble noen helsesykepleiere omdisponert og fikk opplæring, og bidro raskt i smittesporingen. I intervjuene er de trukket fram som en uvurderlig ressurs i denne særdeles kritiske fasen av pandemien. Etter hvert kom det på plass back-up ressurser i form av ansatte i Miljørettet helsevern og stab Helse og velferd.

¹²⁴ Jf. møtoreferat fra Helse og velferds andre underveisevaluering av koronahåndteringen i møte 10.12.2020.



Smittesporing i Stavanger: Bildet er tatt 9. mars i år, tre dager før Norge stengte ned. Da trodde mange av oss fortsatt at dette skulle bli en kortvarig dugnad. Fra venstre Mette Nevøy, Runar Johannessen, Anita Rognum Grostøl, Aud Stemland, Ruth L. Midtgarden og Elin Voll. **Foto: Jon Ingemundsen**

Som vi så tidligere, ble det startet opp et arbeid i kommunen for å øke testkapasiteten. Med mindre strenge kriterier for testing, så kommunen for seg økt tilstrømning til teststasjonen og dermed økt behov for bemanning både til testing og smittesporing. Operativ beredskapsgruppe fikk både i oppdrag å lage en plan for bemanning gjennom sommeren fram til 1.09. og en plan for smittesporingen som kunne ta høyde for den nye «normalen» - den gang fram til påsken 2021.

Smittevern avdelingen laget en plan for hvordan tilstrekkelig personell kunne sikres gjennom sommeren, dersom det oppstod smitte i Stavanger og det igjen ble behov for smittesporing. Avdelingen hadde fire faste sykepleiere som delte ferien seg imellom. De ledet smittesporingsteamet sammensatt av sykepleiere og leger som kunne innkalles etter behov.

I tillegg til de som var ansatt på smittevernkontoret, ønsket direktør for helse og velferd først å omdisponere ansatte innenfor tjenesteområdet til smittesporing – i første rekke ansatte på Vaksinasjonskontoret og i Miljørettet helsevern. Dersom smittesporingsteamet måtte utvides ytterligere, skulle teamet styrkes med helsesykepleiere fra Helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Med minimal smitte gjennom sommeren 2020, var belastningen på smittesporingen liten, og mobilisering av back-up-personell ble ikke nødvendig.

Smittesporingskapasitet andre halvdel av 2020 og i 2021

I august 2020 lyste kommunen ut etter helsepersonell som kunne bistå i arbeidet med koronatelefon og testing med stillingsstørrelser fra 15-100% etter ønske. Det var første trinn i oppbyggingen av en større og mer robust TISK-kapasitet basert på nyansettelser. Back-up-ressurser til smittesporing skulle som før hentes fra stab Helse og velferd og fra Miljørettet helsevern. Det ble opplyst til beredskapsledelsen at dersom det skulle vise seg at test- og smittesporingsbehovet la seg på et høyt nivå, måtte det rekrutteres ytterligere personell.

Parallelt ble det jobbet med en beredskapsplan for smittesporing inndelt i grønt, gult og rødt beredskapsnivå og med fire sirkler for gradert personellbehov i ulike smittesituasjoner. Flere planutkast ble gjennomgått av beredskapsledelsen i Helse og velferd tidlig høsten 2020.¹²⁵ En ny runde med ansettelse av midlertidig ansatte for en periode på ½ - 1 år ble gjort i november.

3. desember ble beredskapsledelsen i Helse og velferd orientert om at det var ansatt og gjennomført opplæring for 8 nyansatte i 40-60 prosent stillinger. Med oppskaleringen lå Stavanger omtrent på nivå med Drammen og Bærum mht. springsressurser. Virksomhetene i Helse og velferd hadde blitt varslet i september om å melde inn navn til smittesporing.

Oppskaleringen av smittesporing med midlertidig ansatte skjedde i en periode med stigende smittetall. Som vi har sett tidligere i rapporten, økte smitten sterkt i Stavanger fra oktober, i løpet av november, og et stykke inn i desember, for å så falle kraftig inn mot jul. Deretter økte smitten brått på ny. Flere av de vi har intervjuet, mener at oppskaleringen av personell til smittesporing burde ha kommet på plass tidligere.¹²⁶

Den store stresstesten for smittesporingen ble jul og nyttår 2020 og de to første ukene av januar 2021. Smitten økte raskt, og til dels overraskende, rett før jul. I starten var dette klyngeutbrudd – i taxi-næringen og et somalisk miljø - og et utbrudd etter en julegudstjeneste i en kirke i Sola.

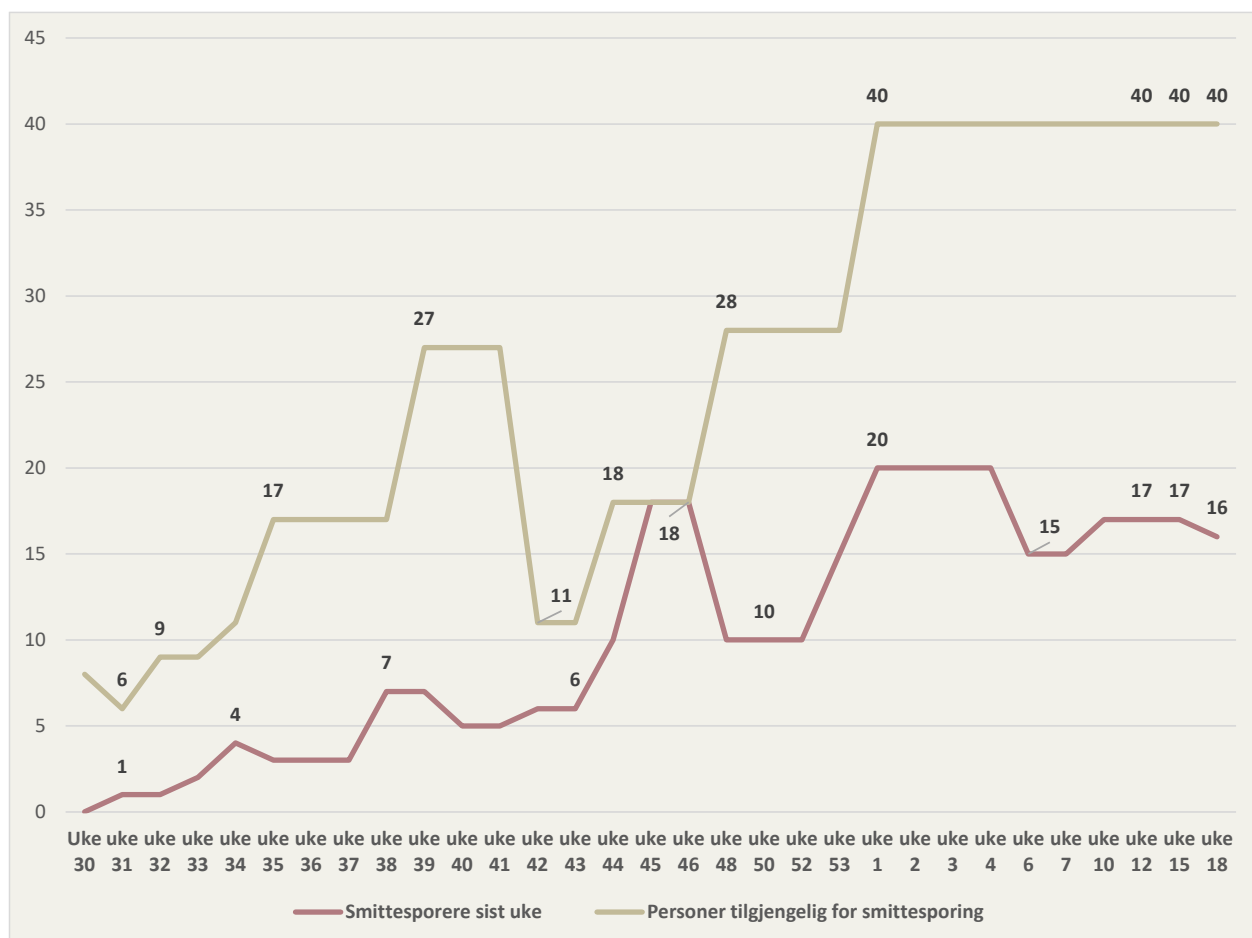
Det førte til oppbemanning i Løkkeveien 99 fra romjulen og uti januar, der det for første gang ble aktuelt å koble på sirkel 3 med ansatte i virksomhetene. Det hadde det ikke vært behov for tidligere. Denne back-up-ressursen hadde blitt fulgt opp underveis ved at de hadde fått informasjon om smittesporing, men de hadde ikke fått ordinær opplæring. Opplæring ble startet opp for noen, men ble karakterisert som utfordrende på grunn av rask vekst i smitten og behov for håndtering av denne. Fire ansatte fra virksomhetene fikk opplæring i denne perioden og to ansatte fra Helsehuset ble omdisponert. Et ønske om merkantil ressurs tok tid å få på plass.

Selv om riggingen av smittesporingsressursen i noen grad foregikk parallelt med det store smitteutbruddet i julen og litt utpå nyåret, ble situasjonen håndtert med økt bemanning på dag- og kveldsskiftet. Vaktordning for smittevernoverlege fungerte bra siden de fire smittesporingskoordinatorene var såpass drevne i jobben sin. Selv om belastningen på smittesporerne i denne tiden var betydelig, var de aldri nær å miste kontrollen. Allerede i slutten av januar 2021 var smittesporerne tilbake i vanlig turnus, inkl. de midlertidige ansatte.

¹²⁵ Blant annet ble et planutkast drøftet i beredskapsledelsen i Helse og velferd 17.09.2020. 1.10 ble vaktplan drøftet med utgangspunkt i forslag fra en arbeidsgruppe for å konkretisere og avklare punkter i planen.

¹²⁶ Jf. Helse og velferds interne underveisevaluering 10.12.2020. Samme synspunkt har kommet frem i flere av de intervjuene vi har gjort på ulike nivåer i Helse og velferd.

Figur 22: Oversikt over antall personer tilgjengelig for smittesporing og hvor mange av disse som jobbet med smittesporing sist uke (Kilde: TISK-rapportering til Helsedirektoratet).



Smittesporingskapasitet ved ulike beredskapsnivåer våren 2021

I mars 2021 bestod smittesporingsteamet av totalt **25 personer**.

10 av teamets ansatte var nyrekrutterte med 60 prosents midlertidige stillinger. For øvrig bestod teamet av 4 fast ansatte koordinatore, 4 leger i samfunnsmedisinsk fagstab som gikk i en vaktordning, 2 omdisponerte ansatte fra Helsehuset (på dag), 3 i beredskap fra Miljørettet helsevern og 2 eksterne i såkalt 0 prosents stillinger som kunne mobiliseres som ekstravakter.

I tillegg var det 20 ansatte som i en beredskapssituasjon kan mobiliseres til smittesporing. Dette er ansatte rekruttert i stab Helse og velferd, samt ansatte fra virksomhetene. Smittevernteamet og back-up personellet i beredskap utgjorde dermed over **40 personer** til smittesporingsarbeid.

Beredskapsplanen for smittesporing opererer med tre beredskapsnivåer (grønt, gult, rødt avhengig av hvor omfattende smittesporingen er) som igjen har konsekvenser for

dimensjoneringen av smittesporingsteamet angitt ved tre sirkler. Det er utarbeidet telefonliste med oversikt over personell som inngår i de tre sirklene (nummerert 1-2-3):¹²⁷

1. Smittevernoverleger, smittevernrådgivere/koordinator, fast ansatte smittesporere, opplærte ekstravakter (eksterne 0 % stillinger)
2. Miljøretta helsevern, stab helse og velferd
3. Ansatte i virksomhetene som kan kalles ut på kort varsel

På **grønt nivå**, vil det normalt være snakk om bruk av sirkel 1-personell. Disse skal kunne hankes med smittetilfeller på grønt beredskapsnivå (i beredskapsplanen oppgitt til 1-3 positive smittetilfeller med få nærkontakter). Bemanningen på dag og kveld vil da normalt ser slik ut:

- Grunnbemanning: Dagvakt: 3-4 koordinatore, 2-3 smittesporere (team = 5-7 personer)
- Kveld/helgevakt: 3 smittesporere (1 vaktleder) + 1 koordinator (bakvakt) + 1 smittevernlege (bakvakt) (team = 5 personer)

Knekkpunktet for **gult nivå** er anslått til 1-5 positive med mange nærkontakter. Ut fra en vurdering av personellbehovet, kan følgende personell være aktuelt å mobilisere (sirkel 1 og 2):

- Koordinator og lege
- 2 omdisponert personell fra Helsehuset settes inn kveld/helg
- 3 ansatte i turnus 60 % økes til 100 %
- 2 eksterne i 0 % stilling ekstravakter kalles inn
- 3 i Miljørettet helsevern kalles inn (evt. beredskapsvakter)

Personellmessig respons på **rødt nivå** (større smitteutbrudd) kan omfatte personell i sirkel 1-3:

- Ansatte i stab Helse og Velferd + ansatte fra virksomhetene (ca. 20)

Dette bemanningssystemet ble beholdt så lenge det var behov utover i 2021. Sensommeren 2021 ble smittesporingen satt under stort press på grunn av hurtig smitteøkning i den yngre del av befolkningen. Mange av disse hadde et stort antall nærkontakter som kompliserte sporingen. Med økt vaksinerings av yngre aldersgrupper avtok presset i løpet av høsten.

Rutiner ved smittesporing

Beredskapsplan for smittesporingen har en beskrivelse av oppgaver og arbeidsflyt mellom de som leder, overvåker og praktisk gjør sporingsarbeidet. Selve rutinebeskrivelsen har vært gjenstand for tilpasninger og presiseringer underveis, og beskrivelsen nedenfor er basert på versjon 4 av planen (mars 2021). Foruten plandokumentet er det utarbeidet telefonliste med oversikt over ansatte som kan involveres i sporingsarbeidet. Det er videre utarbeidet intervjuguiden for samtalen med indekstilfellene og indekstilfellenes nærkontakter. Dessuten er

¹²⁷ Anslaget på personer er basert på telefonliste per 20 mars 2021. I utgangspunktet var det oppgitt 28 personer i beredskap, ikke 20 som angitt for sirkel 3. Det ble i mars foretatt en gjennomgang av lista for å avklare hvor mange som kunne mobiliseres til smittesporing på kort varsel. Da ble lista redusert fra 28 til 20.

det laget egne informasjonsskriv til nærkontakter som skal i karantene og til positive smittetilfeller som skal i isolasjon.

Tidlig høst 2020 tok smittesporerne i Stavanger i bruk smittesporingsverktøyet ReMin. Også de andre kommunene på Nord-Jæren tok i bruk dette verktøyet, og det er brukt til å registrere og dele informasjon om indekstilfeller og nærkontakter. Flere smitteutbrudd har hatt forgreininger til flere av kommunene. Nye indekstilfeller registreres i ReMin. Det samme skal kartlagte nærkontakter etter intervju med indekstilfelle.¹²⁸

Smittesporerne følger opp nærkontakter og har ansvar for telefondialog og informasjonsskriv per mail, samt registrering i ReMin. De har også ansvar for overføring av nærkontakter til annen kommune i de tilfeller nærkontakten oppholder seg eller har bostedsadresse i annen kommune.

De fire koordinatorene er fast ansatte fra smittevernkontoret (2 av de 3 fast ansatte smittevernrådgiverne), 1 er nyrekrutert smittevernrådgiver og en omdisponert fra stab Helse og velferd (50 prosent). Koordinator skal være tilgjengelig støtte for vaktleder på dag eller kveld og har kontakt med smittevernoverlege. Smittevernoverlegen på vakt er den som får meldt positive tilfeller fra Covid 19-labben på SUS og som sørger for å motta kontaktinformasjon (personnummer, navn, mobilnr, prøvedato og sted). Legen tar kontakt med vaktleder for briefing.

Vaktleder fordeler indekstilfellene på ansvarlig smittesporer og sjekker om navnet er i ReMin (pasient/kontakt). Indeksene registreres i ReMin. Deretter blir indeksene oppringt og smittesporer gjennomgår intervjuuskjema for å kartlegge nærkontakter, kjent/ukjent smittekilde, testindikasjon, symptomer med mer. Det blir gitt muntlig eller skriftlig beskjed om isolasjon. Ved mange positive tilfeller (30 eller flere) aktiviseres automatisk SMS-varsling til alle indekstilfellene med beskjed om å gå i isolasjon. Dette for å spare tid.

Ved mange smittetilfeller/nærkontakter vurderer koordinator behovet for flere smittesporere. Indekstilfellene informeres om isolasjonsreglene (eget skriv) og det avklares hjemmeisolasjon eller isolasjonshotell og hvilken lege som skal følge opp (fastlege normalt, ellers legevaktslege). Tilsvarende følger smittesporerne opp nærkontaktene knyttet til indeks/case og informerer muntlig og gjennom informasjonsskriv om reglene for karantene, samt registrering i ReMin. Er det snakk om nærkontakter i annen kommune, har sporer ansvar for overføring av informasjon.

Koordinator har også ansvar for oppfølging av caser som involverer skoler, barnehager, sykehjem, andre helseinstitusjoner, og også private bedrifter. Koordinator er også den som sender ut smittesporingsrapport til kommunikasjonsvakt, direktør, kommunalsjef, vaktleder testsenter, koordinatorene, smittevernleger, seksjonssjef og beredskap. Til sist har koordinator ansvar for at journal blir opprettet i fagsystemet HSpro og at melding til nasjonalt MSIS-register sendes.

På gult nivå (1-5 smittetilfeller med mange nærkontakter) er det vaktleder og koordinator på vakt som vurderer behovet for ekstra personellressurser utover grunnbemanningen. Bakgrunnen kan være komplekse saker, eksempelvis som omfatter helseinstitusjoner, mutasjonsutbrudd ol. Vaktleder og smittesporere deltar på statusmøte med koordinator og vaktlege. Ved skille mellom gult/rødt nivå er koordinator til stede i avdelingen. Koordinator og vaktlege avklarer om lege skal være til stede. I slike mer krevende situasjoner gjennomføres det teamsmøte 2 ganger per vakt i

¹²⁸ ReMin er også benyttet i forbindelse med registrering av de som skal vaksineres.

helg og 1-2 gang per vakt kveld, og koordinator orienterer vaktleder på koronasenteret/telefon i Forum om mange nærkontakter og krevende sporingsarbeid, med større pågang for testing.

De som deltar i smittesporing skal ha gjennomgått KS sitt kurs om smittesporing i forkant. I tillegg skal det gis opplæring på stedet. Intervjuene tyder på at opplæringsbehovet er blitt ivaretatt. Ansatte som inngår i back-up-ressursen (sirkel 3) har i utgangspunktet ikke fått opplæring. Per april 2021 hadde kun 4 av 28 ansatte fra virksomhetene i sirkel 3 bidratt i sporingsarbeid (januar 2021). Disse gjennomgikk både kurs og fikk opplæring på stedet før de ble satt til sporingsarbeid. Sirkel 4 utgjør ekstraordinær kapasitet og består av ansatte i annen jobb.

Virksomhetsoppfølging ved smitte i sykehjem, bofellesskap mv.

Er det snakk om utbrudd i sykehjem, bofellesskap, skoler, barnehager mv. er det smittesporerne v/koordinator og smittevernoverlege som har hatt ansvar for smittevern faglige vurderinger, mens det er kommunalsjef som har hatt ansvar for virksomhetsoppfølgingen. Kommunalsjef (eller direktør) har kalt inn til oppstarts, status- og avslutningsmøter med representanter for virksomheten, smittesporing og vakthavende smittevernoverlege, samt kommunikasjonsvakt.

Her har det blitt tatt beslutninger som både har dreid seg om testing av brukere og ansatte, karantene og isolasjon, bruk av smittevern utstyr, sporing av nærkontakter, informasjon til brukere og pårørende, besøksrestriksjoner, pressemeldinger mm. Denne «riggen» og prosedyren er pekt på som helt avgjørende for at smitteutbrudd i ulike helseinstitusjoner har blitt stoppet raskt, og at Stavanger kun har hatt to koronarelaterte dødsfall i virksomhetene (høsten 2021).

Sårbarhet ved mange og komplekse smitteutbrudd

Smittesporingsteamet i Stavanger har håndtert et stort antall smitteutbrudd. En variant er sterk økning i antall smittetilfeller i løpet av kort tid. For eksempel måtte smittejegerne den 9. mars 2020 og de tre påfølgende dagene håndtere 53 smittetilfeller i Stavanger. Dette var dagene før Norge stengte ned, og ble en første kritisk test på smittesporingskapasiteten. Den neste store stresstesten var jul- og nyttårshelga 2020 og den første uka i januar 2021. I uke 53 var antallet smittetilfeller i Stavanger 226 og i uke 1213. En topp på 58 tilfeller ble nådd 8. januar. Legger vi til smittede de neste tre dagene, fikk smittesporerne i alt 141 smittetilfeller de skulle håndtere.

Feriere har vært ekstra sårbare for smittesporerne i og med at mange er på ferie. Juleferien 2020/2021 ble imidlertid preget av kontrollert håndtering selv med en kombinasjon av ferieavvikling og sterk økning i antall smittetilfeller. En del av dette utbruddet hadde sitt utspring i to klynger, og derav en relativt høy andel kjente nærkontakter. Før julen og inn i romjulen var det som nevnt to store smitteutbrudd – et i taxinæringen og et i det somaliske miljøet – begge med forgreininger til flere kommuner. Det gjorde kartleggingen av nærkontakter vanskelig – både på grunn av språkutfordringer og smitteveier på tvers av kommunegrensene. Situasjonen ble likevel håndtert på en måte som sikret et relativt lavt antall ukjente smittetilfeller.¹²⁹

¹²⁹ Andre eksempler på utbrudd med forgreininger til flere kommuner, var et lokalt utbrudd i Klepp med forgreininger til Sandnes og Stavanger av sørafrikansk mutant og et lokalt utbrudd St. Svithun vgs. med forgreininger til andre kommuner der hvor elevene eller de ansatte bodde.

For Stavanger ble andelen ukjente smittetilfeller beregnet til 13 % i perioden 29.10.2020 – 01.05.2021.¹³⁰ I samme periode var andelen i Sandnes 15 %, i Sola 7 % og Randaberg 6 %.

For smittesporerne er det viktig med lavest mulig andel ukjente smittetilfeller da sporingsarbeidet må gå lengre tilbake i tid enn om når det er snakk om kjente smittekilder. I samme periode var andelen nærkontakter blant de smittede i Stavanger 68 %, mens andelen importtilfeller og klyngetilfeller begge utgjorde 10 %.

Nedenfor er prosentandelen med ukjent smittekilde sett i forhold til antallet smittede og smittetrykket (smitte per 100 000 innbyggere). Den viser at andelen med ukjent smittekilde varierer ganske mye fra uke til uke – fra så lavt som 6 % til høyest andel på 33 %.

| Tabell 15: Antall nye smittetilfeller per uke og andel med ukjent smittekilde fra uke 45 (2. nov. 2020) til uke 17 (26. apr. 2021) Kilde: Stavanger kommune | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Uke | Nye smittetilfeller | Andel ukjent smittekilde % | Smitte per 100 000 innb. |
| 45 (2020) | 59 | 22 % | - |
| 46 | 63 | 24 % | - |
| 47 | 32 | 12 % | 66 |
| 48 | 15 | 24 % | 32 |
| 49 | 6 | 33 % | 14 |
| 50 | 12 | 19 % | 12 |
| 51 | 18 | 6 % | 21 |
| 52 | 157 | 23 % | 121 |
| 53 | 226 | 16 % | 264 |
| 1 (2021) | 213 | 7 % | 303 |
| 2 | 136 | 17 % | 241 |
| 3 | 56 | 19 % | 132 |
| 4 | 17 | 6 % | 50 |
| 5 | 4 | 25 % | 5 |
| 6 | 3 | 33 % | 5 |
| 7 | 3 | 33 % | 4 |
| 8 | 35 | 6 % | 26 |
| 9 | 27 | 7 % | 43 |
| 10 | 53 | 9 % | 55 |
| 11 | 77 | 8 % | 90 |
| 12 | 138 | 7 % | 148 |
| 13 | 110 | 18 % | 171 |
| 14 | 118 | 15 % | 157 |
| 15 | 218 | 9 % | 232 |
| 16 | 105 | 12 % | 239 |
| 17 | 40 | 13% | 145 |

En faktor som kompliserte smittesporingen rundt jule- og nyttårstider, var smitte i en rekke helseinstitusjoner – både i alders- og sykehjem og i bofellesskap ol. Fra 21.12 til og med 10.01 var det smitte på 8 sykehjem, 1 aldershjem, to hjemmebaserte tjenester, et dagsenter og 7

¹³⁰ Kilde: Styringsinformasjon i Power BI for kommunene på Nord-Jæren tilrettelagt av kommuneoverlegen i Randaberg kommune. Tidsserie fra 28.10.2020 til pandemiens avslutning.

bofellesskap, samt i fengselshelsetjenesten. Det var et stort behov for testing, screening og sporing hvor dette var nødvendig. Både beboere og ansatte var blant de smittede.

Tidlig på nyåret ble smitte oppstått i jule- og nyttårsselskaper en viktig driver i smitteutviklingen. Litt lengre utpå nyåret økte antallet smitteutbrudd i barnehager og skoler. 7-8 barnehager og rundt 10 skoler ble rammet. De fleste utbruddene skjedde etter overgangen fra rødt til gult nivå i skolen. I denne perioden ble det viktig for smittesporerne med godt samarbeid med ledelsen ved disse virksomhetene. Erfaringen er at dette samarbeidet i hovedsak har fungert godt.

Vi har i noen intervjuer spurt om hvilke smittesituasjoner som har vært de med mest krevende. Følgende faktorer har gått igjen: Mange med ukjent smittekilde, utbrudd med forgreininger over kommunegrensene hvor sporerne står overfor språkproblemer eller liten tillit hos de de henvender seg til. Også samtidighet med flere komplekse utbrudd på samme tid kan være krevende. En sårbarhet som er løftet fram, er situasjoner hvor flere av sporerne selv er syke (av covid-19 eller annet). Da kan det i ekstreme tilfeller skorte på tilgjengelig opplært personell.

En annen erfart sårbarhet fra smittetoppen i julen, var kapasitetsutfordringer hos mikrobiologen på sykehuset. Mange positive tilfeller ble meldt sent fra sykehuset. Kveldsskiftet for smittesporerne ble dermed essensielt, men uansett medførte det en forsinket springrespons, jf. kravet om umiddelbar sporing av positive smittetilfeller. En løsning ble at SUS startet med nattkjøringer på mikrobiologen, noe som gjorde at de fikk meldt positive tidligere på dagen.

For å redusere sårbarhet ved mange smittetilfeller, er det utviklet et automatisk generert SMS system i ReMin som kan aktiveres ved smittetall over 30. Det går ut automatisk SMS om prøvesvar og krav om isolasjon. Registrerte nærkontakter i Remin mottar for sin del SMS med krav om karanteneopphold. SMS systemet skal være et varslingssystem for å nå alle raskest mulig, inntil smittesporer tar kontakt for ytterligere avklaring og oppfølging.

Interkommunalt samarbeid om smittesporingen

Staten har i sin kommunisering av krav til TISK-kapasitet til kommunene, ikke stilt direkte krav til regionalt samarbeid om disse tiltakene. Siden 2004 har det imidlertid vært mulig å inngå interkommunalt samarbeid om smittevernet.

Mens luftveislegevakt og testing er et interkommunalt samarbeid, er smittesporing håndtert av kommunene alene. Slik har det vært i alle våre fire undersøkte kommuner, dvs. Stavanger, Sandnes, Strand og Gjesdal.

Kommunene har samarbeidet på tvers av kommunegrensene i forbindelse med konkrete utbrudd, som bussreisen høsten 2020, utbruddet i taxi-næringen og i forbindelse med oppdagelsen av den Sør-Afrikanske mutasjonen våren 2021. Da har man både hatt kontakt per telefon, og de som har smittesporervakt i de respektive kommunene har gjennomført Teams-møter sammen. Da har det vært vanlig at også smittevernoverlegene deltar. I de mest komplekse flerkommunale utbruddene har det vært snakk om tett og nærmest kontinuerlig samarbeid.

Det har vært drøftet om det regionale samarbeidet i større grad burde formaliseres, og om smittesporingsteamene burde vært samlokalisert – eller samorganisert. Kommunene inngår i samme bo- og arbeidsregion, og smitteveiene går på kryss og tvers av kommunegrensene.

Lederne av smittesporingsteamene i Stavanger og Sandnes mener at nabosamarbeid om smittesporingen har fungert tilfredsstillende. Smittesporingsverktøyet ReMin har vært viktig for

deling av informasjon, og møter og telefon er brukt etter behov. Det pekes også på at smittesporingen er et kommunalt ansvar forankret i smittevernloven, og at data fra sykehuset meddeles den enkelte kommune. Smittesporerne er også ansatt i en kommune. Å vurdere et mer formelt interkommunalt eller regionalt samarbeid, er noe som evt. må vurderes når krisen er avsluttet og det skal vurderes om det skal gjøres justeringer før neste pandemi melder seg.

8.4 KARANTENE OG ISOLERING

Regler og råd for karantene og isolasjon har vært regulert i Covid-19-forskriften og de anbefalinger regjeringen har kommet med til kommuner og befolkningen. Reglene og rådene har vært gjenstand for et stort antall endringer. FHIs endringslogg inneholder fra april 2020 til april 2021 66 store og små endringer i de regler og råd som gjelder for karantene og isolasjon.¹³¹

Helt i starten av pandemien ble det innført 14 dagers karantene for nærkontakter og tilreisende fra «røde» land, uavhengig av om de hadde symptomer eller ikke. Fra 8. mai 2020 ble dette endret til 10 dagers karanteneplikt. Med gjenåpningen av det norske samfunnet, ble karanteneplikten opphevet 15. juni for de som kom reisende fra nordiske land med liten smitte. Senere i juni i 2020 ble det gjort lettelsener i karanteneplikten på 10 dager for gjestearbeidere fordi næringslivet hadde stort behov for gjestearbeidere. Denne saken førte til debatt utpå høsten på grunn av mye importsmitte og smitteutbrudd ved arbeidsplasser med mange gjestearbeidere.¹³² Fra 5. november innførte regjeringen innstramninger. Arbeidsreisende som de siste 10 døgnene før de kom til Norge hadde oppholdt seg i områder med særlig høyt smittenivå, kunne ikke lenger benytte seg av ordningen med testing hver tredje dag. Innreisekarantene skulle derfor i utgangspunktet gjelde for alle arbeidstakere fra «røde» land. Arbeidstakere som hadde fritidskarantene skulle testes hver tredje dag og være innkvartert på enerom de ti første dagene i landet.

I løpet av januar 2021 strammet regjeringen inn på karantenereglene, først fra 4. januar, så på ny den 29. januar. I utgangspunktet kunne da bare utlendinger som er bosatt i Norge få anledning til å reise inn i Norge, med noen unntak for bl.a. samfunnskritisk personell. Det innebar at blant andre gjestearbeidere og familiemedlemmer som besteforeldre, voksne barn, foreldre til voksne barn og kjærester ikke lenger kunne komme på besøk. Beholdt ble reglene om obligatorisk testing, reiseregistrering, karantene og karantenehotell for de som kunne reise til Norge.

Likevel fortsatte smitteimporten fra utenlandske gjestearbeidere og FHI opplyste om at de fryktet juks med karanteneiltakene blant en del av gjestearbeiderne. Med mutantutbruddene på Østlandet (først i Nordre Follo, deretter i flere kommuner på det sentrale Østlandet) økte bekymringen for en tredje smittebølge. Det fikk konsekvenser for TISK-strategien i form av strengere bestemmelser for hvem og hvordan karantene og isolering skulle gjennomføres.

¹³¹ Endringsloggen finnes her. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/karantene-og-isolering/> Etter april 2021 har det vært nye justeringer i regler og anbefalinger. Det vises for øvrig til covid-19-forskriften [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470 kapittel 2](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470_kapittel_2).

¹³² Denne saken ble et politisk debatttema senere på høsten da regjeringen på ny måtte stramme inn karantenebestemmelsene for gjestearbeidere. Aftenposten bidra til å gjøre saken kjent gjennom flere artikler, se blant annet <https://www.aftenposten.no/norge/i/eKGgml/sms-er-hoeyt-politisk-spill-og-faglige-raad-som-ble-vraket-slik-aapnet>

3. mars 2021 gikk FHI ut til kommunene og anbefalte en forsterket TISK-kapasitet. **Forsterket TISK** betydde for kommunene mer utstrakt testing og karantenesetting og mer vektlegging av god gjennomføring av karantene og isolering.¹³³ 28. mars ble det innført strengere regler for karantenehotell og testing ved innreise fra andre land.¹³⁴

Figur 23: Strategi for forsterket TISK (Kilde: FHI)



Ifølge FHI er det ved forsterket TISK 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. Det er også understreket viktigheten av at de som settes i karantene har forstått hva det betyr, og at personer testes straks de defineres som nærkontakt og etter 7 dager i karantene.

En innskjerping 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.»

Karantene og -isolasjonsplasser i Stavanger

Stavanger kommune opprettet tidlig plasser for isolasjon av covid-19-smittede. For det første ble det opprettet isolasjonsplasser for tunge rusmisbrukere (i Ramsvigkroken, senere i Eventyrbråtet). For det andre ble det satt av plasser for isolering på Haugåstunet sykehjem.

Stavanger gikk tidlig i pandemien inn i regionalt samarbeid om karantene- og isolasjons hotell. Dette gjelder syke eller mulig smittede, som ikke behøver å være på sykehus, men som har behov for oppholdssted utenfor eget hjem. Nedenfor er disse tilbudene kort beskrevet:

- **Isolasjonsboliger for rusmisbrukere i Ramsvigkroken, senere ved Eventyrbråtet.** I mars/april 2020 ble inntil 10 «isolasjonsleiligheter» for smittede rusmisbrukere/ROP-

¹³³ <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing-og-oppfolging-av-smittede/forsterket-tisk2/>

¹³⁴ <https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/tidslinje-koronaviruset/id2692402/>

brukere tilrettelagt i Ramsvigkroken. Det ble opprettet personalbase med dagbemanning i ukedagene, ambulant bemanning kveld, natt og helg. På grunn av riving av boligene i Ramsvigkroken i slutten av 2020, ble det opprettet 5 plasser i Eventyrbråtet. En plan ble tidlig utarbeidet for testing, smittesporing og isolering ved bruk av boligene. Et år senere – i mars 2021 – har ikke boligene vært i bruk. Smitte i rusmiljøet oppstod imidlertid i slutten av mars 2021, og 5 rusmisbrukere ble isolert i eget hjem og 2 ble satt i karantene i eget hjem. Boligene har fungert som et beredskapstiltak i tilfelle behov skulle oppstå.

- **«Koronasykehjemmet» Haugåstunet.** Dette kortidssykehjemmet med 70 sykehjemsplasser ble allerede i mars 2020 utpekt som sted for å isolere covid-19-syke.¹³⁵ En avdeling med 27 plasser ble frigjort til koronapasienter fra 27.03. For å kunne frigjøre plasser på dette sykehjemmet, ble det inngått avtale med eierne av Domkirken sykehjem for å etablere Dom som reservesykehjem. Dette stod tomt etter flytting av ansatte og beboere til Lervig sykehjem i 2019. 14 pasienter ble overført til Dom fra Haugåstunet 26. mars 2020 for å frigjøre plass til covid-19-syke. Maks kapasitet på Dom var 25 plasser. På det meste hadde sykehjemmet 22 pasienter. Allerede i slutten av april 2020 ble Dom trappet ned til 12 plasser. Haugåstunet avd. 2 ble i midten av mai åpnet for utskrivningsklare pasienter uten smitte, mens 4-5 rom ble beholdt som beredskapsplasser. Bruken av isolasjonsplassene på Haugåstunet har i svært liten grad vært i bruk. I uke 44 i 2020 var 2 personer innlagt på Haugåstunet. Heller ikke den andre smittetoppen rundt juletider 2020/2021 førte til behov for dette beredskapstiltaket.
- **Isolasjonshotellet Sola Strand Hotell, senere byttet til Hotell Scandic Forum.** Tidlig i mars 2020 ble det inngått samarbeid mellom Stavanger, Sola og Randaberg kommuner om Sola Strand Hotell som isolasjonshotell. Avtalen omfattet inntil 30 rom til isolering av koronasmittede som ikke kunne isoleres i eget hjem, samt offshorearbeidere, smittede som ankom Sola lufthavn eller personer som kom med båt til en av kommunene. Sola kommune som er hotellets avtalepart hadde opsjon på ytterligere 30 rom. Avtalen gjaldt fram til 30.09.2020. Avtalen utløste for Stavanger kommune kostnader på 292.000/mnd. fra mai (139.000 for april). Avtalen ble ikke tatt i bruk for Stavangers del, og kommunen ønsket tidlig en hotelløsning nærmere Forum-området samlokalisert med teststasjoner, legevaktkontor og koronasenteret. Med avtale med Hotell Scandic Forum fra tidlig høst, kom dette på plass. Avtalen gjaldt for ni rom fram til sommeren 2021, senere utvidet til 12. Blant annet har gjestearbeidere med covid-19 vært innlagt inn på hotellet. Smittevernoverlegen har lagt dem inn, mens legevakten har fulgt dem opp og avisolert de innlagte. Avtalen gjaldt i første omgang fra 01.10.2020 til 30.06.2021. Den er siden forlenget ut 2021. Avtalen omfatter 12 rom i en etasje og koster kr 180 000 per måned.
- **Karantenehotell:** I uke 2 2021 inngikk Stavanger kommune avtale med Clarion Hotel Energy om karantenehotell for nærkontakter (ikke innreise, Sola kommune har

¹³⁵ En opptrappingsplan viste at Stavanger kommune totalt kunne skaffe til veie 113 sykehjemsplasser for covid-19-pasienter fordelt på sykehjemmene Haugåstunet, Bergåstjern og Lervig. I tillegg kunne 170 plasser ekstra sengeplasser etableres ved bruke av ledige lokaler og økt bruk av dobbeltrom. I den forbindelse skaffet Helse og velferd til veie 170 ekstra sykehjemsplasser. Disse er ikke tatt i bruk.

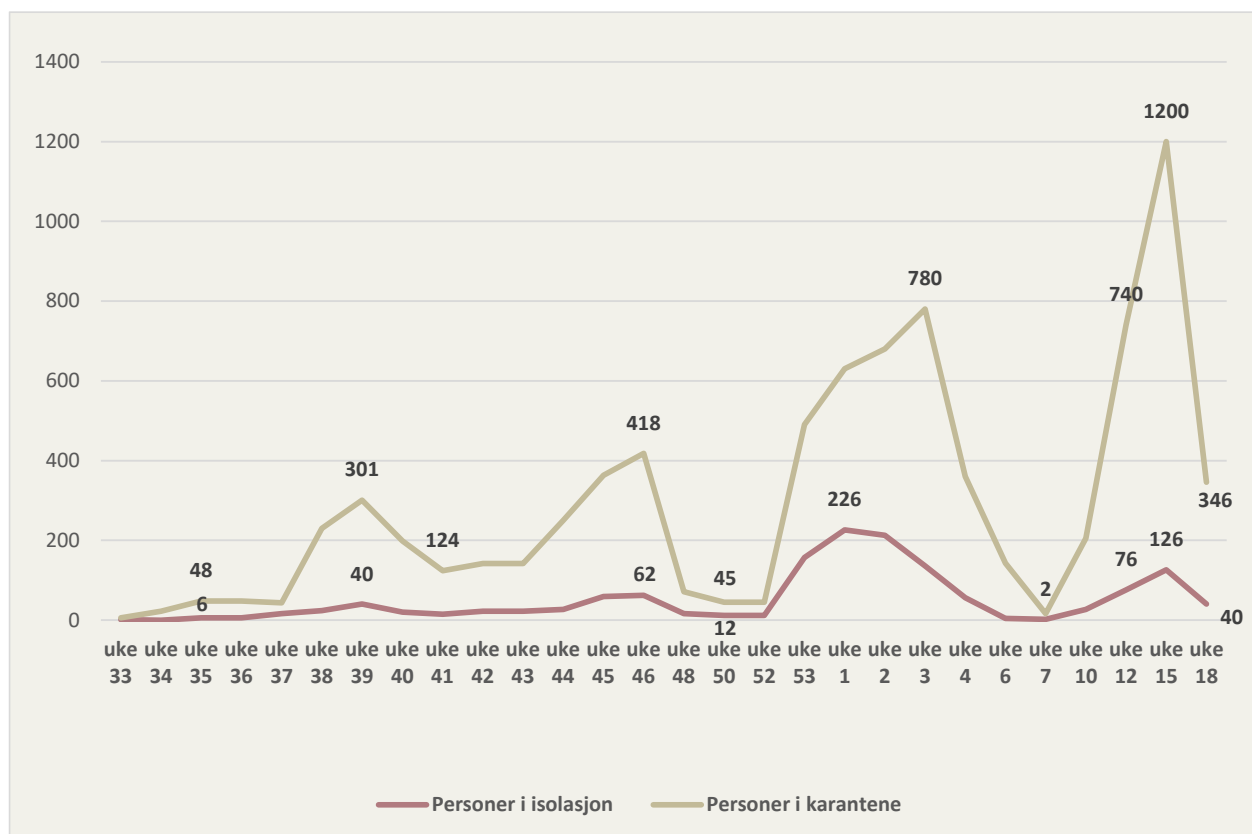
karantenehotell for innreise for regionen). Avtalen gjaldt til 31.07.2021 + 6 mnd. opsjon. Hotellet har 400 rom, og avtalen begrenset ikke antall rom kommunen kunne bruke. Inntil 80 rom kunne imidlertid bli opptatt til andre gjester. I hovedsak er plassene blitt brukt for gjestearbeidere som ikke har hatt annen mulighet for karanteneopphold. De fleste med behov for innreisekarantene har benyttet karantenehotellet Scandic Stavanger Airport.

Utviklingen i bruk av karantene og isolering

Fra sommeren 2020 har kommunene rapportert om omfanget av isolering og karantene til Helsedirektoratet. Der er kommunene også bedt om å rapportere hvor mange de har tilgjengelig til smittesporing og hvor mange som drev sporingsarbeid (rapportert som sist uke). I disse tallene inngår både hjemme- og borteisolering og hjemme- og borte karantene. Som vi har sett overfor, har bruken av isolasjonsplassene i Helse og velferd og isolasjonshotell vært nokså begrenset. Det betyr at det meste av isoleringen av smittede med covid-19 har skjedd i eget hjem. Det samme gjelder for karantene. Det aller meste har dreid seg om hjemmekarantene i eget hjem.

Som vi ser, har omfanget av karantene og isolasjon svingt mye fra sommeren 2020 til påsken 2021. I uke 31 var de tre personer i karantene, mens en var isolert som følge av smitte. Utover høsten økte omfanget, for så å falle kraftig i desember. Med jul og nyttårsfeiringen økte de sterkt, med en topp i uke 3 med 780 personer i karantene. Personer i isolasjon nådde en topp på 226 personer i uke 1 for å så å falle en del før ny økning rett før påsken. Også omfanget av personer i karantene økte sterkt før påske. I stor grad reflekterer denne utviklingen smittetallene.

Figur 24: Oversikt over antall personer i karantene og isolasjon med Stavanger som oppholdssted (Kilde: Stavanger kommunes TISK-rapportering til Helsedirektoratet).



Oppfølging og tilsyn med personer i karantene eller isolasjon

På det meste var det over 700 personer i karantene og mer enn 200 personer i isolasjon i Stavanger. Etter smittevernloven § 7-1, jf. også covid-19-forskriften, har kommunene ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner overholder de tiltak de er pålagt i form av karantene og isolasjon. I brevet som ble sendt kommunene 3. juli 2020 om konkretisering av TISK-strategien, ble kommunene på nytt minnet om det tilsynsansvaret de har. Med innstramninger i regelverket med forsterket TISK i mars 2021, ble det på ny understreket at kommunene har et tilsyns- og kontrollansvar og at brudd må anmeldes. Bøtene for brudd på karanteneplikt ved ankomst fra utlandet, brudd på karanteneplikt etter nærkontakt med smittet eller brudd på isolasjonsplikten, har vært 20 000 kr.

Bakgrunnen for kravet om innskjerpet tilsynsplikt, kom etter mange oppslag i mediene om eksempler på brudd på karantene-reglene, og at Arbeidstilsynet i 1 av 3 tilsyn i bedrifter oppdaget regelbrudd på innkvartering av gjestearbeidere.¹³⁶ Dette gjaldt særlig bransjer med mange utenlandske arbeidstakere, som bygg og anlegg, industri, og verft og fiskeindustrien.

Helsedirektoratet har ment at tilsyn vil kunne ha god preventiv effekt mot smittespredning.¹³⁷ Noen kommuner har ansatt egne Covid-19-kontrollører som Lindesnes, mens en kommune som Trondheim har hevdet at en av suksesskriteriene i deres TISK-strategi har vært det tilsynet som 5 pensjonerte politifolk har utført for å sjekke at utenlandske arbeidere følger karantene-reglene.¹³⁸

Oppfølging og tilsyn i Stavanger

Smittede personer som er satt i **isolasjon** hjemme eller på hotell, er blitt fulgt opp av sin fastlege eller legevakslege i de tilfeller det er snakk om smittede uten fastlege. Smittesporingsavdelingen har laget et eget informasjonsskriv som den smittede har fått, og som inneholder smittevernregler ved isolering. Ifølge flere av de intervjuede er kontakten lege – smittet primært medisinsk-faglig oppfølging, der tilsyn av regeletterlevelse ikke er det sentrale. Observerte brudd er blitt meldt fra til politiet. Politiet har i noen saker anmeldt brudd på isolasjonsplikten, men omfanget har vært lite. Fra kommunens side har det vært utført lite tilsyn med smitteisolerte utover den medisinske oppfølgingen. Den enkeltes regeletterlevelse har i stor grad vært tillitsbasert.

Nærkontakter som en henvist til **karantene**, har også fått et informasjonsskriv fra kommunen med opplysninger om regler som gjelder for karanteneoppholdet. Dette er også forhold som er opplyst om gjennom telefonisk eller digital kontakt med den som er satt i karantene. Smittesporingsavdelingen har i liten grad hatt kapasitet til å føre tilsyn med at karanteneplikten blir overholdt. De fleste karanteneopphold gjennomføres hjemme, og eventuell kontakt dreier seg

¹³⁶ https://www.nrk.no/norge/arbeidstilsynet_-mange-brudd-pa-koronaregler-1.15326098

¹³⁷ I denne delen av rapporten er vi opptatt av kontroll med at karantene- og isolasjonsplikten blir overholdt. Stavanger kommune har på andre områder overvåket befolkningens etterlevelse av smittevernreglene (særlig bruk av munnbind og avstandsregler) på kjøpesentra og i kollektivtrafikken. Skjenkekontrollen har gjennomført en rekke tilsyn med serveringsbransjen, særlig i sentrum. For eksempel ble Hygge stengt 13.10.2020 for brudd på smittevernreglene. Stedet fikk åpne igjen etter kort tid, ettersom korrektive tiltak ble iverksatt..

¹³⁸ <https://www.nrk.no/trondelag/trondheim-setter-inn-tidligere-politibetjenter-for-a-sjekke-boforholdene-til-utenlandske-arbeidere-1.15336770>

om tidspunkt for testing, hva slags regler som gjelder for karanteneoppholdet og når det kan avsluttes. I den grad det er gjort tilsyn med karanteneplikten, er den gjort av Politiet eller Arbeidstilsynet. Det finnes noen eksempler på bøtlegging av brudd på denne plikten.¹³⁹

Kommunen skal kunne kontrollere at tilreisende til Stavanger i innreisekarantene, oppholder seg på hotellet og følger retningslinjene. Dersom kommunen oppdager brudd på karanteneplikten skal politiet kontaktes, som vil vurdere eventuell strafferettslig oppfølging. Hvordan tilreisende fordeler seg på ulike karanteneoppløsninger og hvor mange som slipper karantene, gir tabellen nedenfor en indikasjon på. Her er tilreisende i en 10 dagers periode blitt kartlagt. Interessant nok fikk nesten 1 av 4 denne 10-dagers perioden unntak fra kravet om karantene (158 tilreisende, eller 24 %). I perioden 28.04.-11.05.2021 var andelen hele 32 % (314 av 972 tilreisende).

Tabell 16. Tilreisende fra utlandet til Stavanger og karantenested (kilde: Stavanger kommune).

| Gjennomføring av karantene 01.03-10.03 | Alle innreisende |
|--|---------------------|
| Egen bolig eller på annet egnet sted | 239 |
| Arbeidsgiver i Norge sørger for egnet oppholdssted | 137 |
| Annet egnet oppholdssted (ikke arbeid eller oppdrag i Norge) hvor det er mulig å unngå nærkontakt med andre | 7 |
| I bolig til ektefelle eller mor/far til felles barn | 13 |
| Karantenehotell | 106 |
| Jeg er unntatt kravet om innreisekarantene | 158 |

106 fikk henvisning til karantenehotell. De aller fleste ble innkvartert på Scandic Airport Hotel og Quality Airport Hotel Stavanger. Grensepolitiet henviser til reisekarantenehotell, ikke kommunene. Stavanger har tilgang til informasjon om reisende inn i kommunen, og kan benytte registreringsskjemaet i smittesporingsarbeid og ved behov for oppfølging av reisende. Det samme gjelder Arbeidstilsynet som har en tilsynsoppgave ovenfor arbeidsgivere.

Etter innskjerping av karantene-reglene i 2021 fikk kommunene pålegg om kontroll av de som er i innreisekarantene. En tilsynsordning ble opprettet 13. april 2021 med utgangspunkt i Rogaland Brann og Redning (Miljørettet helsevern). Fem pensjonerte politifolk ble engasjert til oppgaven. I starten var seks kommuner med på ordningen (Eigersund, Time, Sandnes, Sokndal, Randaberg og Hå). Den 22. april kom Sola med og den 25. april kom Gjesdal, Hjelmeland, Klepp, Stavanger og Strand med i ordningen. De fem politifolkene jobber på oppdrag for Miljørettet helsevern og har fra oppstarten gjennomført kontroll av personer i innreisekarantene.

8.5 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKTER

Kommunenes ansvar for testing, isolasjon, smittesporing og karantene, er nedfelt i smittevernloven, men loven sier ikke noe spesifikt om hva slags beredskap kommunene skal ha

¹³⁹ <https://www.dagsavisen.no/rogalandsavis/nyheter/2020/11/12/flere-utenlandske-statsborgere-botelagt-etter-brudd-pa-karantenebestemmelsene/>

på dette området. Verken staten eller kommunene hadde klar en strategi eller en beredskapsplan for rask oppskalering av TISK-kapasiteten da pandemien slo til i begynnelsen av mars 2020.

Det er fra kommunens side lagt ned en stor innsats for å bygge opp TISK-tilbudet.

Det forelå i starten av pandemien ikke noen helseberedskapsplan eller pandemiplan som beskrev hvordan testkapasiteten raskt skulle oppskaleres. Det var ingen detaljplan, tiltakskort eller dreiebok som beskrev hvordan et oppskalert testtilbud skulle bemannes, organiseres eller hvor det skulle lokaliseres. Løsninger ble i stedet utviklet fortløpende ved hjelp av en stor porsjon handlekraft, kreativitet og løsningsorientering der ingen i starten helt visste hvor det ville ende.

TISK-strategien er utviklet under pandemien, og ble vedtatt som sentralt element i regjeringens strategi for håndtering av koronapandemien 7. mai 2020. Overfor kommunene ble strategien konkretisert i et oppdragsbrev Helsedirektoratet sendte alle landets kommuner 3. juli 2020.

Vår hovedkonklusjon er at Stavanger kommune har hatt stor suksess med TISK-strategien. Smitte er raskt blitt avdekket gjennom høy vilje i befolkningen til å teste seg, og kapasiteten til testing og smittesporing har vært stor nok til å sikre kontroll også under de høyeste smittetoppene. Det er laget planer og organisatoriske løsninger det er viktig å ta med som lærdommer fra pandemien.

Det synes å ha vært høy grad av etterlevelse av isolasjonsplikten og karanteneplikten, men det er også avdekket brudd. Det kan tyde på at innsatsen for å føre tilsyn burde vært større.

Det ble raskt inngått regionalt samarbeid om testing med utgangspunkt i legevaktsamarbeidet mellom Stavanger, Sola og Randaberg. Det ble også inngått samarbeid med Sola og Randaberg om bruk av Sola Strand Hotell som isolasjonshotell – en avtale som utløp 30.09.2020. Etter at samarbeidet om isolasjonshotell ble avvirket, har Stavanger inngått egne avtaler med Hotell Scandic Forum og Clarion Hotell Energy om å være Stavangers isolasjonshotell og karantenehotell. Ved innreise fra utlandet, har Sola koordinert kommunesamarbeidet om bruk av flyplasshotellene Scandic Airport Hotel og Quality Airport Hotel Stavanger.

Minst regionalt samarbeid har det vært om smittesporingen, som i stor grad har vært situasjonsbetinget, og gjort mulig gjennom smittesporingsverktøyet ReMin. Det har vært stor vilje i kommunens smittesporingsteam til å dele informasjon og samarbeide etter behov.

Gjennomgangen viser at test-kapasiteten i Stavanger har vært tilstrekkelig. Det ble på rekordtid startet opp nye testtilbud da pandemien var et faktum. Fra mai 2020 hadde Stavanger – sammen med Sola og Randaberg – kapasitet til å teste minst 1,5 % av befolkningen i kommunene. Fra andre uka i september samme år kom teststasjon 2 i drift, og testkapasiteten økte til 2,5 %. Med øvrige teststeder var kapasiteten drøyt 3 %. Det statlige kravet på den tiden var at kommunen innen en uke skulle kunne mobilisere en testkapasitet på 5 %. Det hadde Stavanger en plan for, men pågangen på teststasjonene gjorde det ikke nødvendig å realisere planen før på nyåret 2021 - da med etablering av en tredje teststasjon.

Tilgjengeligheten til testing via koronatelefonen og online-løsningen fra midten av september 2020, har i hovedsak fungert tilfredsstillende. Det var dager i august 2020 hvor det var svært lang ventetid på telefonen. Nedetid for online-løsningen under noen hektiske dager i januar 2021, skapte utfordringer, men ikke større enn at de som ønsket å teste seg fikk ordnet dette.

Testtilbudet har vært under utvikling nesten hele pandemien. Det er bygd opp et robust og profesjonelt tilbud basert på rekruttert personale. Systemer og rutiner er blitt utviklet og utprøvd og har i stor grad funnet sin form. Resultatet er et erfaringsbasert tjenestetilbud som fungerer og

som er viktig å huske på for framtiden. Dukker det opp en ny pandemi – og før eller siden gjør det det – så vil Stavanger ha tilgang på en løsningsmodell som vil gjøre riggingen enklere.

Smittesporing. Situasjonen for smittesporerne i Stavanger har endret seg svært mye i løpet av pandemien. Fra å ha vært et lite team bestående av to smittevernoverleger og tre rådgivere fra smittevernkontoret, bestod smittesporingsteamet våren 2021 av 25 personer. I tillegg var det 20 ansatte som i en beredskapssituasjon kunne mobiliseres til smittesporing. Dette var ansatte rekruttert i stab Helse og velferd, samt ansatte fra virksomhetene. Smittevernteamet og back-up-personellet utgjorde dermed over 40 personer til smittesporingsarbeid organisert i en midlertidig smittevernavdeling med egen leder plassert under seksjon for kommunale legetjenester.

I mars/april 2020 skjedde mye ad hoc. Det manglet gode verktøy i sporingsarbeidet, og verken lokaler eller etablerte rutiner var særlig godt egnet til et oppskalert og intensivert smittesporingsarbeid. Dugnadsånd og vilje til å ta et stort ekstra tak, gjorde at smittesporerne etter få uker bidro til å få kontroll på situasjonen. Smittesporerne ble fra da av en spydspiss i arbeidet for å bryte smittekjeder og hindre smittespredning og nye utbrudd.

Det tok noe tid å få på plass en robust smittesporingsavdeling. Det var først sent på høsten 2020 at nyrekrutteringen av smittesporere og opplæring av disse, var på plass – tidsnok til å ta unna smittebølge 2 ved jule- og nyttårstider. Selv med flere parallelle klyngeutbrudd, smitte i en rekke helseinstitusjoner og generelt økende smitte i befolkningen, beholdt smittesporerne kontrollen.

Å beholde kontrollen bygger på flere forutsetninger: Smitteoppsporing av nærkontakter har som hovedregel kommet raskt i gang etter mottak av prøvesvar. Videre har det raskt vært mulig å mobilisere nok opplærte ansatte til å delta i sporingsarbeidet. Sporingsarbeidet har dessuten vært effektivt i den forstand at antallet ukjente smittetilfeller stort sett har vært nokså lavt.

Unntatt de første ukene av pandemien, har Stavanger kommune unngått bruk av helsesykepleiere fra Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De var back-up-ressurs våren 2020 og inngikk som ressurs i sommerferieplanleggingen 2020, men lite smitte gjorde mobilisering av disse uaktuelt. Siden august/september har de ikke inngått i beredskapsplanleggingen for smittesporingen.

Isolasjon og karantene. Stavanger kommune skaffet tidlig til veie plasser for isolasjon av syke. Det gjelder plasser for tunge rusmisbrukere (først i Ramsvigkroken, senere i Eventyrbråttet) og for syke med covid-19, med behov for isolering (Haugåstunet sykehjem). Tidlig i mars ble det inngått samarbeid mellom Stavanger, Sola og Randaberg om Sola Strand Hotell som isolasjonshotell. Avtalen gjaldt til 30.09.2020 da Stavanger byttet til Hotell Scandic Forum som isolasjonshotell. Bruken av de ulike isolasjonsplassene har vært nokså begrenset. Når det gjelder bruken av karantenehotell, har reisende fra utlandet i hovedsak blitt innkvartert på Scandic Airport Hotel og Quality Airport Hotel som Sola kommune har avtale med. I uke 2 2021 inngikk Stavanger kommune avtale med Clarion Hotel Energy om karantenehotell for nærkontakter. Det er bl.a. brukt for å innlosjere gjestearbeidere som nærkontakter til smittede. På det meste var over 700 personer i karantene og mer enn 200 personer i isolasjon i Stavanger, de fleste i eget hjem.

Etter smittevernloven § 7-1, jf. også covid-19-forskriften, har kommunene ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner overholder de tiltak de er pålagt i form av karantene og isolasjon. I brevet som ble sendt kommunene 3. juli 2020 om konkretisering av TISK-strategien, ble kommunene på nytt minnet om det tilsynsansvaret de har. Med innstramminger i regelverket med forsterket TISK i mars 2021, ble det på ny understreket at kommunene har et **tilsyns- og kontrollansvar** og at

brudd må anmeldes. Bøtene for brudd på karanteneplikten ved ankomst fra utlandet, brudd på karanteneplikten etter nærkontakt med smittet eller brudd på isolasjonsplikten har vært 20 000 kr.

En observasjon er at ansvaret for tilsyn og kontroll har vært spredt på flere instanser og at det tok tid å få på plass en ordning med tilsyn av innreisekarantene. I slutten av april 2021 kom det på plass en tilsynsordning basert på et flerkommunalt kontrollteam bestående av 5 pensjonerte politifolk. Det synes å være et behov for å klargjøre ansvaret for kontroll og tilsyn ved pandemi.

Læringspunkter TISK. Helse og velferd har underveisevaluert pandemihåndteringen 18. juni og 10. desember 2020. I tillegg har intervjuene våre gitt innspill til læringspunkter. Én kategori læringspunkter er smarte grep som er gjort og som bør huskes på i fremtiden.

Noen slike læringspunkter er følgende:

- Oppbygging av mer testkapasitet må nøye følges opp med oppbygging av mer smittesporingskapasitet. Skjer ikke det, blir smittesporingen sårbar ved store utbrudd.
- Smittevern faglig rådgivning til andre tjenesteområder og til virksomhetene, er vesentlig for å integrere smittevern i tjenestene og virksomhetene på lik linje med beredskap.
- Frigjøring av personell fra stab og virksomheter i Helse og velferd til testing og sporing, må følges opp med kontinuitetsplaner som sikrer forsvarlig drift av tjenestene.
- Rekruttering av egne ansatte til testing og sporing har sikret robusthet og profesjonalitet.
- Små stillingsbrøker for kommuneoverlegene er en hemske for effektiv smittevernhåndtering i en situasjon hvor legene blir involvert i et stort antall aktiviteter.
- Regionalt samarbeid om TISK-strategien bør tilstrebes for å sikre effektiv håndtering i bo- og arbeidsmarkedsregionen hvor smitteveier ofte går på tvers av kommunegrensene.

Anbefalinger. Andre læringspunkt er relatert til utfordringer hvor avklaringer gjenstår. Disse har vi formulert som anbefalinger til hva kommunen bør vurdere å gjøre i etter pandemien:

- **Oppdatere planverket i forhold til TISK.** Helseberedskapsplan og pandemiplan bør inkludere beredskap for å bygge opp testkapasitet og skalere opp smittesporing. Planene bør i tillegg beskrive samarbeid med nabokommuner, sykehus, laboratorier ol.
- **Avklare ansvaret for kontroll og tilsyn med isolasjon og karantene.** Ansvaret har vært spredt på flere aktører, statlige og kommunale, og det er et åpent spørsmål om det har fungert godt nok. Det bør avklares nærmere *hvem-som-gjør-hva* i forhold til tilsyn.

9 TILTAK FOR Å IVARETA SÅRBARE BARN OG UNGE

9.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

12. mars ble barnehager, skoler og tjenester for barn i Stavanger stengt på grunn av koronapandemien. Unntaket var barnevernsvakten som holdt oppe beredskapen, og helsestasjonene, som prioriterte individuell oppfølging av gravide og de minste barna.

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

Nokså raskt etter nedstengningen i mars 2020 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 ivaretas.¹⁴⁰

Barne- og familiedepartementets koordineringsgruppe har lenge vært bekymret for prisen utsatte familier og deres barn bærer som følge av smitteverntiltakene «*samtidig som de i mindre grad løftes fram i debatten rundt smitteverntiltakenes forholdsmessighet*¹⁴¹. (...) Prisen tiltakene koster våre barn og unge begynner å bli betydelig. Den siste uka i januar (2021, vår anm.) har vi sett at frykten for at den nye og mer smittsomme varianten av viruset skal spre seg ukontrollert, har medført svært omfattende og inngripende tiltak i til sammen 25 kommuner.»

Koordineringsgruppen har vært bekymret for den totale belastningen smitteverntiltakene har påført barn og unge. De legger til grunn at myndighetene i sine 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».*

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

¹⁴⁰ Kilde: Sårbare barn og unge – statusrapport nr. 1 fra koordineringsgruppe til BFD, 20.04):

¹⁴¹ Rapport nummer 11, side 5.

- 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.
- Helsestasjonstjenestene har klart å ivareta barn og sårbare grupper på en tilnærmet normal måte.
- Fritidstilbud har vært tilgjengelige for barn og unge – både det som er åpent for alle og det som er tilrettelagt for de med spesielle utfordringer.

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.

Sentrale vurderingskriterier er å sammenligne aktiviteten rettet mot barn og unge i 2020 sammenlignet med 2019. Her inngår også utviklingen i bekymringsmeldinger i *barnevernet* og aktiviteten i *helsestasjonstjenesten*. Vi legger også til grunn virksomhetenes egne vurderinger av hvordan tilbudet til barn i sårbare livssituasjoner er blitt påvirket av koronasituasjonen

9.2 VIRKSOMHETENE VURDERTE HVEM SOM VAR SÅRBARE

Innenfor Oppvekst og utdanning i Stavanger kommune valgte man *ikke* å operere med en definisjon slik departementets koordineringsgruppe gjorde ([se vedlegg](#)). Man ønsket at hver enkelt virksomhet skulle gjøre konkrete vurderinger av hvilke barn/elever de mente var spesielt sårbare. **Dagen etter nedstengningen, dvs. 13.03.2020 sendte Direktør for oppvekst og utdanning ut en epost til virksomhetsledere og rektorer. Her ble det pekt på at noen barn lever i sårbare livssituasjoner og at barnets beste tilsier at han/hun skal ha et omsorgstilbud.** Det ble videre pekt på at barnehagene og skolene hadde har et ekstra ansvar for disse barna: *«Den enkelte barnehage/skole må derfor gjøre konkrete og individuelle vurderinger av hvem som bør få dette tilbudet. Momenter i denne vurderingen kan være om de for eksempel har fysiske eller psykiske funksjonshemminger, er omfattet av tiltak fra barnevernet eller andre hjelpetiltak. Samarbeid med hjelpetjenestene kan være viktig her. Hvis barnehagene/ skolene eller SFO reduserer åpningstiden, skal de likevel tilby barn med særlige behov opphold utover den åpningstiden de har lagt opp til¹⁴².»*.

Utgangspunktet i Stavanger var at den enkelte virksomhet som kjente barna og familiene best, vurderte hvem som var i en sårbar livssituasjon: *«Rektorer og styrere har som regel god oversikt»*. De fikk også innspill fra barnevernet, som gikk gjennom sine brukere og pekte ut hvem de mente hadde behov for et omsorgstilbud. Også PPT, familiesenteret og helsestasjons/skolehelsetjenesten ga sine innspill. Sårbarheten kunne være knyttet til at de fikk et spesielt tilpasset opplæringstilbud, at de hadde en veldig krevende hjemmesituasjon ol.

I tillegg kom barn som virksomhetene (skolene, barnehagene, skolehelsetjenesten etc.) kjente til, som har en sårbarhet med seg, men som gjerne befant seg i en gråsone.

¹⁴² E.posten ble sendt ut dagen etter nedstengningen, dvs. 13. mars.

En del takket nei til et omsorgstilbud i barnehagen eller på skolen, fordi man var redde for smitte, spesielt i starten. Vi får opplyst at mange av disse fikk ekstra oppfølging fra helsesykepleiere.

I intervjuene pekes det på at begrepet sårbare barn eller barn i en sårbar livssituasjon er et flytende begrep, og vanskelig kan fanges i en klar definisjon: Barn er i utgangspunktet en sårbar gruppe, men noen er mer sårbare enn andre. For dem er kanskje barnehagen eller skolen det viktigste elementet i livet, i tillegg til familien. Ungdom og fritid var f.eks. særlig opptatt av de med tiltak i regi av Ungbo og brukere som var ensomme eller bodde trangt.

Et annet eksempel er minoritetsbarn, som ofte er en like heterogen gruppe som andre barn. Her identifiserte kommunen enkelte trekk ved minoritetsbarn som kunne gi dem en ekstra sårbarhet: Flyktningbakgrunn, kort botid, traumatiserte foreldre som ikke snakker norsk og som har begrenset mulighet til å følge opp barna sine.

9.3 FORBEREDELSE

Gjeldende beredskapsplan (og ROS-analyse) for Oppvekst og utdanning ble utarbeidet høsten 2019, dvs. at den var på plass rett før kommunesammenslåingen og koronautbruddet. Man har ennå ikke rukket å øve på planen. Slik sett kan man kanskje betrakte håndteringen av koronasituasjonen som den ultimate øvelsen.

I tillegg til dette var det utarbeidet beredskapsplaner i den enkelte virksomhet, basert på virksomhetsspesifikke ROS-analyser.

I planhierarkiet som følger sektorlinjepsippet, befinner planen til Oppvekst og utdanning seg mellom kommunens overordnede beredskapsplan og virksomhetenes planer. Beredskapsplanen for Oppvekst og utdanning gir rammene for tjenestoområdet arbeid med beredskap.

Alle virksomhetene fikk beskjed om å utarbeide kontinuitetsplaner i februar og ha dem klare i begynnelsen av mars 2020. En kontinuitetsplan er en plan som skal beskrive de alternative rutineene som virksomheten skal følge når en kritisk situasjon har oppstått, dvs. hvordan tilbudet vil bli påvirket av ulike grader av fravær.

Et eksempel er kontinuitetsplan for helsestasjon og skolehelsetjenesten fra mars 2020: Denne inneholdt identifikasjon av funksjoner og tjenestetilbud, der man blant annet skal liste opp de viktigste aktivitetene. Deretter skal man fastsette nødvendig bemanning for å opprettholde de viktigste tjenestetilbudene, og så skal man utarbeide en kontinuitetsplan for disse. På dette tidspunktet hadde oppfølging av gravide og de aller minste barna høyest prioritet.

I uke 14 (30.03 – 03.04.2020) ble barnehagene og skolene bedt om å oppdatere sine beredskapsplaner med en oversikt over sårbare barn/familier som ikke var en del av omsorgstilbudet, men som fikk ekstra oppfølging.¹⁴³

Scenariemodell. Før påske ble det laget en egen mal for utarbeidelse av scenarier for utviklingen etter påske. På dette tidspunktet var fremtidsutsiktene usikre. Derfor ble det laget scenarier for stengte virksomheter, åpne virksomheter og delvis åpne virksomheter.

¹⁴³ Vi får opplyst at det ikke finnes noen samlet oversikt over hvor mange dette er totalt sett.

Trafikklysmoell. I slutten av mai 2020, etter at barnehager og skoler hadde åpnet, utarbeidet FHI en trafikklysmoell med grønt, gult og rødt nivå, som viser hvilke smitteverntiltak barnehager og skoler må følge¹⁴⁴. Denne sendte Utdanningsdirektoratet til kommunene.

Grunnreglene var at ingen skulle møte i barnehagen eller på skolen hvis de er syke, og alle måtte sørge for å vaske hendene og ha god hostehygiene.

I uke 24 (13.06-18.06.2020) blir barnehager og skoler minnet på å oppdatere beredskapsplaner etter trafikklysmoellen, og ha en plan for både gult og rødt nivå. De blir bedt om å planlegge for gult nivå ved oppstart av et nytt barnehage- eller skoleår. Virksomheter innen barn, unge og familier brukte også denne moellen.

I slutten av juni 2020 ble det foretatt en evaluering arbeidet under koronasituasjonen innen Oppvekst og utdanning. På bakgrunn av vurderingene og konklusjonene fra dette møtet ble det utarbeidet en **handlingsplan for oppfølgingen av virksomhetene innenfor tjenesteområdet for sommeren og høsten**. Denne skulle bidra til å sikre at alle virksomhetene var i stand til å trappe opp og ned på tiltak raskt, ut fra smittesituasjonen. Også denne planen er basert på en trafikklysmoell, og viste hvilke smitteverntiltak barnehagene og skolene/SFO må følge. Her finnes ulike kontaktreducerende tiltak, alt etter om skolene eller barnehagene er på grønt, gult eller rødt nivå. Virksomhetene i barn ungdom og familie ble bedt om å tilpasse trafikklysene til sine områder med utgangspunkt i smitteveilederne for barnehage og skole m.m.

Planen inneholdt også føringer for tid til omstilling, åpningstider og kommunikasjon ved rødt smittenivå. Eksempelvis kunne barnehager og skoler/SFO ved behov, holde stengt en til to virkedager dersom varsel om økt smittefare kom på kort varsel. Det var også føringer for hvordan man skulle forholde seg til første og andre uke på rødt nivå. Det legges også opp til en tettere oppfølging i rektormøter og virksomhetsledermøter (ukentlig).

Barn med særlige behov gikk som normalt på skolen ved grønt og gult nivå. På rødt nivå måtte barnehagene og skolen sørge for et tilbud til disse elevene. Den enkelte barnehage/skole måtte gjøre konkrete og individuelle vurderinger av hvem som burde få dette tilbudet, på samme måte som ifm. nedstengningen i mars. Det var også oversikter om hvem som skal gjøre hva og hvordan dersom man ble nødt til å stenge skoler, barnehager og SFO på rødt nivå.

På rødt nivå måtte barnehage/skoleeier sørge for et tilbud til barn og unge med særlige behov. *«Den enkelte barnehage/skole må derfor gjøre konkrete og individuelle vurderinger av hvem som bør få dette tilbudet. Momenter i denne vurderingen kan være om de for eksempel har fysiske*

¹⁴⁴ Grønt nivå kjennetegnes ved at barnehage- og skolehverdagen kan organiseres som normalt. Det vil si vanlig organisering av avdelinger og klasser.

På gult nivå kan hele avdelinger og skoleklasser regnes som en kohort. Det betyr at hele skoleklasser og avdelinger kan være samlet. Barnehagene og skolene må fremdeles ha flere tiltak for å redusere kontakt og holde avstand mellom ansatte og elever. Ved gult nivå vil det i utgangspunktet ikke være behov for å gjøre avvik fra opplæringsloven.

På rødt nivå skal elevene og barna deles inn i mindre grupper og kohorter, og det kan være nødvendig å begrense oppmøte i barnehager, skoler og SFO. Barnehagene og skolene må vurdere ulike oppmøtetider for elevene og sørge for at elevene og ansatte holder avstand til hverandre.

eller psykiske funksjonshemminger, er omfattet av tiltak fra barnevernet eller andre hjelpetiltak. Samarbeid med hjelpetjenestene kan være viktig her.»

Det er også slik at dersom barnehagene, skolene eller SFO reduserer åpningstiden, skal de likevel tilby barn med særlige behov utover den åpningstiden de har lagt opp til. Hvor omfattende tilbud barnet skal ha, skal vurderes konkret i det enkelte tilfellet.

Hver enkelt virksomhet utarbeidet også sin scenariebaserede risikovurdering. Helsestasjons- og jordmortjenestens risikovurdering er fra 30. juni 2020.

I intervjuene pekes på at man i starten av pandemien visste lite om hvor smittsomt viruset var, hvor farlig det var for barn og unge, og hvor lenge virksomhetene ville være helt eller delvis stengt. I denne perioden var det raske skifter i krav og forventninger fra nasjonale myndigheter, noe som fagstaben i oppvekst og utdanning viderefremmet til virksomhetene. I intervjuene pekes det på at det på dette tidspunktet var litt *«hånd-til-munn-planlegging og at det bare var å håndtere det dag for dag»*. Etter hvert fikk man mer kunnskap, og kunne drive en mer langsiktig og fleksibel planlegging ved hjelp av trafikklysmodellen.

Høsten 2020 startet opp med tilnærmet normal drift i alle tjenestene innenfor Oppvekst og utdanning. Det var lite smitte frem til oktober 2020. I siste kvartal fikk Stavanger flere smitteutbrudd i flere skoler og barnehager. Utbruddene ble håndtert ved bruk av TISK-virkemidlene for å unngå at smitten spredde seg.

I begynnelsen av januar 2021 ble det likevel nødvendig med mer inngripende tiltak. Skolene gikk fra gult til rødt nivå fra tirsdag 5 januar til 18. januar.¹⁴⁵ Føringen nasjonalt var at dette skulle gjelde ungdomsskoler og videregående skoler. Stavanger valgte å gjøre det samme for barneskolene, i likhet med Sandnes, Sola og Randaberg. Barnehagene ble holdt på gult nivå, som før jul. Begrunnelse: Man hadde et ønske om å skåne de minste mest mulig. Rødt nivå innebar blant annet begrensning av kontaktpunkter og størrelser på grupper, samt varierende oppmøtetidspunkt. Rødt nivå ble på nytt innført fra torsdag 15. april til og med fredag 7. mai. Dette hadde sammenheng med smitte ved mange skoler, og i flere barnehager. Mange klasser måtte derfor i karantene og det medførte svært mange i ventekarantene. Smittesituasjonen var ikke like prekær i nabokommunene, og rødt nivå ble ikke innført i Sola, Randaberg og Sandnes.

Synspunkter på planverk og forberedelser

I intervjuene blir det pekt på at man ikke var forberedt på omfanget av pandemien: *«Jeg tror ikke vi kunne vært forberedt på dette»*. Eller: *«Det er vanskelig å forberede seg på noe som er så altomfattende og altomgripende. Vi klarte oss veldig godt til å være så lite forberedt»*.

Samtidig pekes det på at det er viktig å ha et planverk i bunn, selv om man aldri klarer å treffe hundre prosent: *«Det sentrale er å tenke beredskap og kjenne driften, slik at en blir i stand tilpass seg det som ligger i bunn. Planen trenger ikke å treffe fra a til å, den kan være nyttig selv om den ikke passer helt. Man bruker det man har og så tilpasser man seg den nye situasjonen. Et*

¹⁴⁵ <https://www.stavanger.kommune.no/nyheter/skoler-pa-rodt-niva/>

eksempel på dette: Oppdelingen av direktørens krisestab i et strategisk team og et operativt team.¹⁴⁶

- Bakgrunnen for dette valget var en episode tidlig i mars 2020, der en elev ved Eiganes skole ble smittet. Dermed fikk man en forsmak på hva som ville komme, og på hvor krevende arbeidet ville kunne bli. På dette tidspunktet var det mye usikkerhet og engstelse i befolkningen og blant personalet. I tillegg til smittevern ble kommunikasjon en svært sentral del av krisehåndteringen. Det var viktig å få ut god og balansert informasjon til elever, foresatte og ansatte.
- Det var ifm denne episoden at kommunaldirektør fikk ideen til å organisere kriseledelsen i et strategisk og operativt team.

Intervjuene tyder på at Oppvekst og utdanning var raskt ute: *«Vi lå hele tiden foran de nasjonale føringene, spesielt i starten i mars. Vi forberedte mulig nedstengning tidlig på dagen den tolvte mars, dvs. før beskjeden fra regjeringen kom».*

Et annet eksempel på dette er at man allerede dagen etter nedstengningen sendte et skriv til skolene og barnehagene om at barn som lever i sårbare livssituasjoner skal ha et omsorgstilbud.

Det er også et generelt poeng fra flere storbyer at de etterlyste handling fra nasjonale myndigheter da pandemien kom. Når handlingen i starten uteble, måtte storbyene på eget initiativ iverksette smittevernrestriksjoner før Helsedirektoratet og regjeringen kom på banen og stengte ned landet. Eksempelvis stengte både Oslo og Bergen skoler og barnehager før 12. mars.¹⁴⁷

I likhet med de intervjuede i Sandnes, pekes det også i Stavanger på at det var andre ting enn beredskapsplanene som har vært viktig for håndteringen av krisen. Eksempler på dette er organiseringen av et strategisk og operativt beredskapsteam, tydeliggjøring av roller og ansvar, god organisasjons- og møtестruktur, etablering av gode informasjons- og kommunikasjonskanaler, erfaringsdeling mellom virksomhetene og jevnlige møter mellom nivåene, og med økt møtehyppighet i de mest intense periodene.

Ikke overraskende pekes det i intervjuene på at man var langt bedre forberedt sommeren og høsten 2020 enn man var i starten av utbruddet: *«Vi har bømtevis av erfaringer nå. Vi er kjempegodt rustet til å håndtere dette neste gang.»* Dette var erfaringer som også kom til nytte da skolene og barnehagene to ganger første halvår 2021 ble satt på rødt nivå.

Tyngdepunktet for oppmerksomheten

I starten var nedstengning og forsøk på smittekontroll den nasjonale konteksten oppvekstfeltet opererte i. Etter hvert som man fikk mer kunnskap om viruset endret dette seg, og det ble rettet mer oppmerksomhet omkring barn og unge i en sårbar livssituasjon. Sommeren og høsten 2020 var budskapet fra FHI, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet at skolene ikke skulle stenges

¹⁴⁶ Både krisestaben fra planen og strategisk team består av direktørens faste ledergruppe.

¹⁴⁷ Se for eksempel: <https://www.nrk.no/norge/storbyer-mener-regjeringen-ikke-var-godt-nok-forberedt-pa-pandemi-1.15319164>

som forebyggende smitteverntiltak. Det skulle kun brukes målrettede og forholdsmessige tiltak.¹⁴⁸ Stenging av skoler skulle drøftes med myndighetene og godkjennes av Helsedirektoratet.

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad konsekvensene for sårbare barn og unge ble vurdert av kommunen ifm. de mest inngripende smitteverntiltakene.

Det korte svaret på dette er ja. Allerede den 13. mars var dette perspektivet tydelig i direktørens kommunikasjon med virksomhetene. Dagen etter nedstengningen fikk virksomhetsledere og rektorer tydelige føringer på at barn i sårbare livssituasjoner, og at barnets beste betyr at han/hun skulle få et omsorgstilbud: «Vi vurderte konsekvensene for sårbare barn og unge så langt dette var mulig.» «Vi rettet oppmerksomheten mot de sårbare barna før det ble et nasjonalt fokus». Dette innebar en balansegang mellom smittevern, omsorgshensyn og faglige/pedagogiske hensyn.

Dette pekes også på i årsrapporten 2020, der det står at det viktigste målet har vært å opprettholde tilbudet til barn og unge så langt som mulig, ta vare på sårbare barn og unge, og samtidig overholde smitteverntiltakene.

Intervjuene tyder på at dette ble diskutert i strategisk team før de nasjonale føringene kom: «Vi var tydelige tidlig. Det er vårt ansvar å stå opp for dem. Vi skal ikke bare tenke smittevern, men ivareta sårbare barn og unge.» I starten ble det nasjonalt og lokalt diskutert om det kunne være aktuelt å opprette en alarmtelefon for denne gruppen barn. I Stavanger valgte man ikke å gjøre dette, men i stedet rette oppmerksomheten mot etablerte relasjoner: «Hvem er de trygge voksne? Det er gjerne en ansatt i barnehage, en lærer eller en annen. Det er bedre med en fast kontakt enn en alarmtelefon. Det er bedre at vi har årvåkne voksne til stede på skolen».

Det ble gitt en rekke føringer og informasjonsskriv fra Oppvekst og utdanning fra 13. mars 2020 og utover. Det ble også gjennomført en rekke tiltak for å ivareta sårbare barn og unge. Noe av dette inngår senere i kapitlet, men vi har vist det som gikk ut til virksomhetene første uken etter nedstengningen, noe som etter vår vurdering bidrar til å underbygge poenget over.

Uke 12 (16.03-20.03)

Ledelsen i Oppvekst og utdanning var tidlig opptatt av at barn og unge i sårbare livssituasjoner ble fulgt opp dagene etter nedstengningen 12. mars 2020:

- **Barnehager:** Alle barnehager ble bedt om å ha et tilbud om åpen telefon for familier. Alle avdelingsledere/pedagoger som kjente barnet som er hjemme skulle ha jevnlig kontakt med hjemmet. Avdelingsledere/pedagoger skulle ha hyppig kontakt med barn og foresatte som de var bekymret for. Det ble utarbeidet råd sammen med barnevernet.
- **Skolene** skulle ha tydelig informasjon til elevene på nettsidene, hvor de opplyste om at de var tilgjengelige dersom elevene hadde behov for å snakke med en voksen. Administrasjonen understreket behovet elevene hadde for å ha individuell kontakt med lærere og skole. De ba også skolene om tett oppfølging av elever man var bekymret for. Rektor ble bedt om tre ting:
 - Opprette “åpen telefon” for elevene.

¹⁴⁸ Informasjonen er hentet fra en presentasjon fra utdanningsdirektør hos Fylkesmannen i Rogaland, og heter «Gjeldende regelverk under koronapandemien».

- Ha jevnlig kontakt med alle elever.
- Følge tett opp elever de var bekymret for.
- **Barnevernet** skulle ta ukentlig kontakt med sårbare barn og familier. Barnevernet fikk også ansvaret for å anbefale barnehage og skoletilbud, dersom de så behov for dette.
- **Uteseksjonen** skulle ta individuell kontakt med sårbare barn og unge. Før dette gikk de observasjonsrunder, og hadde oppfølging over telefon, Skype og teams fra 16. mars. Ungdom med ekstra store behov møtte uteseksjonen ute i starten.
- **Skolehelsetjenesten** var den virksomheten som ble sterkest berørt av koronahåndteringen. For å støtte Helse og velferd i smittehåndteringen, ble 20 ansatte overført til smittesporing mv. Alle helsesykepleiere i helsestasjon og skolehelsetjenesten var tilbake i ordinære stillinger i uke 16.

9.4 SÅRBARE BARN OG UNGE UNDER NEDSTENGNINGEN

Barn i barnehagene

Barnehagene var stengt fra 12. mars til de gjenåpnet fra 20. april. Barneskoler 1.- 4. trinn åpnet fra 27. april, og øvrige skoletrinn fra 11. mai 2020. I denne delen ser vi nærmere på omsorgstilbudet i barnehagene og skolene som ble gitt av kommunen i nedstengningsperioden.

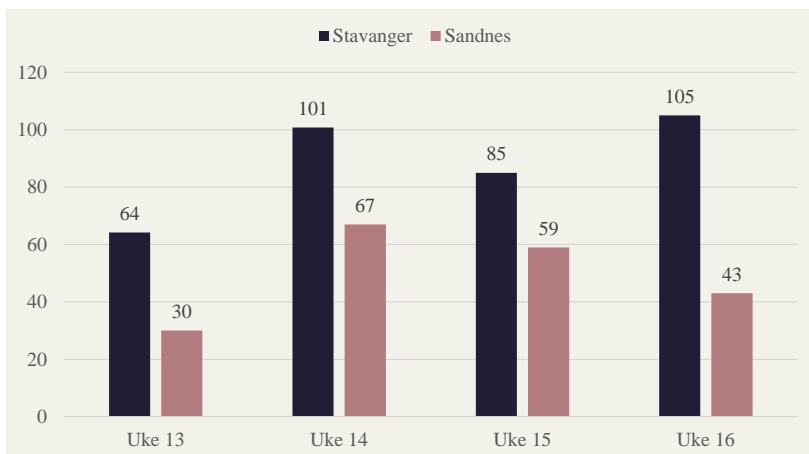
En av de intervjuede sa det slik: «*De mest sårbare slet forferdelig under nedstengningen. Avlastningstilbudet var stengt. De mistet alt de hadde rundt seg. Derfor var det viktig å få noe til på skolen. Oppmerksomheten på skolene var å minimere konsekvensene av nedstengningen*».

I figuren under har vi sammenlignet antall sårbare barn som fikk omsorgstilbud i Stavanger og Sandnes. Tallene er ikke helt sammenlignbare, men gir likevel et brukbart bilde av forskjellene.¹⁴⁹

I snitt har det vært 78 prosent flere sårbare barn som har vært i barnehagen i Stavanger sammenlignet med Sandnes. Dette tilsvarer forskjellen i innbyggertall i de to kommunene (80 % flere i Stavanger). Det bør presiseres at tallene fra Stavanger er gjennomsnittstall for uka, mens tallene for Sandnes er øyeblikkstill. Dette svekker figurens sammenligningsverdi noe.

¹⁴⁹ I Stavanger ble det rapportert daglig og tallene som er presentert i figuren er gjennomsnittet av den siste uka. I Sandnes ble det ikke rapportert daglig for sårbare barn med et barnehagetilbud (men totaltall), dvs. at tallene er øyeblikkstill en bestemt dag. Rapporteringsdagene i Sandnes har vært 27.03, 03.04, 07.04, og 14.04.

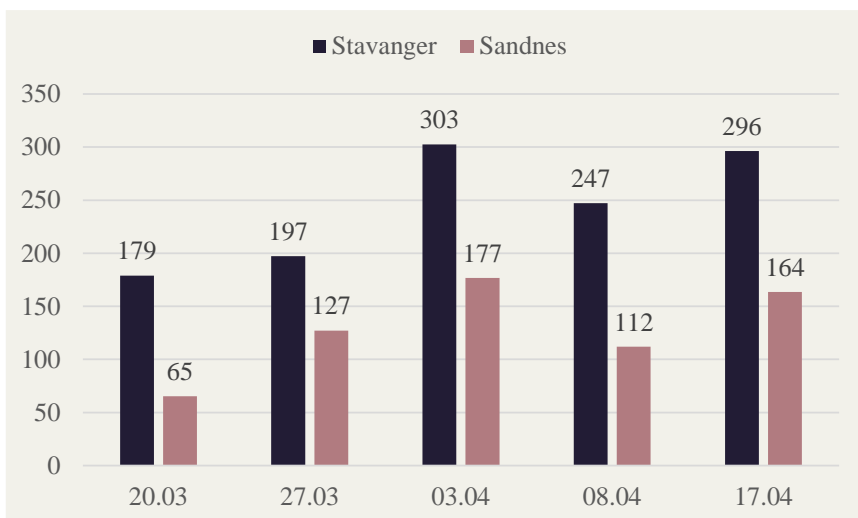
Figur 25. Barn i sårbare livssituasjoner med omsorgstilbud i barnehagen under nedstengningen.



Vi ser en kraftig økning fra uke 13 til 14, deretter holder antallet seg jevnt gjennom perioden. Nedgangen i uke 15 skyldes påskeuka. I Sandnes gikk antallet nedover fra uke 14. Vi er usikre på hva som kan forklare dette, men det kan tenkes at det skyldes at Sandnes rapporterte tirsdagen etter påske, og at alle barna av den grunn ikke var kommet tilbake i barnehagen. Stavanger rapporterer gjennomsnittet for hele uka.

I figuren under ser vi på det totale antall barn som har vært i barnehagen i nedstengningsperioden, dvs., både sårbare barn og barn av foreldre med samfunnskritisk jobb.

Figur 26. Det totale antallet barn med omsorgstiltak i barnehagen under nedstengningen.



I snitt i denne perioden var det 90 prosent flere barn i barnehagene i Stavanger enn i barnehagene i Sandnes som fikk et omsorgstilbud. Det er høyere for Stavangers del enn forskjellen i folketall.

Økningen i begge kommuner var betydelig, spesielt de første ukene. Tall for den enkelte barnehage viser at det var store forskjeller mellom barnehagene mht. hvor mange barn som fikk et omsorgstilbud. I intervjuene i Stavanger får vi opplyst at det samme var tilfelle her.

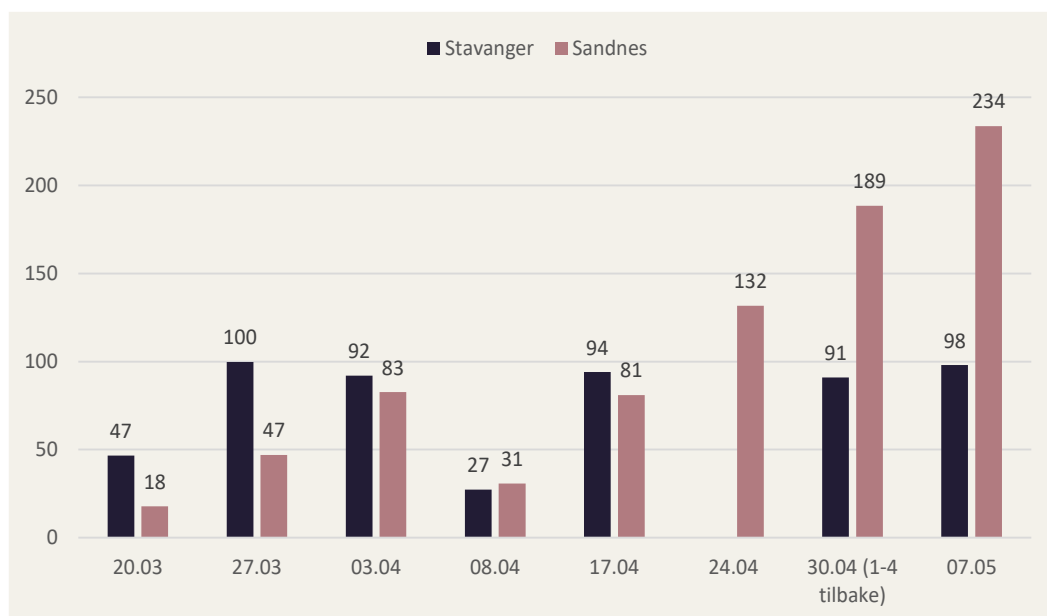
Barn og unge i Stavangerskolen

I figuren under viser vi utviklingen i antall barn på skolen i Stavanger og Sandnes i forbindelse med nedstengningsperioden. Dette er gjennomsnittstall for de ulike ukene, begge steder.¹⁵⁰

Figuren viser flere ting. De to første ukene var det betydelig flere elever som mottok et omsorgstilbud i Stavanger, sammenlignet med Sandnes. Det var også en kraftig elevvekst den andre uka. I intervjuene får vi opplyst at økningen skyldtes flere forhold. Foreldrene var mer redde for smitte i starten¹⁵¹. Barnehagene og skolene ble likevel oppfordret til å ha dialog med foresatte og stadig flere benyttet seg av tilbudet.

Barnevernet fikk også mulighet til å tilby plasser i omsorgstilbudet og var i dialog med barnehager og skole i denne perioden. Det var flere i denne kategorien som trengte litt tid før de takket ja til tilbudet. Vi får opplyst at både barnehagene og skolene opplevde å ha god oversikt over hvilke barn/elever som hadde behov for et slikt tilbud.

Figur 27. Barn i sårbare livssituasjoner som mottok et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen (gjennomsnitt per uke).¹⁵²



¹⁵⁰ I Stavanger hentet de ikke inn tall for 24.04 fordi de mente grunnlaget for registreringen endret seg vesentlig. I Stavanger skilte man heller ikke mellom sårbare barn og barn av foreldre i samfunnskritiske jobber de to siste ukene. Det betyr at antallet i Stavanger er estimater basert på prosentfordelingen mellom disse gruppene i Sandnes i denne perioden. Dette er nok den beste måten å gjøre det på, ettersom andelen elever med foreldre i samfunnskritiske jobber ble kraftig redusert de siste to ukene. Fra Stavanger mottok vi ferdigberegnete gjennomsnittstall, mens vi fikk tall per dag i Sandnes og beregnet gjennomsnittet selv. Fra Stavanger fikk vi tall den 27.04 (mandag), men vi har sammenlignet dette tallet med snittet for hele uka i Sandnes (beregnet den 30.04). Dette utgjør imidlertid svært små forskjeller (179 den 27.04 og 189 den 30.04).

¹⁵¹ Vi får opplyst fra Oppvekst og utdanning at det var langt flere som fikk tilbud enn de som hadde et omsorgstilbud i barnehagen eller på skolen. Mange takket nei pga. frykt for smitte. Det pekes videre på at skolen måtte «jobbe litt» for at de foresatte skulle «senke skuldrene» slik at de sårbare elevene fikk et skoletilbud.

¹⁵² Kilde: Tall mottatt fra Sandnes og Stavanger kommune.

Den kraftige nedgangen 08.04 skyldes påskeuken der mange tok ferie. Vi ser at utslaget er større på skolene enn i barnehagene. Det hører med til historien at både barnehager og skoler ble bedt om å undersøke behov og eventuelt holde åpent med omsorgstilbud på røde dager i påskeuken. I uke 16 blir barnehagene og skolene gitt føringer om at de skulle ha et omsorgstilbud 14. april selv om denne dagen er satt opp som planleggingsdag.

Det er to ulike trender som vises i de to kommunene. I starten av nedstengningen var det langt flere sårbare elever som fikk et skoletilbud i Stavanger, men dette bildet endret seg etter hvert. Mens kurven flater ut i Stavanger etter den 27.03, er det en kraftig vekst i Sandnes hver uke. Det er spesielt interessant å merke seg at antallet sårbare elever som fikk omsorgstilbud på skolen fortsatte å øke kraftig i Sandnes etter at småskoletrinnet var tilbake på skolen. Vi har ikke eksakte tall på antall barn i Stavanger de to siste ukene, men estimatene våre gir et brukbart bilde.

Det totale antallet barn som gikk på skolen hhv. 107 og 129 i Stavanger de to siste ukene. Dette omfatter både barn av foreldre med samfunnskritiske jobber og sårbare barn og unge. I Sandnes var det totalt antallet hhv. 206 og 291. *Hvordan kan disse forskjellene forklares?*

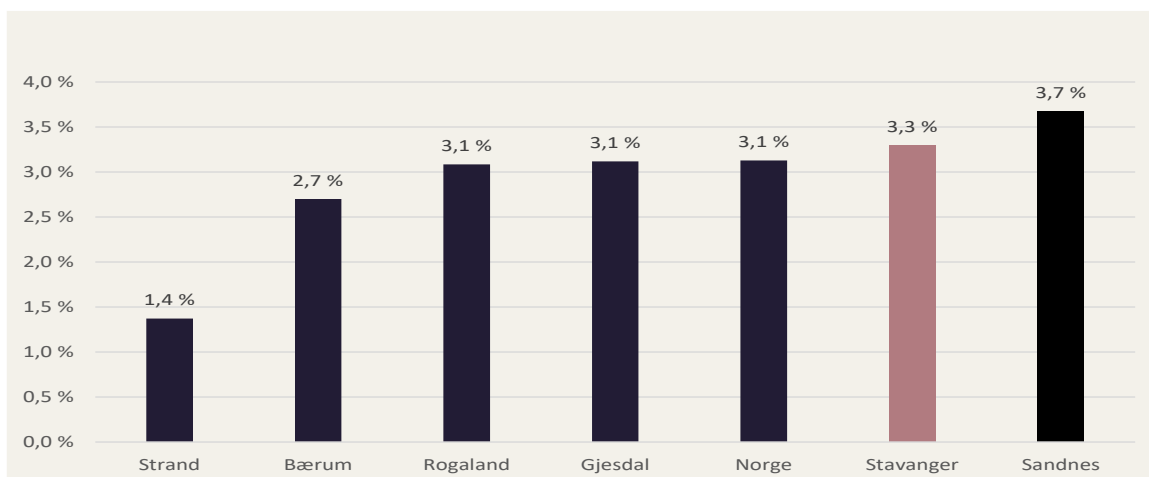
Det er lite som tyder på at det var mindre frykt for smitte i Sandnes (jf. tall fra de første to uker). Intervjuene kan tyde på at den viktigste årsaken til forskjellene er at Sandnes et lite stykke ut i nedstengningen åpnet opp for at alle som på ulike måter strevde, fikk lov å komme på skolen¹⁵³. Skolesjefen forteller at man ikke ønsket å stenge av denne muligheten hvis både elevene og foreldrene mente det var behov for det.

Barn med særskilte omsorgsbehov som ikke hadde SFO-plass fikk tilbud om SFO-plass ifm. nedstengningen. Det samme fikk barn av foresatte med kritiske samfunnsfunksjoner.

I figuren under ser vi på hvor stor andel elever i en sårbar livssituasjon som mottok et omsorgstilbud under nedstengningen. Vi har sammenlignet Stavanger med de fire andre kommunene hvor vi har forvaltningsrevisjoner av koronahåndteringen, samt fylkes- og landsnitt.

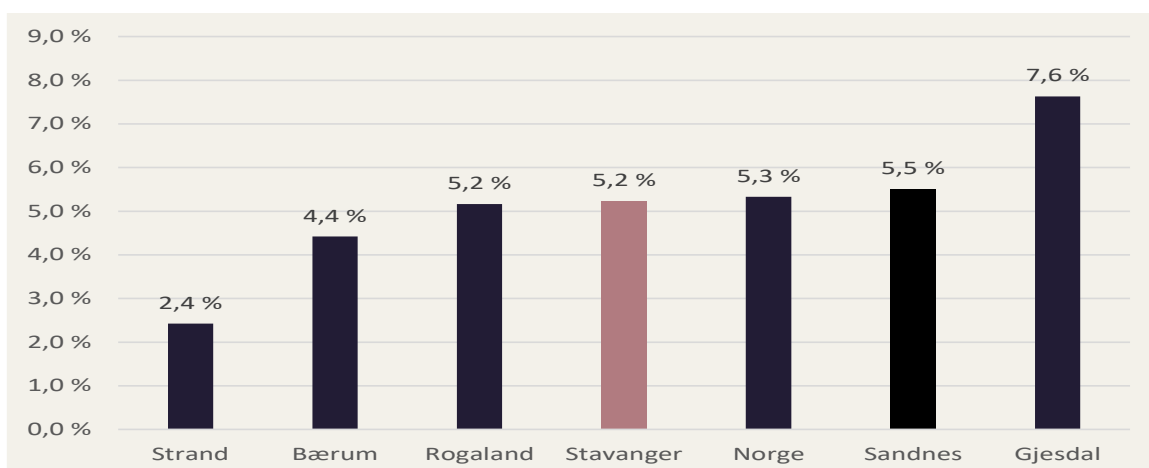
¹⁵³ Jf. intervju og opplysning i epost fra rådgiver i fagstab skole.

Figur 28. Elever i sårbare livssituasjoner som mottok et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen – andel i prosent av det totale elevtallet.¹⁵⁴



Stavanger har gitt et omsorgstilbud til en større andel sårbare elever enn de fleste andre kommunene, men hadde en lavere andel enn Sandnes.

Figur 29. Andelen elever som mottok et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen.¹⁵⁵



I figuren over ser vi på det totale antallet elever som mottok et omsorgstilbud i løpet av nedstengningen. Her er også barn av foreldre med kritiske samfunnsfunksjoner tatt med. Vi ser at bildet endrer seg litt, og at Stavanger ligger om lag samme nivå som lands- og Rogalandssnitt.

¹⁵⁴ Kilde: https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/tema/konsekvenser_smitteverntiltak_GSI/ . Sett ut ifra tallene vi fikk fra Sandnes og Stavanger (avsnittet over), burde forskjellen vært større. Vi vet ikke helt hvorfor forskjellen er såpass liten, men figurene på forrige side viste gjennomsnittlig antall per uke, mens tallene her viser gjennomsnittstallet totalt. Det kan tenkes at Sandnes har hatt flere som har benyttet seg av omsorgstilbudet de fleste av dagene, men at Stavanger har hatt flere elever totalt sett, men at de har vært på skolen færre dager. Uansett hva forklaringen er, er det Sandnes som har hatt flest elever som mottok et omsorgstilbud under nedstengningen.

¹⁵⁵ Her er også elever med foreldre som er i et samfunnskritisk yrke inkludert.

Andre eksempler på tiltak under nedstengningen

Skolene og barnehagene fant også andre måter å ha kontakt med barna på under nedstengningen. For en del av de som ikke ønsket å sende barna i barnehagen eller på skolen på fulltid, fant man andre tilrettelagte løsninger enn et omsorgstilbud på skolen.

Eksempler her er tur med miløarbeider/kontaktlærer, enkelte miljøtimer på skolen, korte økter på faste tider på skolen, ekstra samtaler, samtaler med foreldre og barn utenfor vinduet, faste lunsjavgifter, videomøter osv. Andre elever hadde avtale om å komme innom skolen en time eller to til dagen. Noen lærere gikk tur med sine elever, noe også helsesykepleierne gjorde.

Både skolene og barnehagene hadde jevnlig kontakt med barna i nedstengningsperioden, men hyppigere kontakt med de som var i en sårbar livssituasjon.

Også barnehageansatte fant andre løsninger for å være i kontakt med barna under nedstengningen. Eksempler her er følgende:

- Bursdagsfeiring på lekeplass
- Samle en liten gruppe på lekeplass og være deler av dagen der
- Stå utenfor huset til barna og kommunisere med dem derfra
- Ha en omvisning med barna hjemme hos seg selv, via Facetime eller lignende
- Hoppe sammen, via Facetime
- Lage filmer om sin egen hverdag som de sendte til barna

I intervjuene pekes det på at om lag en tredjedel av de barnehageansatte var ufaglærte, de fleste var uten pc, men de klarte likevel å finne gode løsninger for barna. En av de intervjuede sa det slik: «De var kreative og bød på seg selv.»

I uken da barnetrinnet åpnet opp (20.4-24.4) åpnet også Stolt-avdelingene og Johannes læringscenter. I tabellen under gir vi oversikt over tiltak rettet mot barn i sårbare livssituasjoner.

| Tema/instans | Tiltak/praksis for sårbare barn i Stavangerbarnehagen |
|-------------------------------------|---|
| Barn i sårbare livssituasjoner | <ul style="list-style-type: none">• Pedagogene tar kontakt med barnas foreldre og oppfordrer dem til å benytte seg av omsorgstilbudet.• Når foreldre er redd for smitte, møter ansatte som kjenner barna, barn og familie på nabolagets lekeplass, hjemme eller en liten stund på barnehagens uteområde. |
| Samarbeid med barneverntjenesten | <ul style="list-style-type: none">• Virksomhetsleder har kontakt med barnevern i pågående saker og i saker som vurderes meldt til barnevernet.• Barnevernet tar kontakt med virksomhetsleder dersom de har kjennskap til familier som de tenker har behov for omsorgstilbud. |
| Ivaretagelse av barn som har vedtak | <ul style="list-style-type: none">• Barnehagene og ressurscenter for styrket barnehagetilbud samarbeider om kontakt og oppfølging av barn og foreldre.• For barn med vedtak om spesialpedagogisk hjelp gir spesialpedagog den støtte som er mulig. I noen tilfeller går pedagogen hjem til barnet med opplegg og eller utstyr.• Pedagog/ressurscenter vurderer fortløpende om bistand kan gis via skype |
| Tverrfaglig barnehageteam | <ul style="list-style-type: none">• Alle barnehager kan drøfte saker som utfordrer eller vekker bekymring anonymt med tverrfaglig barnehageteam. Avhengig av sakstype kan |

| | |
|--------------------|---|
| | både barnevern og ppt være representert. |
| PPT | <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgår barn som er registrert hos dem og identifiserer de spesielt sårbare. • Følger opp konkrete saker med de ansatte i barnehagen med hensyn til oppfølging. • Tar kontakt med familier som er identifisert som spesielt sårbare. |
| Flerspråklige barn | <ul style="list-style-type: none"> • Flerspråklige barn med kort botid som skal begynne på skolen til høsten, mottar tips om aktiviteter knyttet til språk, samt jevnlig vurdering om de skal delta noen timer i omsorgstilbudet. • Veilederkorpsset bistår med råd og veiledning ved behov til barnehagene - både overfor barn som bruker omsorgstilbudet og for barn og familier som ikke bruker tilbudet. • Gir informasjon om og kurs i bruk av telefontolk, pekeplakater ol. for kommunikasjon med foreldre som ikke har norsk som førstespråk. |

| Tema/instans | Tiltak/praksis for sårbare barn i Stavangerskolen |
|--|---|
| Elever med spesialundervisning og/eller behov for tilrettelegging har faste samtaler/oppfølgingspunkt utenom det generelle | <ul style="list-style-type: none"> • Spesialpedagog tilpasser timeplan etter ferdighetsnivå • Tilpassede opplegg og egne "timer" i det digitale klasserommet med spesialpedagog eller lærer. • Faste oppfølgingsamtaler med kontaktlærer og/eller samtaler med miljøterapeuter, fagarbeidere • Lenden skole og ressurscenter har hjemmeundervisning for "sine" elever i tråd med den tilpassede undervisningen elevene får til vanlig. • Lenden skole og ressurscenter følger opp/ er i kontakt med alle sine elever på endagstilbudet den dagen de skulle vært der. |
| Sårbare elever har fast oppfølging utenom det generelle | <ul style="list-style-type: none"> • Skolens lærere er i tett dialog med foreldre/familier for å tilpasse oppfølging og utvikling i perioden. • Elever har faste samtaler med trygge voksne over telefon, på chat, videosamtaler. Noen elever 2 ganger i uken, andre 2 ganger til dagen. • Elever har faste møtepunkter med trygge voksne med avtaler om å gå på tur, besøk på døren hjemme. • Digitale friminutt/pauser med miljøterapeut • Samarbeid med barnevernstjenesten og andre samarbeidspartnere om oppfølging av enkeltelever. |
| Samarbeid med barnevernet om kontakt med elever | <ul style="list-style-type: none"> • Barnevernet tar kontakt om de har familier de tenker har behov for omsorgstilbud. • Avklaringer/avtaler om hvordan eleven følges opp av voksne fra begge parter • Samarbeid skole og barnevern om oppfølging av elever som er over 12 år og/eller ikke ønsker å benytte seg av omsorgstilbud, men har behov for annet tilpasset oppfølging. • Samtale med eleven om planlegging av tilbud |
| PPT | <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomgår elever og identifiserer de spesielt sårbare elevene. • Har dialog med de ansatte i skolen mht. oppfølging ved behov. |
| Veiledning fra Lenden skole og ressurscenter | <ul style="list-style-type: none"> • Skoler/ lærere mottar veiledning i enkeltsaker knyttet til oppfølging av elever/ klasser som er meldt inn behov om. Dette gjelder både oppstartede saker og nye saker. |

Det var også en rekke tiltak rettet mot sårbare barn under nedstengningen innenfor Barn, ungdom og familie (BUFAM). I tillegg var det generelle tiltak innenfor alle områdene.

Et eksempel på generell praksis er tiltak rettet mot flerspråklige elever. Morsmållærer og veilederkorpset bistod skolene i dialogen med flerspråklige familier. Morsmållærer hadde undervisning med elever og gjennomgikk beskjeder og viktig info fra skolen på morsmålet.

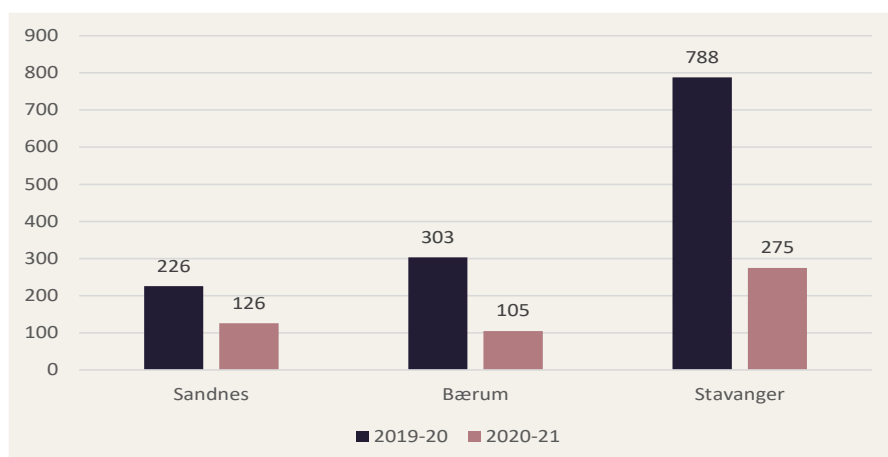
Ungdom og fritid hadde kontakt med identifiserte sårbare ungdommer og minoritetsungdommer som var ekstra sårbare pga. trange boforhold og økt konfliktnivå.

Det var også en diskusjon om hva man skulle gjøre med kommunens årlige sommerferietilbud for barn i Stavanger, Fiks ferrige ferie. Til tross for at det ville kreve mer å gjennomføre opplegget og man var usikre på hvor mange som ønsket å delta under pandemien, valgte man å opprettholde det i 2020. Begrunnelse: «*Det var kanskje viktigere å opprettholde det nå enn noen gang*».

9.5 SPESIALUNDERVISNING

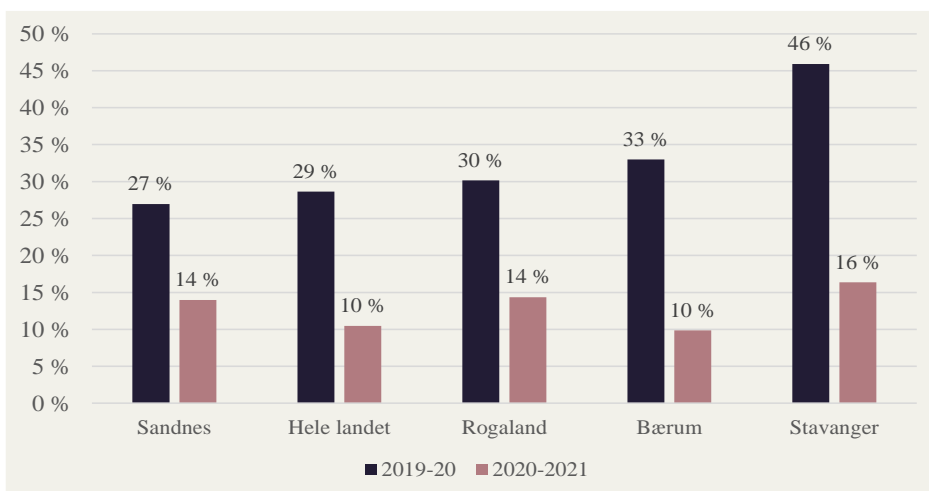
Skolene har rapportert til GSI på antall elever som har fått tildelt færre timer til spesialundervisning under koronaen enn det som var planlagt/normalt. Indikatoren sier ingenting om hvor mye mindre spesialundervisning de har fått, dvs. om reduksjonen har vært på 2 eller 100 timer, eller hvor stor prosentandel det utgjør av de vedtatte timene. Den gir likevel et bilde, og kommunene har rapportert på dette både skoleåret 2019/2020 og 2020/2021. Tallene for skoleåret 2019/2020 hadde en svarfrist i juni, mens tallene for skoleåret 2020/2021 hadde en svarfrist i desember. **Det betyr at de første tallene dekker våren 2020 og sistnevnte høsten 2020.**

Figur 30. Antall elever som har fått færre timer med spesialundervisning de to siste skoleårene.¹⁵⁶



¹⁵⁶ Selv om tallene er på ulike rapporteringstidspunkt, er de likevel sammenlignbare. Ettersom koronaen kom et stykke ut på våren er det i praksis en sammenligning av situasjonen i fjor vår mot i fjor høst, altså halvår mot halvår. Kilde: Tilbakemeldinger fra rådgiver i Utdanningsdirektoratet, avdeling for statistikk og dataforvaltning. På epost og muntlig, januar. Siste tilbakemelding 28.01.2021

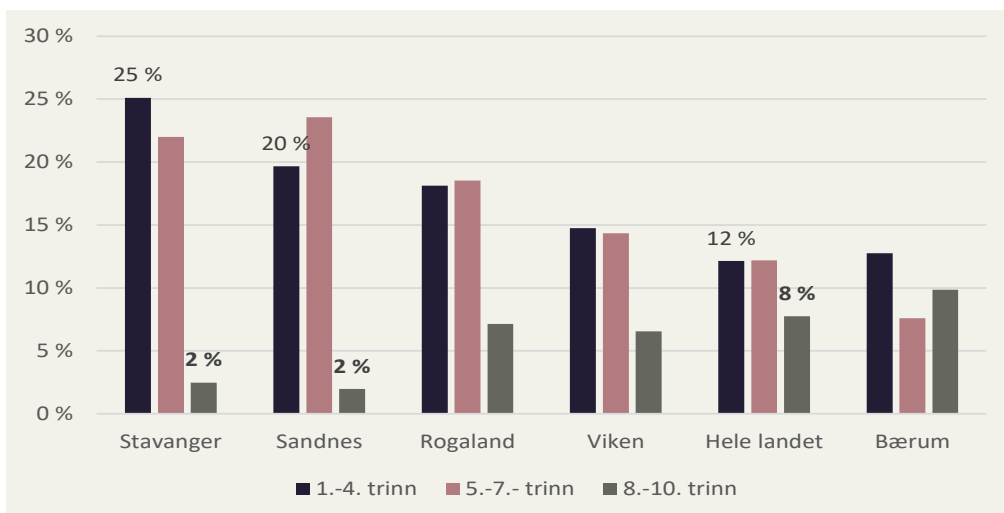
Figur 31. Andel elever som har fått færre timer med spesialundervisning de to siste skoleårene i prosent av de som mottar spesialundervisning.



Vi ser at det i Stavanger er en høy andel elever som fikk færre timer med spesialundervisning enn det som var vedtatt i 2020, spesielt våren 2020. Stavanger ligger klart høyest av våre utvalgte kommuner og langt over landssnittet både våren og høsten 2020.

Det er vanskelig å si noe sikkert om hvorfor det er slik, for det har vært betydelig oppmerksomhet omkring elevene som mottar spesialundervisning. Eksempelvis ble det i uke 13 (23.03-27.03) sendt ut føringer fra Oppvekst og utdanning for hvordan barnehager og skoler kunne gjennomføre spesialpedagogisk hjelp/spesialundervisning når barna var hjemme. Og i uke 17 (20.04-24.04) ble ungdomsskolene oppfordret til å gi et sosialpedagogisk tilbud til elever på skolen for elever som ikke nyttiggjorde seg av hjemmeundervisningen, og som hadde behov for tettere oppfølging.

Figur 32. Andel elever per trinn som fikk færre timer med spesialundervisning høsten 2020.



I figuren over ser vi på andelen elever fra hvert trinn som fikk færre timer spesialundervisning i prosent av antall spesialundervisningselever på hvert trinn. På landsbasis fordeler reduksjonen seg relativt likt mellom trinnene høsten 2020, mens Stavanger og Sandnes skiller seg ut med at det er svært få ungdomsskoleelever som fikk færre timer med spesialundervisning. I Stavanger er det småskoletrinnet som hadde den sterkeste reduksjonen.

Forskjellene høsten 2020 står i skarp kontrast til bildet våren 2020. Da var det en mye jevnere fordeling mellom trinnene, og det var ungdomsskoletrinnet som hadde den høyeste andelen elever som fikk færre timer med spesialundervisning enn det som var vedtatt; 54 prosent, mens småskole- og mellomskoletrinnet hadde en reduksjon på hhv. 41 og 43 prosent.

Informasjon og samarbeid

Barnehagene

Vi har intervjuet tre barnehagestyrelser som representerer fire barnehager, blant annet for å undersøke om de mener at sårbare barn og unge er blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte og hvordan de har opplevd informasjon og samarbeid med direktør/fagstab.

Tilbakemeldinger i intervjuene:

- De opplever at **informasjonen** de har fått fra ledelse og fagteam i Oppvekst og utdanning som god. «*Det var veldig bra med felles informasjon på hjemmesidene (...) god kommunikasjon med ledelse på fagteam*». Men det blir pekt på litt uklare og sene tilbakemeldinger i starten av pandemien: «*Da ventet alle på avklaringer fra høyere hold som skulle bearbejdes og tas nedover i linjene*». Ved den ene barnehagen ønsket de dessuten at de «*...fikk bedre tid til å forberede seg og tilpasse seg de endringene som kom, for eksempel knyttet til åpningstid da barnehagene skulle åpnes gult nivå og i forhold til matsservering i barnehagen*».
- **Samarbeidet** karakteriseres som veldig bra. Det har vært felles Teams-møter og felles chat der barnehagene kan avklare løpende spørsmål. Fagpersoner fra smittevern-avdelingen og bedriftshelsetjenesten har vært med på enkelte møter, der de har svart på spørsmål om smittevern og organiseringen av grupper i barnehagene.
- De intervjuede mener at **tiltakene for å forbygge smittespredning** fungerte godt.
- Det er også enighet om at **de sårbare barna** er blitt fulgt opp på en god måte. Foruten omsorgstilbudet for de få i barnehagen, tok pedagogene kontakt med alle andre barn/foresatte, som ble oppringt eller fikk melding på epost for å høre hvordan det gikk hjemme. Foreldrene ble informert om at de kunne ta kontakt med barnehagen dersom de hadde behov for en samtale. I intervjuene ble det pekt på som en risikofaktor der foreldrene valgte å holde barna hjemme, men at man da samarbeidet med barnevernet.

Skolene

Vi oppsummerer tilbakemeldingene fra våre seks utvalgte skoler i punktene under:

- Rektorene opplever **informasjonen** de har fått fra ledelse og fagteam i Oppvekst og utdanning som god: «*Det har vært store mengder informasjon, men samtidig har informasjonen vært både god og så tydelig den kan være i forbindelse med en ny situasjon som dette*». Eller: «*Det har vært god informasjonsflyt og det tok kort tid før fast kontaktperson var etablert og det systemet fungerer godt*».
- **Samarbeidet** karakteriseres som tett og godt. Rektorene opplever at Oppvekst og utdanning la til rette for møter (rektormøter) og det ble opprettet egne kanaler hvor det var mulig å stille spørsmål og få svar som angikk alle.

- Det er enighet om at **smittevern tiltakene** ble tatt veldig alvorlig, og at de fungerte. Samtidig peker enkelte på at tiltakene har vært krevende for de ansatte.
- Rektorene opplever at de sårbare elevene ble fulgt opp på en tilfredsstillende måte, men det er enkelte nyanser her.
 - En av rektorene sa det slik: *Vi ble tidlig utfordret og oppfordret til å tenke på de sårbare barna. Ja, de ble fulgt opp tett med ulike tiltak. Det er allikevel enkelte elever som det har vært vanskelig å følge opp da en ikke har fått kontakt med dem. Og de kan vi ikke oppsøke dem hjemme. Noen av disse strever vi fremdeles med.*
 - Men noen peker på at oppfølgingen av disse barna ble bedre og bedre etter hvert under nedstengningen: *«I starten, første par ukene, var vi nok mest opptatt av «flokken». Etter den første perioden fikk vi gode rutiner med å følge opp elever som vi kategoriserte som ekstra sårbare.»*
 - Spesialpedagoger og miljøveiledere hadde faste barn som ble fulgt opp, vi hadde tett samarbeid med barnevern og noen elever hadde et omsorgstilbud på skolen. Daglig dialog med lærere via digitale klasserom og tett samarbeid med foresatte.

Gjennomgangen tyder på at mange ansatte merket en betydelig slitasje etter å ha jobbet under koronaen i et drøyt år. De måtte forholde seg til alle smittevernrestriksjonene, sørge for at elevene gjorde det samme, vaske overflater, kombinere fysisk og digital undervisning og håndtere hyppige endringer av smittevernreglene som fulgte trafikklysmodellen.

9.6 KONSEKVENSER FOR TJENESTETILBUD OG BRUKERE

Et viktig spørsmål er hvilke konsekvenser nedstengningen og koronahåndteringen har hatt for tjenestetilbudet og brukerne. Det er selvsagt vanskelig å si noe presist om hvilke konsekvenser dette har hatt på kort og lang sikt, og man trenger 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 tjenester til barn og unge.

Nedstengning, 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 kan føre til at man sitter igjen med andre (og flere?) sårbare barn enn da landet ble stengt ned.

Skole og barnehage

En av de opplagte fordelene med å gå på **skolen** er at barna blir sett. Skolen er en arena for mestring, tilhørighet og inkludering, og for mange er skolene det viktigste elementet i livet, i tillegg til familien. En nedstengning av skolene innebærer bortfall av en viktig inkluderingsarena for mange. For det andre blir arenaen sterkt redusert: *«Det er lite vi kan gjøre med det»*. Det pekes på at barna, og spesielt de sårbare barna, blir skadelidende når de ikke blir sett i hverdagen. Og selv om lærerne har hatt jevnlig kontakt med elevene under nedstengningen, er det vanskelig å få med seg alt når det bare er et lite mindretall de møter fysisk på skolen.

Det er vanskelig å si noe sikkert om hva som vil være konsekvensene av nedstengningen og den lange perioden med koronarestriksjoner, ettersom det gjerne går litt tid før konsekvensene avdekkes. Men i intervjuene pekes det på to perspektiver på dette:

- I et tiårig skoleløp vil en kort periode med nedstengning og visse restriksjoner over tid ha lite å si for de aller fleste elevene.
- Men for en del spesielt sårbare barn er situasjonen annerledes. De har et daglig behov for å bli sett, og de vanlige 190 skoledagene er kanskje for lite til å kunne følge dem godt nok opp. Dette er elever som er helt på marginalen, både faglig og sosialt, og koronasituasjonen kan kanskje gi de en ekstra knekk.

Enkelte peker på at koronasituasjonen vil kunne føre til redusert undervisningskvalitet i perioder. Dette henger sammen med at mulighetene for å organisere undervisningen ut fra rent pedagogiske hensyn er mer begrenset, samt at mer av lærernes tid går med til smitteverntiltak.

Vi får opplyst at det høsten 2020 kom flere tilbakemeldinger fra skolene om at situasjonen var mer krevende enn den var like etter gjenåpningen i april/mai 2020. På en måte kan dette virke paradoksalt, ettersom smitteverntiltakene var strengere og mer krevende selv med gjenåpning av skoler og barnehager. Samtidig pekes det på at det var en stor glede og lettelse for både lærere og elever å være tilbake på skolen: *«Det var god stemning og ikke så lenge til sommerferien. I høst har man kanskje i større grad merket slitasjen»*. Intervjuene tyder på at denne slitasjen også har vært merkbar våren 2021, der en har vært gjennom flere endringer mellom gult og rødt nivå, smitteutbrudd på en rekke skoler og de praktiske konsekvensene det har i skolehverdagen. Eksempler på dette: Vaske overflater til stadighet, være på vakt for å sikre at elever overholde smittevernregler, ha både fysisk og digital undervisning, ingen sosiale tilstelninger med foreldre og for ungdomsskolen utfordrende å gjennomføre språkfag, valgfag og estetiske fag.

Også barnehagene har merket slitasjen. I intervjuene pekes det også her på at barnehagene har stått i koronasituasjonen over lang tid, at det periodevis har vært mange sykemeldte og flere arbeidsoppgaver. Det hele beskrives som et langdistanseløp: *«Det er til å ta av seg hatten for»*

I uke 17 i 2020 åpnet barnehagene igjen med seks timers åpningstid, med en halv time før og etter til henting og bringing. Årsak: Barnehagene fikk ikke smitteverntiltakene gå i hop med antall ansatte, antall barn og bygning.

Men dette betydde at koronasituasjonen var i ferd med å normalisere seg mer, både for barn generelt og for de som var i en sårbar livssituasjon. To uker etterpå var de flerspråklige assistentene tilbake. Smittevernhensyn begrenset hvor mange virksomheter de kunne besøke.

I uke 22 (slutten av mai 2020) var tilnærmet alle barnehagene, skolene/SFO tilbake til normal åpningstid. På dette tidspunktet hadde kommunen fortsatt et barnehagebygg for barn med særskilte behov som hadde redusert åpningstid med 30 minutter.

Helsestasjonene

I de to tabellene under viser vi utvalgte nøkkeltall som viser aktiviteten ved virksomhet for helsestasjonstjenester i 2019 og 2020.¹⁵⁷ Den første tabellen viser hvor stor andel nybakte mødre som fikk hjemmebesøk fra helsesykepleier. Vi ser at det var en kraftig reduksjon i hjemmebesøk i 2020, men en kraftig økning i barselsamtaler på helsestasjonen. Disse erstattet hjemmebesøkene

¹⁵⁷ Mottatt 16.02.21.

for mange, og ble gjennomført slik at man kunne ivareta smittevernreglene på en best mulig måte. Vi ser samtidig at den totale dekningsgraden er lavere i 2020, sammenlignet med 2019.

Tabell 17. Dekningsgrad hjemmebesøk helsesykepleier – endring fra 2019 til 2020.

| Hjemmebesøk/barselsamtaler | 2019 | 2020 |
|--|------|------|
| Fødsler | 1543 | 1727 |
| Hjemmebesøk nyfødte | 1366 | 839 |
| Barselsamtaler på helsestasjonen | 139 | 677 |
| Dekningsgrad hjemmebesøk | 89 % | 49 % |
| Dekningsgrad hjemmebesøk og barselsamtaler | 98 % | 88 % |

Kontinuitetsplanen hadde et mål om at oppfølging av gravide og de aller minste barna skulle ha den høyeste prioriteten.¹⁵⁸ Foruten dekningsgraden for hjemmebesøk hos nybakte mødre ser vi at helsestasjonstjenester har en høyere aktivitet rettet mot gravide/de minste barna.

Tabell 18. Aktivitet Helsestasjonstjenester – endring fra 2019 til 2020

| Aktivitet helsestasjonstjenester | 2019 | 2020 | Endring | Endring % |
|--|------|------|---------|-----------|
| Antall gravide | 1430 | 1477 | 47 | 3 % |
| Hjemmebesøk jordmor | 147 | 159 | 12 | 8 % |
| Gravide til svangerskapskontroll - jordmor | 1430 | 1477 | 47 | 3 % |
| Seksukerskontroll | 1485 | 1542 | 57 | 4 % |
| Toårskontroll av lege og helsesykepleier | 1460 | 1644 | 184 | 13 % |
| Fireårskontroll | 1467 | 1750 | 283 | 19 % |
| Helseundersøkelser 1. trinn grunnskole | 2029 | 1623 | -406 | -20 % |
| Barselgrupper | 158 | 120 | -38 | -24 % |
| Antall deltakere i barselgrupper | 1282 | 746 | -536 | -42 % |

Barselgrupper ble nedprioritert de første ukene etter den 12. mars, men man forsøkte å finne alternative møteplasser. Gruppetilbudet på familiesenteret var også sterkt redusert.

Vi får videre opplyst at en konsultasjon i 2019 er det samme som en konsultasjon våren 2020. «Barselsamtalene og 6-ukers-konsultasjonene ble opprettholdt med ordinær tidsbruk og innhold i starten, mens alle andre konsultasjoner ble skåret til beinet, og noen utgikk».¹⁵⁹ Den 20. mai vedtok virksomheten å gå tilbake til «ordinær» tidsbruk og innhold.

Konsultasjonene våren 2020 hadde kortere varighet og et mer begrenset innhold.

¹⁵⁸ Helsestasjonstjenester skulle prioritere følgende grupper: nyfødte, 6-ukerskontroll, vaksinasjon, barn og familier i risiko, mens jordmortjenesten skulle prioritere nye gravide, risikogrupper og svangerskaps uker 24-40

¹⁵⁹ Jf. epostutveksling med rådgiver helsestasjons- og skolehelsetjenesten i midten av februar 2021.

Noen eksempler:¹⁶⁰

- Noen konsultasjoner var redusert fra normalt 1 time til ca. 20 min, og andre ble redusert fra 30 min til 20 min.
- Konsultasjonen ble innledet med: *«Er det noe dere ønsker å ta opp eller lurer på? Det ble gitt informasjon om begrenset tidsramme, utdelt evt. skriftlig materiell knyttet til tema for alder på barnet, og avklart behov for oppfølging på telefon».*
- Barnet ble i flere tilfeller ikke undersøkt av helsesykepleier, kun samtale og observasjon på avstand, det var ikke tid til å komme inn på tema som f.eks. barnets og familiens livsvilkår (fysisk, psykisk helse, rus, økonomi ol.) eller tema som vold og overgrep.
- Språkkartlegging av 2- og 4-åringene utgikk (verktøyet for kartleggingen var ikke egnet for vasking og spriting), kun samtale om bekymring knyttet til barnets språk. Ved bekymring ble det spurt om samtykke til å innhente opplysninger fra barnehagen. Dersom barnet ikke gikk i barnehage ble kartlegging gjennomført tilnærmet normalt.
- Ingen mulighet for Drop-in, kun timebestilling. Vi får opplyst at dette kan ha hindret familier å ta kontakt (minoritetsspråklige, m.fl.)
- At kun en forelder kan følge barnet, gir begrenset mulighet for observasjon og veiledning.
- Alle gruppekonsultasjoner ble avlyst, og kun ved spesielle behov ble de erstattet med individuell oppfølging i stedet.

Helsestasjonstjenesten hadde per midten av februar 2021 fortsatt ikke 4 måneders- og 8 månedersgrupper eller 17-18 måneders konsultasjon. Kun 1 forelder og ingen søsken kan følge til konsultasjon (bortsett fra nyfødtsamtalen og 6 ukers konsultasjonen) og ingen Drop-in.

Færre kontroller. Antall kontroller og tiden man bruker på de som er på kontroll ble redusert kraftig under nedstengningen. Når dette skjer: *«...får man ikke gjort det man egentlig skal gjøre på en slik kontroll. Det har ikke vært avvik som vi kjenner til som er alvorlig eller livstruende. Men man får ikke vurdert ungene skikkelig, motorisk og utviklingsmessig, slik en vanligvis får. Foreldrene måtte være veldig på og selv fortelle om det var noe. Et tiltak som ble innført var åpne spørsmål som kunne brukes for å fange opp evt. bekymring. Det ble også tilbudt oppfølgingsamtale på telefon/video eller evt. ny konsultasjon¹⁶¹».*

Ansatte frykter at det vil være ting de ikke fanger opp/fanger opp for sent, pga. avlyste kontroller og dårlig tid på gjennomførte kontroller. Dette er et tema som lederne tar på alvor og følger opp.

Både under nedstengningen og etter at skolene ble gjenåpnet med kohorter våren 2020, var det vanskelig for ungene å ta kontakt med skolehelsetjenesten. Et tiltak som ble innført var at helsesykepleier opprettholdt fast kontortid også i forbindelse med hjemmeskole. *«Det har vært åpen dør, men det har likevel ikke vært enkelt tilgjengelig for elevene verken ifm. hjemmeskole eller da skolene åpnet opp fordi den ikke ligger ikke innenfor elevens kohort/soner»¹⁶².*

¹⁶⁰ Samme kilde.

¹⁶¹ Samme kilde.

¹⁶² Kilde: Scenariebasert risikovurdering, Helsestasjons- og jordmortjenesten, 30. juni

Ungdom og fritid.

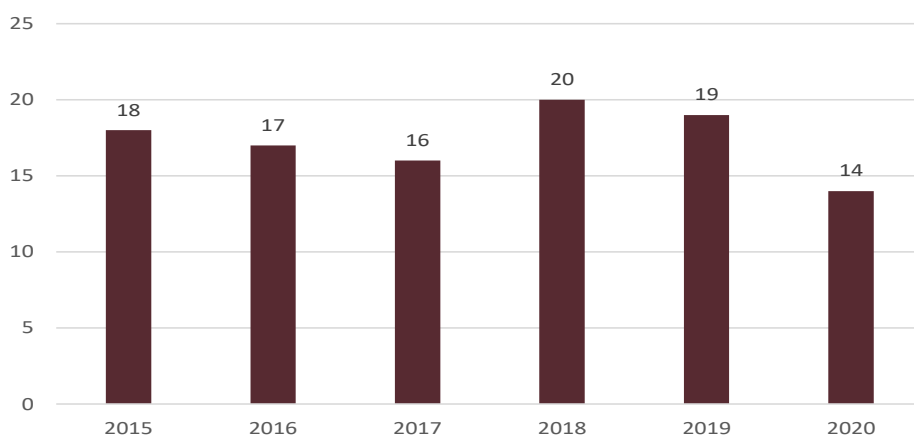
Ungdom og fritid arbeidet spesielt mot sårbare ungdommer i perioden etter nedstengningen.¹⁶³ Fritidsklubbene var stengt en kort periode og foreldrenettverkene har vært mindre prioritert i 2021. I likhet med de andre virksomhetene innen Oppvekst og utdanning ble behovet til ulike brukergrupper etter hvert vurdert i lys av den såkalte trafikklysmodellen.

Fra Ungdom og Fritid oppleves det som utfordrende for kvaliteten i arbeidet at de i store deler av pandemien ikke har kunnet møte ungdommene fysisk. Det blir gitt to eksempler på dette. Periodevis har uteseksjonen kun møtt brukerne på video og telefon. De ser en tendens til at ungdommene da har behov for å treffes oftere, og de tror dette kan ha sammenheng med at fysiske møter sitter lenger i kroppen. Et annet eksempel er idemyldring rundt utforming av nye lokaler på Nytorget. Det pekes på at det er vanskelig å få til kreative prosesser på Teams, og at møtene varer en tredjedel av normal tid, og at det kommer inn få ideer.

Det er et mål for Uteseksjonen at negativ utvikling hos ungdom skal identifiseres tidlig og møtes med tidlig intervensjon. I figuren under viser vi utviklingen i antall ungdommer som har fått individuell oppfølging. Den viser en nedgang i 2020, men ingen drastisk nedgang.

Uteseksjonen driver oppsøkende arbeid blant ungdom i sentrumskjernen og i alle bydelene i Stavanger på dag og kveldstid. Enheten har drevet oppsøkende arbeid i friminutter på ungdomskolene tilnærmet hver uke. Uteseksjonen går oppsøkende på 14 skoler, men pga. ansatte i permisjon og smittevernsituasjonen, har ikke alle skoler fått besøk hver uke i 2020. Figuren under viser at det har vært en markant nedgang i de oppsøkende arbeidet i 2020.

Figur 33. Feltarbeid i sentrum og bydelene – gjennomsnittlig antall timer per uke.

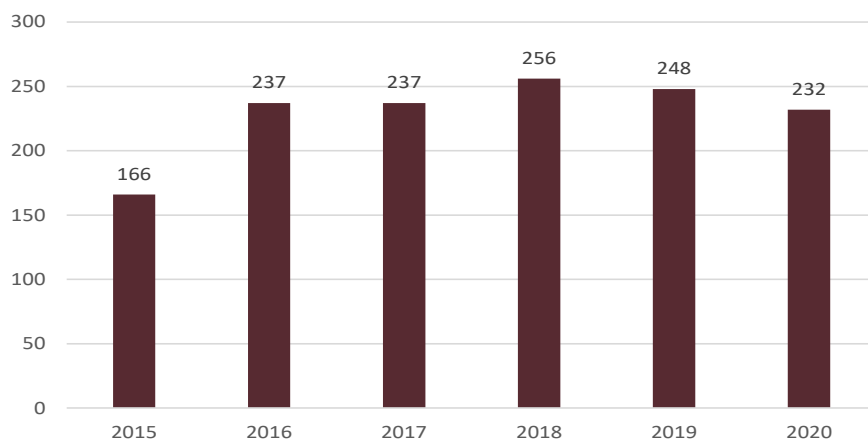


Negativ utvikling hos ungdom skal identifiseres tidlig og møtes med tidlig intervensjon. Det er en sammenheng mellom Uteseksjonens oppsøkende arbeid og hvor mange ungdommer som får individuell oppfølging, ettersom det oppsøkende arbeidet er relasjonsskapende og skaper en god

¹⁶³ Jf det interne dokumentet *Oppfølging av sårbare barn og unge*.

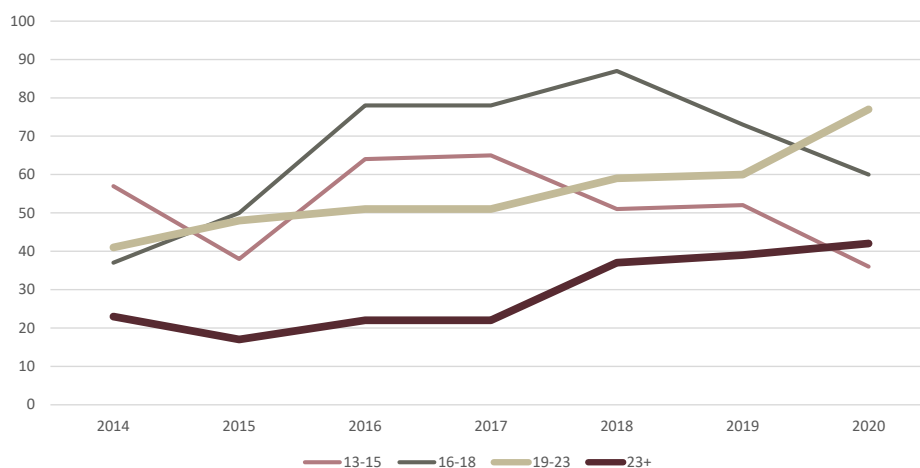
grobunn for individuell oppfølging. Figuren under viser at det har vært en liten nedgang i antall ungdommer med individuell oppfølging, men at nedgangen ikke er så stor.

Figur 34. Antall ungdommer med individuell oppfølging.¹⁶⁴



I figuren under ser vi hvordan utviklingen har vært i ulike aldersgrupper. Hovedbildet de siste årene er tydelig: Det er stadig flere voksne ungdommer som får oppfølging, mens det er stadig færre ungdommer i alderen 13-18 år som får oppfølging. Dette bildet forsterkes i 2020, men ser ut til å ha vært en trend de siste tre fire årene.

Figur 35. Antall ungdommer med individuell oppfølging, fordelt på aldersgrupper.

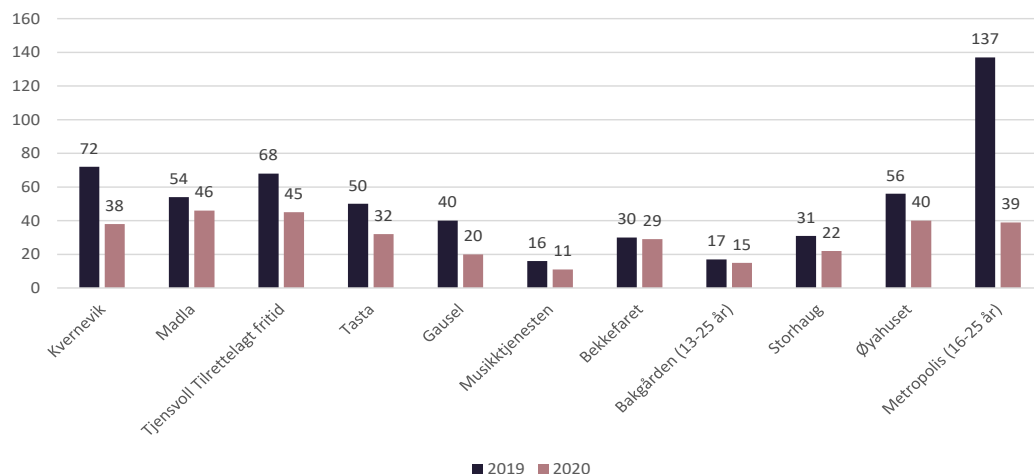


Vi får opplyst at tilgangen til skoleungdom har vært lavere enn vanlig gjennom hele 2020, primært på grunn av nedstengningen, men også på grunn av andre smittevernrestriksjoner. Kort sagt har forutsetningene for det grunnleggende arbeidet som skaper grobunn for et individuelt oppfølgingsopplegg vært svekket i 2020.

I figuren under viser vi endringen i det gjennomsnittlige antallet besøkende ungdommer per kveld i ulike fritidsklubber. Hovedbildet er en markant reduksjon i antall ungdommer.

¹⁶⁴ Årsmelding Uteseksjonen, 220.

Figur 36. Besøkstall fritidsklubb 13-18 år.¹⁶⁵



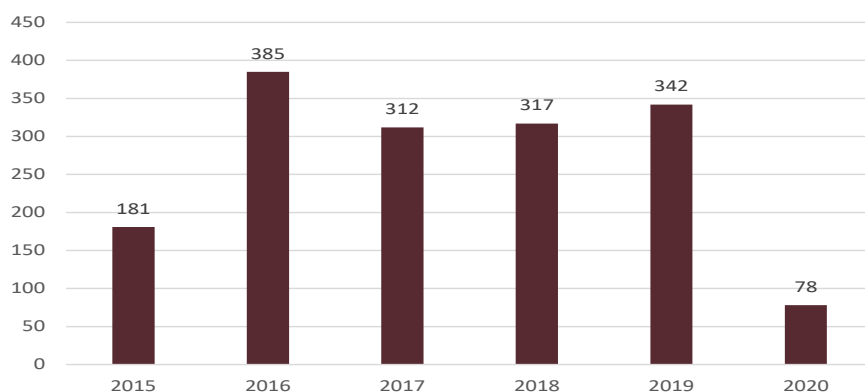
Særlig ser vi stor endring hos Metropolis. Dette er fordi de har målgruppen opp til 25 år, og fordi smitteverntiltakene har vært strengere for voksne ungdommer enn for de under 18 år.

Bakgården er et eget tilbud for ungdom med psykisk uhelse og har også det samme alderssegmentet som Metropolis. Men her har nedgangen i antall brukere vært liten, noe som skyldes at dette er en klubb med langt færre deltakere.

I uke 22, dvs. i slutten av mai 2020, åpnet Ungdom og fritid fritidsklubbene med maks 20 stykker og en meters avstand pga. smittevernregler. Med dette falt det gjennomsnittlige antallet.¹⁶⁶ I slutten av mai åpnet andre aktiviteter på bydelshusene og på Metropolis gradvis.

Informasjonsarbeid. Uteseksjonen driver med utstrakt informasjonsvirksomhet og foredrar om mange ulike tema som angår foreldre og ungdom. Dette er tema som rusbruk, anabole steroider, ungdomstid, mobbing, psykisk helse, sosiale medier, seksualitet, nettvett, sårbare overganger m.m. Uteseksjonen holder også foredrag for ulike samarbeidspartnere og underviser bl.a. på UiS. Uteseksjonen har drevet mye mindre utadrettet informasjonsarbeid i 2020.

Figur 37. Informasjonsarbeid og foredrag fra uteseksjonen (antall timer).

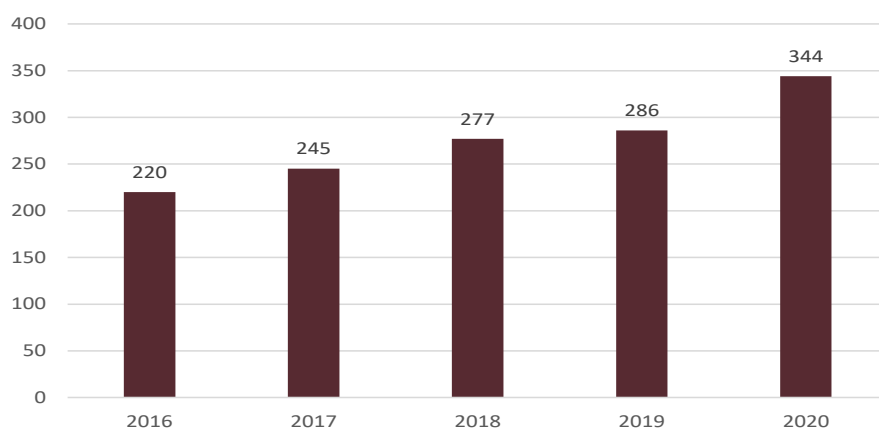


¹⁶⁵ Jf. epost den 08.02.21 fra leder for Ungdom og fritid.

¹⁶⁶ Opplyst i intervju 07.12.20.

Samarbeid. Uteseksjonen samarbeider tett med ungdomsskolene, Johannes læringscenter, Godalen VGS, Bergeland VGS, Randaberg VGS, barnevern, NAV, SLT, K46, Oppfølgings-tjenesten, politiet og helsestasjonene. Det har vært en økning i samarbeidsmøter i 2020.

Figur 38. Deltakelse i samarbeidsmøter (antall møter).



Barneverntjenesten har et etablert samarbeid med Ungdom og fritid, blant annet gjennom tiltaket Fritidsmentor. Mange barn har hatt et stående tilbud her, uansett nedstengning og røde dager. I Oppvekst og utdannings årsmelding for 2020 trekker barneverntjenesten frem at Ungdom og fritid har vist en svært stor fleksibilitet i utførelsen av dette tiltaket.

Barnevern

I denne delen går vi nærmere inn på konsekvensene koronarestriksjonene har hatt for barneverntjenesten. Det er utenfor vårt mandat å gå inn på alle mulige konsekvenser. Det vi har gjort, er å se nærmere på om nye bekymringsmeldinger til barneverntjenesten har endret seg i 2020, sammenlignet med 2019.¹⁶⁷ Dette er en indikator på kommunens evne til å fange opp de sårbare barna. I tillegg har vi spurt barnevernet selv hvordan koronarestriksjonene har påvirket tjenestetilbudet. Dette er supplert med kommunenes innrapportering til Bufdir, der de gjennom perioden har rapportert på tilbud, tilgjengelighet, henvendelser og oppfølging.

Det totale bildet viser at antallet bekymringsmeldinger har økt i 2020, fra 1248 året før til 1290, dvs. med 3,4 prosent. Økningen skyldes nok Nye Stavanger. Uten barna fra Rennesøy og Finnøy hadde det trolig vært en liten nedgang i bekymringsmeldinger.

I Sandnes var det en klar nedgang i bekymringsmeldinger i 2020, sammenlignet med 2019.

Det er samtidig verdt å presisere at Sandnes har en høy andel nye bekymringsmeldinger sammenlignet med Stavanger, selv om forskjellen har blitt kraftig redusert det siste året. I Stavanger var det 161 flere nye bekymringsmeldinger enn i Sandnes i 2019, dvs. 15 prosent flere. I 2020 hadde antallet økt til 375, dvs. 41 prosent flere enn i Sandnes.

I figuren under ser vi på den månedlige utviklingen i bekymringsmeldinger i 2019 og i 2020.

¹⁶⁷ Barnevernet registrerte ikke meldinger i aktive saker i 2019, men begynte med dette i 2020. Vi har derfor holdt meldinger i aktive saker borte fra statistikken her.

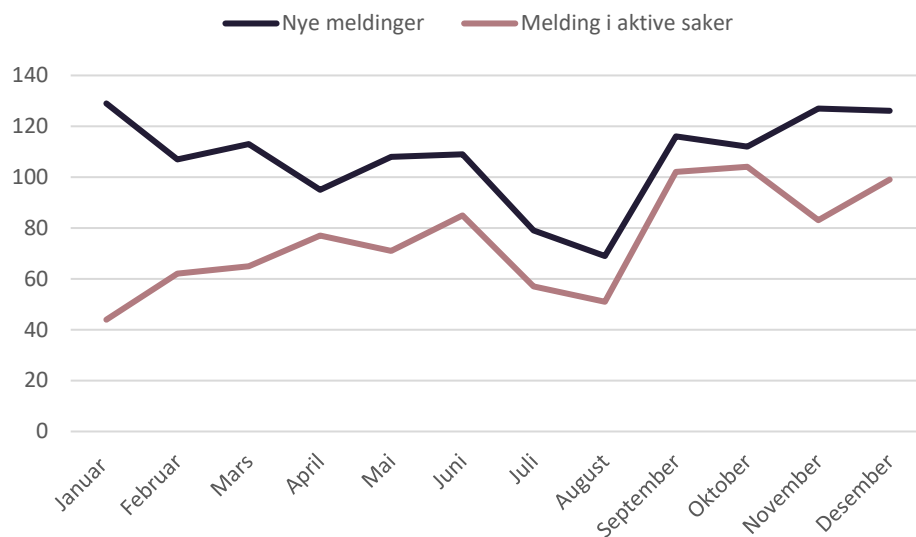
Figur 39. Nye bekymringsmeldinger til barnevernet 2019 og 2020 – måned for måned.



Vi ser at det ikke overraskende er en nedgang i antall bekymringsmeldinger i mars, men også i november og desember. Ellers det gjennomgående flere bekymringsmeldinger i hele 2020.

I Stavanger har den sterkeste veksten i bekymringsmeldinger kommet ifm. bekymringsmeldinger i aktive saker. Dette har vi illustrert i de to figurene under. Den første viser forskjellen mellom antall nye meldinger og meldinger i aktive saker gjennom året.

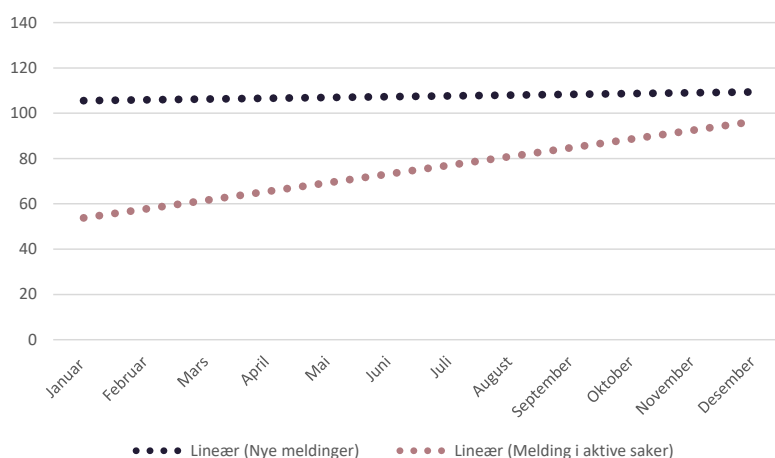
Figur 40. Nye meldinger og bekymringsmeldinger i aktive saker i Stavanger i 2020.¹⁶⁸



¹⁶⁸ Meldinger i aktive saker ble ikke registrert som meldinger før 2020, så her kan vi ikke sammenligne med 2019. Tall mottatt fra barneverntjenesten 18.01.20.

Selv om bildet i figuren over varierer fra måned til måned, er trenden gjennom året at det er sterke vekst i bekymringsmeldinger i aktive saker. Veksten i nye bekymringsmeldinger er veldig moderat. Dette illustreres i figuren under, der vi kun viser trendlinjene.

Figur 41. Nye meldinger og bekymringsmeldinger i aktive saker i Stavanger i 2020 – trend.



Økningen i meldinger i aktive saker gjelder i første rekke barn mellom 11 og 18, og bekymringene har i stor grad vært knyttet til rusmisbruk.¹⁶⁹

Hvem melder bekymringene?

Tabell 19. Andel bekymringsmeldinger per melder i 2019 og 2020¹⁷⁰

| Melder | 2019 | 2020 | Endring |
|---------------------------------|--------|--------|---------|
| Barneverntjenesten | 21,4 % | 12,0 % | -9,4 % |
| Politi | 14,2 % | 14,9 % | 0,7 % |
| Skole | 12,4 % | 10,5 % | -1,9 % |
| Mor/far/foresatte | 7,8 % | 7,4 % | -0,4 % |
| Andre privatpersoner | 7,8 % | 9,9 % | 2,1 % |
| Barnehage | 6,0 % | 4,1 % | -1,9 % |
| Lege, sykehus | 5,7 % | 11,8 % | 6,1 % |
| Helsestasjon/skolehelsetjeneste | 4,8 % | 3,6 % | -1,2 % |
| NAV | 2,5 % | 1,7 % | -0,8 % |
| Psykisk helsevern barn og unge | 2,5 % | 2,7 % | 0,2 % |
| Psykisk helsevern voksne | 1,8 % | 1,6 % | -0,2 % |
| Barnevernvakt | 1,6 % | 5,6 % | 4,0 % |
| Krisesenter | 1,1 % | 0,5 % | -0,6 % |
| Familien for øvrig | 1,1 % | 5,6 % | 4,5 % |

Kommentar: 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

¹⁶⁹ Årsrapport Stavanger 2020 Oppvekst og utdanning: 4.

¹⁷⁰ Tall mottatt fra barneverntjenesten 18.02.2021. Meldere som har meldt en veldig liten andel bekymringer er ikke tatt med her.

bedre indikasjon på forskjellene mellom 2019 og 2020, med ett viktig unntak: Barneverntjenesten. Barnevernet melder sjelden til seg selv i aktive saker, som de andre instansene gjør. Det betyr at den sterke nedgangen sannsynligvis ikke er reell.

Vi ser at det er en liten nedgang i meldinger fra instanser som helsestasjon/skolehelsetjenesten, barnehage og skole.¹⁷¹ Dette skyldes sannsynligvis nedstengningen og mindre kontakt med barna.

Antall meldinger som omhandler mishandling og familievold er nokså stabilt i 2020. Kommunen mener dette er *«urovekkende at disse tala er stabile når ein veit at studiar frå Bufdir viser at 1 av 6 ungdommar fortalde om vald eller overgrep dei 8 vekene skulen var stengde. Studiet viser at 20 prosent av desse opplevde psykisk eller fysisk vald for første gang under nedsteninga.»*¹⁷²

Vi er informert om at den sterke økningen i meldinger fra lege, sykehus kan ha sammenheng med at SUS og Rogaland A-senter har jobbet aktivt med å etablere varslingsrutiner ved innleggelser, og at barnevernet kan få samme bekymring fra ulike avdelinger (legevakt, akuttpost, somatisk).

Vi ser også at det er flere meldinger fra øvrig familie, andre privatpersoner og barnevernvakt.

Barnevernets rapportering til Bufdir viser at barneverntjenesten fikk færre henvendelser fra familier i april 2020, men flere i mai, juni og august samme år.¹⁷³

Konsekvenser for tjenestetilbudet

Barneverntjenesten er definert som en samfunnskritisk tjeneste, og i Stavanger har barneverntjenesten aldri vært nedstengt og har vært i tilnærmet full drift hele året. Vi får opplyst fra barneverntjenesten at alle tilbudene har vært gitt, selv om tilbudet var noe redusert like etter nedstengningen, i første rekke i mars og april. Dette var primært knyttet til omsorgsplasseringene, dvs. de barna som bodde i fosterhjem/institusjon. De fikk ikke lov til å reise på oppfølgingsbesøk og møte barna fysisk, og måtte i stedet gjennomføre digitale oppfølgingsbesøk. Vi får også opplyst at det ble gjennomført færre tilsynsbesøk i fosterhjem enn vanlig. Dette er en lovpålagt oppgave, men det er samtidig en del pensjonister som er tilsynsførere (risikogruppe for korona).

Det var også vanskelig å gjennomføre foreldresamvær i denne perioden. Ettersom det meste var stengt, kunne man eksempelvis ikke bruke svømmebasseng eller Leos lekeland. Barnevernet styrket innsatsen for å kunne gjennomføre planlagte samvær med tilsyn¹⁷⁴.

Barnevernet har utsatt eller satt på vent faste møter og aktiviteter med erfaringsformidlerne på grunn av koronatiltak. *«Det har heller ikkje vore mogleg å følga opp og etablera sjølvhjelp/gruppetiltak for foreldre som har blitt fråtekne omsorga for barna sine.»*

¹⁷¹ Oppvekst og utdannings egen rapportering kan tyde på at nedstengningen var den viktigste forklaringen på reduksjonen i bekymringsmeldinger fra barnehager og skoler. En drøy måned etter nedstengningen, i uke 16, ble det rapportert om at barnevernet fremdeles fikk få bekymringsmeldinger fra barnehager og skoler.

¹⁷² Årsrapport Stavanger 2020 Oppvekst og utdanning: 4.

¹⁷³ Dette er henvendelser, ikke bekymringsmeldinger. De nevnte månedene var rapporteringsmånedene.

¹⁷⁴ Årsrapport Stavanger 2020 Oppvekst og utdanning: 5.

Barneverntjenesten rapporterte en periode til Bufdir, der de svarte på spørsmål knyttet til koronasituasjonens påvirkning på tilbudet¹⁷⁵. Vi oppsummerer hovedinntrykket her:

- Tilgjengeligheten på de ansatte har vært uendret fra april til november. **Det var færre fysiske møter med barn i Stavanger i april-mai** og økt bruk av konsultasjoner på video eller telefon. Barnevernet har i dette halve året i stor grad gjennomført samvær i henhold til vedtak under koronapandemien. Barneverntjenesten rapporterer også at de i stor grad har opprettholdt hjelpetiltak til barn og familier som fikk tilbud om tiltakene før koronautbruddet. Det ser også ut som samarbeidet med andre tjenester har blitt noe bedre i løpet av perioden, spesielt rapporteres det om dette i tiden etter nedstengningen.

9.7 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKT

Gjeldende beredskapsplan (og ROS-analyse) for Oppvekst og utdanning ble utarbeidet høsten 2019, dvs. at den var på plass rett før kommunesammenslåingen og koronautbruddet. Man hadde ennå ikke rukket å øve på planen. Koronasituasjonen kan sies å ha vært den ultimate øvelsen.

Hovedinntrykket vårt er at Stavanger kommune har ivare tatt barn i sårbare livssituasjoner på en relativt god måte, og en god ivaretagelse av disse barna har vært en tydelig prioritering gjennom hele perioden. Det er flere indikasjoner som støtter oppunder dette inntrykket.

Kommunen rettet oppmerksomheten mot sårbare barn og unge umiddelbart etter nedstengningen.

I likhet med Sandnes var det i Stavanger skolene selv, i samråd med en rekke hjelpeinstanser, som vurderte hvem som var de sårbare barna og hvem som skulle få et omsorgstiltak.

Sammenlignet med Sandnes var det i Stavanger en relativt høy andel barn i barnehagen og på skolen som mottok et omsorgstilbud i starten etter nedstengningen. Dette bildet endret seg etter hvert, og for barnehagene jevnes dette bildet ut.

På skolene var det langt flere elever som mottok et omsorgstilbud i Sandnes enn i Stavanger mot slutten av nedstengningen. Sandnes var også den av alle våre utvalgte kommuner som hadde den høyeste andelen sårbare barn som mottok et omsorgstilbud under nedstengningen. Dette skyldtes at kommunen et lite stykke ut i nedstengningen åpnet skolen opp for alle som strevde og som mente de hadde behov for å komme på skolen. Dette gjorde man ikke i Stavanger. Her var det skolene, i samråd med hjelpeinstansene, som vurderte hvem som skulle få et omsorgstilbud.

I Stavanger fikk en høyere andel elever omsorgstiltak enn både Rogalands-snippet og landssnittet.

I likhet med andre kommuner var det en betydelig andel elever som fikk færre timer med spesialundervisning enn det som var vedtatt i 2020. Andelen er høyere våren 2020 enn høsten 2020, men høsten 2020 ligger Stavanger betydelig over landssnittet. Og høsten 2020 er det småskoletrinnet som kommer klart dårligst ut, 25 prosent av disse elevene fikk færre timer enn det som var vedtatt. Ungdomsskoletrinnet var nesten uberørt, der bare to prosent fikk færre spesialundervisningstimer. Dette harmonerer dårlig med punktet i opplæringsloven om tidlig innsats, selv om det kan være smittevernfnaglige forhold som kan forklare dette.

¹⁷⁵ Vi mottok disse tallene fra Bufdir i desember og januar 2020/2021.

Vi ønsker samtidig å understreke at tallene vi har brukt ikke sier noe om hvor mye mindre spesialundervisning elevene har fått, bare at de fått mindre enn det som var vedtatt.

Etter vår vurdering valgte Stavanger kommune en god framgangsmåte for å identifisere de sårbare barna og familiene under nedstengningen. Virksomhetene fikk selv ansvaret for å vurdere hvem som var i sårbare livssituasjoner, på bakgrunn av føringer fra direktør, og innspill fra hjelpeinstanser i kommunen, som barnevern og helsestasjonstjenester.

Tilbakemeldingene fra virksomhetene tyder på at informasjonsdeling, samarbeid og samhandling mellom direktører/fagstaber og virksomheter har fungert veldig bra under koronaen. Krisen ser ut til å ha styrket samarbeidet på tvers av fagområder og mellom direktør/stab og virksomhetene.

I Stavanger har det vært en liten økning i bekymringsmeldinger til **barnevernet** i 2020. Økningen skyldes trolig primært Nye Stavanger. Uten barna fra Rennesøy og Finnøy hadde det sannsynligvis vært en liten nedgang i bekymringsmeldinger i 2020. I Sandnes var det en klar nedgang i antall bekymringsmeldinger i 2020, men Sandnes lå likevel høyere enn Stavanger.

Trenden i løpet av 2020 er en ørliten vekst i nye bekymringsmeldinger, men en kraftig vekst i bekymringsmeldinger i aktive saker. Denne økningen gjelder i første rekke barn mellom 11 og 18 år, og bekymringene har i stor grad vært knyttet til rusmisbruk.

Barnevernet er bekymret over at meldinger om vold har vært nokså stabilt, når en undersøkelse fra Bufdir viste at 1 av 6 ungdommer fortalte om vold og overgrep under nedstengningen.

Barnevernet har for øvrig i stor grad klart å opprettholde tilnærmet normal tjenestekvalitet, selv om oppfølgingen av barn i fosterhjem var redusert i mars og april 2020.

Helsestasjonstjenestene har også klart å opprettholde et høyt aktivitetsnivå, til tross for et krevende driftsår. Oppfølging av de minste barna og barn med spesielle behov har hatt høy prioritet. Men kvaliteten på helsestasjonstilbudet har vært noe redusert. Konsultasjonene som ble gjennomført våren 2020 hadde både kortere varighet og et mer begrenset innhold.

Fritidsklubbene i Stavanger var stengt i en periode, og det har vært færre besøkende i 2020 sammenlignet med 2019. Det har vært også vært mindre utadrettet arbeid i sentrum og bydelene.

Det har vært en liten nedgang i antall ungdommer som får individuell oppfølging fra uteseksjonen, og som gjerne har en ekstra sårbarhet med seg. Men utviklingen blant disse brukerne er tydelig. Antallet voksne ungdommer som får individuell oppfølging går opp, mens antallet ungdommer i alderen 13-18 som får individuell oppfølging går ned.

Vi har for lite data til å si noe sikkert om hva som er årsakene til denne trenden, men vi har flere indikasjoner på at en del ungdommer i kommunen var ekstra sårbare under pandemien. Etter vår vurdering bør kommunen følge denne utviklingen nøye.

Det er samtidig slik at nedstengning og omfattende sosiale restriksjoner over lang tid kan skape en ensomhet og en sårbarhet som ikke var der i utgangspunktet. Barna opplever 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 trolig 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 de omfattende smittevernrestriksjonene nasjonalt og lokalt. Røde Kors mener koronaårene 2020 og

2021 representerer det største humanitære tilbakeslaget i landet vårt siden krigen¹⁷⁶. De hevder at barn, unge og studenter er blitt vår “*koronagenerasjon*” og er svært hardt rammet av de mange smitteverntiltakene, noe som kan ha langsiktige, negative konsekvenser.

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 fremtiden vil vise.

Anbefaling:

- Kommunen bør overvåke nøye fremover eventuelle langsiktige konsekvenser av pandemien for sårbare barn og unge.

¹⁷⁶ Velferdssamfunnet satt på prøve – Humanitære konsekvenser i kjølvannet av Covid-10-pandemien, Røde Kors 2021.

10 REGIONALT SAMARBEID

10.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

En av problemstillingene i forvaltningsrevisjonen er i hvilken grad kommunen har samarbeidet med andre aktører i forbindelse med krisehåndteringen, og i hvilken grad samarbeidet har styrket den samlede krisehåndteringen til forskjell fra om alle håndterte krisen hver for seg.

Koronaviruset tar ikke hensyn til kommunegrenser. Et felles bo- og arbeidsmarked på Nord-Jæren betyr at smitte i én av kommunene fort kan få konsekvenser for nabokommunene. Håndteringen av koronapandemien har derfor en *regional dimensjon*, og effektiv innsats fordrer samordning av tiltak på tvers av kommunegrenser og forvaltningsnivåer.

Samvirkeprinsippet i beredskapsarbeid betyr at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre at de på best mulig måte samvirker med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering. Beredskapen skal kunne møte både avgrensede akutte hendelser og større kriser som trekker ut i tid.

Når det gjelder pandemi, betyr det å ta stilling til hva slags pandemi man skal planlegge for å kunne håndtere. Deretter kan man fastsette ambisjonsnivået for beredskapen. Gjennom å beskrive ulike scenarioer for pandemier er det mulig å analysere hvilke behov de ulike scenarioene stiller til kapasitet og ressurser i alle faser av krisehåndteringen.

Revisjonskriteriene er avledet av samvirkeprinsippet og forskningsbasert kunnskap om hva som karakteriserer god samordning i krisesituasjoner.¹⁷⁷

Revisjonskriterier i vurderingen av regionalt samarbeid:

- Etablere en dynamisk regional situasjonsforståelse tilpasset smitteutviklingen.
- Sørge for effektivt regionalt samarbeid for å slå ned og beholde kontroll med smitten.

Flere andre steder i rapporten undersøker vi omfanget av regionalt samarbeid. Det gjelder kapitlene om forberedelser før pandemien, TISK, krisekommunikasjon og konsekvenser for sårbare barn og unge. Dette kapitlet tar for seg beredskapssamarbeidet mellom kommunene på Nord-Jæren og mellom kommunene og sykehuset i opptaksområdet for Helse Stavanger i Sør-Rogaland. Dessuten ser vi kort på samarbeidet innenfor rammen av storbynettverket og den samordning det har vært opp mot Statsforvalteren i Rogaland.

10.2 FORMER FOR REGIONALT SAMARBEID

Både faglig, administrativt og politisk har det vært mange former for samarbeid. Det geografiske nedslagsfeltet har variert sterkt, og begrepet «regionalt» har derfor ulik betydning. Nedenfor har vi vist noen av samarbeidene som har vært virksomme under pandemien.

¹⁷⁷ Jf. blant annet Boin, A. mfl. (2017) *The politics of crisis management: Public leadership under pressure*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Tabell 20. Former for eksternt samvirke under koronapandemien.

| Navn på samarbeid | Type | Deltakere |
|---|--|---|
| Beredskapssamarbeid Nord-Jæren | Regional krisehåndtering (STARASOSA) | Ordførere, kommunedirektører, beredskapssjefer, smittevernoverleger mv. |
| Forskriftsgruppen | Lokal smittevernforskrift | Nord-Jæren, prosjektsamarbeid |
| Tolkningsgruppen | Tolkning av lokal forskrift | Nord-Jæren, prosjektsamarbeid |
| Intermediært «feltsykehus» | Kommune-sykehus samarb. | Nord-Jæren, prosjektsamarbeid |
| Teststasjoner og luftveislegevakt | Kommunesamarbeid | Stavanger, Sola, Randaberg |
| Samarbeid analyse/scenarier | Situasjonsforståelse | Stavanger, sykehuset, Proactima |
| Strategisk samarbeidsutvalg | Kommune-sykehus samarb. | Sykehus og kommuner i opptaksområdet |
| Fagråd 11/ Regional smitteverngruppe (tirsdag) | Kommune-sykehus samarbeid | Sykehus, smittevern/beredskap kommuner i opptaksområdet og fylkeslegen |
| Fagråd 11/ Samarbeidsmøte kommuneoverleger (onsdag) | Kommune-sykehus samarbeid | Smittevernoverlegene i opptaksområdet |
| Storbynettverket | Storbyenes krisehåndtering | Samarbeid 7 bykommuner ¹⁷⁸ |
| ASSS-samarbeidet | Storbyenes krisehåndtering | Samarbeid 10 bykommuner |
| Kontaktmøter mv. statsforvalteren | Stat-kommune samarbeid | Kommunene i Rogaland og statsforvalter |
| Faglig og administrativt samarbeid | Kommunesamarbeid beredskap, kommunikasjon, tjenesteområder | Samarbeid på ulike nivåer og områder mellom kommunene på Nord-Jæren, men også med kommuner i storbynettverket |
| Dialogmøter korona - ordfører og en rekke ulike organisasjoner ¹⁷⁹ | Orienteringer, informasjonsutveksling, drøftinger ol. | Kommuner, LO, NHO, Næringsforening, Kirken, frivillige organisasjoner, transportselskaper mv. |

Samarbeidet har spent fra ren informasjonsutveksling, via koordinering av kommunenes egne tiltak, til å utforme felles smitteverntiltak. Den siste og dype formen for samarbeid, har funnet sted i saker om lokal forskrift og lokalt intermediært «feltsykehus». Selv om Stavanger i begge saker har hatt en hovedrolle, har kommunene på Nord-Jæren her prøvd å skape noe sammen.

De to mest formaliserte regionale samarbeidene, har vært beredskapssamarbeidet på Nord-Jæren (STARASOSA) og fagråd 11/ delavtale 11 om beredskapssamarbeid og omforente beredskapsplaner mellom sykehus og kommuner i Sør-Rogaland.

STARASOSA-samarbeidet ble aktivisert tidlig og har foregått på mange nivåer.¹⁸⁰ Samarbeidet har på strategisk nivå vært organisert i form av en regional koordineringsgruppe. Her har

¹⁷⁸ Fra november 2020 ble også Drammen medlem i storbynettverket, slik at antallet nå er 8 bykommuner.

¹⁷⁹ Det ble fra 26.11.2020 etablert en ordning med ukentlige dialogmøter («Dialogmøte korona») med næringsliv, kultur, uteliv, frivillig sektor mm der Stavanger kommune løpende har orientert om smitteutvikling og vurderingene rundt smitteverntiltak. Dette for å bidra til at aktørene var godt informerte og for å få tilbakemelding om status og de aktuelle og potensielle konsekvensene av de smitteverntiltak som var i funksjon og som ble vurdert. Dette ble gjort for å etablere en mer velfungerende ordning enn den mer tradisjonelle skriftlige høringen av forslag til forskrifter eller forskriftsendringer. Ifølge informanter i kommunen, har aktørene vært positive til denne løsningen og den har bidratt til en mer helhetlig forståelse og samlet innsats bak smitteverntiltakene.

¹⁸⁰ Allerede i februar 2020 tok Stavanger kommune initiativ til å samle samvirkeaktørene på Nord-Jæren, som foruten de tre nabokommunene, omfattet politi, brannvesen, havnevesen, fylkesmann, fylkeskommune, sivilforsvaret, heimevernet og sykehuset og diverse leverandører av kritisk infrastruktur. Vurderingen var å redusere usikkerhet ved å utvikle scenarier som grunnlag for å lage oppdaterte beredskapsplaner.

ordførerne og kommunedirektørene/rådmennene vært representert. Som ledd i forberedelsene til møtene, har det vært faglige møter (smittevernoverlegene) og eventuelt egne møter mellom kommunedirektørene, eksempelvis ved utarbeidelsen av lokal forskrift. Erfaringer formidlet i intervjuene, viser at det har vært samarbeidet på bred front, og mye er oppnådd, men også at det har vært utfordringer med å nå fram til felles situasjonsforståelse og omforente smitteverntiltak. Planen slår fast at det skal brukes *proaktiv stabsmetode*, men Stavanger kommune og de øvrige kommunene på Nord-Jæren har hatt en litt ulik forståelse av hva dette i praksis innebærer.

Noen av de intervjuede trekker fram at det har vært enklere å få til samarbeid innenfor storbynettverket og med Helse Stavanger (SUS) enn å få til samarbeid med Stavangers nabokommuner på Nord-Jæren. Det blir imidlertid pekt på at storbysamarbeidet er mer uforpliktende, og i større grad har dreid seg om informasjonsutveksling, felles innspill til nasjonale myndigheter og den statlige korona-kommisjonen og opplegg for egnevaluering.

Erfaringen med storbysamarbeidet er at det har vært svært nyttig. Storbyene har hatt en fast arena hvor man har delt utfordringer og erfaringer. Også samarbeidet med Helse Stavanger får gode skussmål. Intervjuer i Helse Stavanger viser stor tilfredshet med samarbeidet sykehuset har hatt med Stavanger. Samarbeidet har spent fra konkret prosjektarbeid om interkommunalt intermediært sykehus til samarbeid om gjennomføring av TISK-strategien.

På analyseområdet etablerte Stavanger kommune tidlig i pandemien et samarbeid med Helse Stavanger. Konsulentselskapet Proactima ble som før nevnt i rapporten, engasjert for å bistå med analyser, ROS-analyser og scenarier.¹⁸¹ Målet var å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for felles situasjonsforståelse og planlegging av kommunens og sykehusets håndtering av covid-19. Høsten 2020 etablerte Stavanger kommune en egen analysegruppe, som sammen med en vurderingsgruppe, har gitt anbefalinger til kommunens beredskapsledelse. Det ble laget et felles teamsområde for kommunene på Nord-Jæren, men det regionale samarbeidet om kunnskapsgrunnlaget har i praksis vært nokså begrenset, jf. kapitlet om krisehåndteringen¹⁸²

Videre har det vært samarbeid om kommunikasjon til innbyggerne i kommunene på Nord-Jæren. Utgangspunktet var en regional gruppe bestående av kommunikasjonsansvarlige i kommunene. Hensikten har vært å samordne og harmonisere informasjonen til innbyggerne, og erfaringene med samarbeidet er i hovedsak gode. En utfordring har vært informasjon til innbyggerne i de tilfeller det har vært uenighet om smitteverntiltak mellom Stavanger og de tre nabokommunene. Også på andre fag- og tjenesteområder har det vært samarbeid mellom de fire Nord-Jæren-kommunene. Beredskapssjefene i de fire kommunene har hatt jevnlig møter. Det har også vært koordinert mellom tjenesteområder som Helse og velferd og Oppvekst og utdanning mv.

På plansiden har den felles risiko- og sårbarhetsanalysen (ROS for Stavangerregionen) og regional beredskapsplan vært det formelle grunnlaget for samarbeidet. Det har ikke vært laget en felles regional handlingsplan for hvordan kommunene regionalt skulle håndtere pandemien. Både ROS-analysen (2013) og planen (2016) er av eldre dato. Planverk og øvelser tar i liten grad

¹⁸¹ <https://proactima.com/2020/12/stavanger-kommunes-koronahandtering/>

¹⁸² Styringsinformasjonen har blitt bedre i løpet av pandemien, og Stavanger har utviklet et sett styringsindikatorer i Power BI. Kommuneoverlegen fra Randaberg har fra oktober 2020 laget en del felles statistikk for de fire kommunene i Power BI. Dette er et bidrag til en regional kunnskapsbasert situasjonsforståelse.

høyde for en pandemi/epidemi som krever inngripende tiltak over lang tid. I Stavanger ble det i løpet av pandemien utarbeidet fem covid-19-beredskapsplaner som adresserte ulike utfordringer som kommunen støtte på i pandemien, eksempelvis oppblomstringen av smittsomme mutantvirus. Noe lignende ble ikke gjort regionalt, og samarbeidet har derfor vært saksorientert.

Delavtale 11 om omforente beredskapsplaner mellom Helse Stavanger og kommunene i opptaksområdet, slår fast at det skal etableres en regional smitteverngruppe ved pandemier.¹⁸³ Grappa ble aktivisert vinteren 2020, og har hatt jevnlige møter under hele pandemien, ledet av smittevernoverlegen i Sandnes. For øvrig har grappa hatt deltakere fra kommuneoverlegene i kommuneclusterne i opptaksområdet, samt representanter for beredskap, kommunikasjon og fra fylkeslegen i Rogaland. Møtereferatene fra 1 halvår 2020 gir et innblikk i hva det er jobbet med: Forsyningssituasjonen for smittevernutstyr, scenarier/ prediksjonsmodeller for smitteutviklingen, testkapasitet ved sykehuset og «brodokument» som overbygning over kommunale pandemiplaner og beredskapsplaner for å nevne noen saker grappa har jobbet med.

Ønsket om et *regionalt «brodokument»* tok utgangspunkt i at de kommunale pandemiplanene var utdaterte og burde revideres, jf. møte 9.06.2020. Det ble lagt opp til å utarbeide 3 nye dokumenter: «*En Pandemiplan som er felles for kommunene, en administrativ del og en operativ del for beredskapsstabene med vedlegg/tiltakskort, og til slutt et Brodokument som samlet er grunnlaget for de ulike kommunale planene*». Det ble vist til at de opprinnelige pandemiplanene dreide seg om influensapandemier og massevaksinering og derfor ikke passet med erfaringer fra Covid-19. Et brodokument er utarbeidet (des. 2020), øvet og brukt aktivt ved behov.

I en underveisevaluering fra seks storbyer, bl.a. Stavanger, samt et knippe kommuner i Kristiansandsregionen, ble det etterlyst bedre regional samordning av krise- og beredskapsarbeidet.¹⁸⁴ Det ble blant annet vist til at det manglet regionale smittevern- og pandemiplaner som kunne avklare hva kommuner og sykehus bør samarbeide om: *Når skal det være regionalt samarbeid og når skal samvirkeaktørene håndtere krisen på egen hånd?* Det ble vist til ulik praksis fra ulike storbyregioner mht. storbyenes rolle, statsforvalterens rolle, helseforetakets rolle og fylkeskommunens rolle. Et spørsmål som ble reist er *hvem som skal ta ansvar for et velfungerende regionalt samvirke i en krisesituasjon?* Det var en felles oppfatning blant de beredskapsansvarlige om at dette ikke er tilstrekkelig avklart, og må adresseres.

Samordningsrollen til statsforvalteren

Fylkesmennene - fra 1. januar 2021 statsforvalterne - har fylt rollen som bindeledd mellom stat og kommune under pandemien.¹⁸⁵ Fylkesmannen i Rogaland tok tidlig i pandemien en mer aktiv

¹⁸³ <https://helse-stavanger.no/seksjon/Samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/O%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Delavtale%2011.PDF>

¹⁸⁴ Jf. rapport basert på beredskapsansvarliges erfaringer fra seks norske storbyer og kommunene i Region Kristiansand. Rapport: Kristiansand kommune desember 2020.

¹⁸⁵ Dette avsnittet bygger på intervjuer i Stavanger kommune og hos Statsforvalteren i Rogaland. Vi har også hatt tilgang til to underveisevalueringer: En som fylkesmannen selv gjorde våren 2020 (rapport 7.06.2020) og en evaluering som seks storbyer gjorde høsten 2020 (rapport desember 2020). Disse er mottatt underhånden, og er ikke sitert direkte fra. I tillegg har vi fått storbynettverkets innspill 16.10.2020 til den statlige granskningskommisjonen.

rolle i å veilede kommunene enn det de vanligvis gjør. Under den mest hektiske fasen la Fylkesmannen opp til en høy møtefrekvens med kommunene og i Fylkesberedskapsrådet.

Formelt sett skal informasjonsflyten fra staten gå via fagkanalene hos fylkesmannen som helse, sosial og barnevern, utdanning mv. Fylkesmannens underveisevaluering konkluderer med at kommunene i Rogaland har vært godt fornøyd med Fylkesmannens informasjonsrolle.

Stavanger kommune har nyansert dette noe. Kommunen har pekt på at de store nasjonale nettsidene har vært de viktigste informasjonskildene, sammen med de daglige pressekonferansene med Regjeringen og helsetoppene. Hurtige endringer gjorde direkte informasjonsinnhenting mest effektivt, i stedet for å vente på informasjonsformidling via fylkesmannen.

I innspillet fra storbynettet til den statlige granskningen av koronahåndteringen, er oppfatningen at informasjonsflyten ikke har vært god nok. Storbyenes oppfatning er at både nasjonale myndigheter og storbyene har forbigått det regionale nivået når det har vært nødvendig.

I tillegg er det fra Stavangers side påpekt at STARASOSA-samarbeidet på Nord-Jæren har vært et viktig fora for informasjonsutveksling og avklaring av tvilsspørsmål. Smittevernoverlegen i Stavanger bemerker at møtene med fylkeslegen har vært gode, og mener at det har vært enkelt å komme med spørsmål og få avklaringer underveis. Fagråd 11-møtene har vært et positivt supplement til de store kontaktmøtene mellom kommunene og fylkesmannen.

Når det gjelder samordningsrollen, peker den statlige granskningsrapporten på at fylkesmennene har hatt ulik oppfatning av hva den innebærer. Fylkesmennene hadde for eksempel ulik oppfatning av i hvilken grad oppgaven med koordinering, fordeling og prioritering av smittevernutstyr var omfattet av fylkesmannens samordningsrolle.

Storbynettverkets opplevelse er at fylkesmennenes håndtering har hatt et reaktivt preg med formidling av delvis foreldet informasjon og omfattende rapporteringskrav. Storbyene har til tider opplevd fylkesmennenes håndtering mer som en belastning enn som en bistand og støtte. Til tross for ukentlig rapportering av forbruk av smittevernutstyr til regionalt nivå, blir det pekt på at leveransene virket tilfældige i forhold til behovene som ble meldt inn.

10.3 EKSEMPLER PÅ SAMARBEID PÅ NORD-JÆREN

Arbeidet med lokal smittevernforskrift.

I oktober 2020 stod kommunene på Nord-Jæren i en situasjon hvor smitten begynte å øke i de fire kommunene, mens regjeringen fortsatte å gjennomføre lettelser. 12. oktober åpnet regjeringen for gjenåpning av breddeidretten for voksne og den opphevdde skjenkestoppen. Samtidig ble det tillatt med inntil 600 personer til stede samtidig på utendørsarrangementer, fordelt på grupper på inntil 200 personer. Regjeringen strammet imidlertid til igjen noe den 26. oktober, og 5. november iverksatte regjeringen flere nye påbud/forbud og anbefalinger, blant annet en anbefaling om at man ikke kunne ha mer enn 5 gjester på besøk i tillegg til husstandsmedlemmer.

Beslutningsdilemmaet for Nord-Jæren kommunene var på den tiden å vurdere om de nasjonale innstramningene var tilstrekkelige til å kontrollere veksten i smitte, eller om det var et lokalt

behov for å forsterke tiltakene gjennom en lokal forskrift. Stavanger kommune nedsatte en forskriftsgruppe, som etter hvert fikk deltakere fra de tre nabokommunene på Nord-Jæren.¹⁸⁶

Foruten tilgang til smittevernfaglig og beredskapsfaglig kompetanse, har gruppen hatt deltakelse som har sikret juridisk, samfunnsvitenskapelig og kommunikasjonsfaglig kompetanse. Det betyr at anbefalingene fra forskriftsgruppen i utgangspunktet har vært basert på et bredere faglig grunnlag enn de rent medisinsk-faglige og beredskapsfaglige. Dette er i tråd med hvordan forskriftsgruppen har oppfattet sitt mandat, at gruppens vurderinger skulle baseres på et bredere samfunnsperspektiv på fordeler og ulemper ved ulike smitteverntiltak. Gruppen har vært operativ gjennom hele pandemien, og fortløpende vurdert behovet for lokale tiltak.

Gruppen har lagt fram saker for beredskapsledelsen i Stavanger, og stått for saksforberedelse i de tilfeller formannskapet i Stavanger har hatt forskriften til behandling. Ordførerne på Nord-Jæren har blitt forelagt et omforent faglig saksgrunnlag basert på forskriftsgruppens vurderinger som også kommunedirektørene har gjort sine vurderinger av. Kommunedirektørene har på grunnlag av gruppens vurderinger utarbeidet innstilling til ordførerne, som fattet vedtak om lokal forskrift. Ved noen tilfelle har tidspresset vært så stort at hele prosessen har vært gjennomført på få dager.

Stavanger formannskap brukte 9. november 2020 sin hastefullmakt etter kommuneloven og vedtok en midlertidig lokal forskrift om smitteverntiltak. I de øvrige kommunene på Nord-Jæren brukte ordførerne sin hastefullmakt etter kommuneloven til å vedta forskriften. Selv om det også da var diskusjoner om behovet og innholdet i forskriften, framstod kommunene utad som enige. Det gjorde det enklere å kommunisere innholdet i forskriften til innbyggerne på Nord-Jæren. Forskriften ble i første omgang vedtatt med varighet fram til 7. desember 2020. Det ble kort tid etter etablert et felles apparat for å håndtere tolknings- og tvilstilfeller (*egen tolkningsgruppe*). Dette for å sikre ensartet praktisering av forskriften i de fire kommunene. Ordfører i Stavanger har pekt på at tvilstilfeller i større grad burde vært forankret på ordførernivå.

3. desember 2020 vedtok Stavanger formannskap å forlenge den lokale forskriften til 16. desember. Kommunedirektøren hadde i saken argumentert for forlengelse til 15. januar 2021. Det ble vist til at omfanget av smitte fremdeles var høyt og at antallet smittede var høyere enn da gjeldende forskrift ble vedtatt, selv om økningen hadde bremsset opp. Smittevernoverlegene mente at situasjonen var på et vippepunkt og anbefalte å beholde forskriften gjennom julen. Det ble forventet mer smitte som følge av jule- og nyttårsfeiringen med økt sosial kontakt og flere tilreisende fra regioner med høyere smittetrykk enn i Stavanger. Faglig og administrativt var det dermed enighet om å forlenge de strenge smitteverntiltakene til over julen.

Politisk var det også enighet om hovedlinjene i forskriften, men ordførerne i Sandnes, Sola og Randaberg vedtok - mot de faglige og administrative anbefalingene - å forlenge forskriften kun til

¹⁸⁶ Forskriftsgruppens mandat har vært å utrede, saksbehandle og innstille til overordnet nivå og har ikke hatt funksjon som «tolkningsaktør» ut over det som inngår i regelverksutvikling. Forskriftsgruppen har utarbeidet saksunderlag og forskriftsutkast som ble sendt kommunedirektørene. Kommunedirektørene utarbeidet på grunnlag av dette innstilling til ordførerne, som fattet vedtak om lokale forskrifter. Ved tvil rundt berettigelsen av konkrete smitteverntiltak ble dette belyst i forskriftsgruppens saksunderlag. Forskriftsgruppen tok ikke avgjørelser vedrørende smitteverntiltak. Når det gjaldt kommunikasjonen utad rundt vedtatte smitteverntiltak, ble dette utført av kommunenes kommunikasjonsavdelinger i samarbeid med ordførerne. Ved flere anledninger hadde forskriftsgruppen kun 1-2 dager på å utrede, vurdere og innstille, med andre ord jobbet de under et stort tidspress.

16. desember. Det var samme dato for utløpet av de nasjonale smitteverntiltakene. Et enstemmig formannskap i Stavanger valgte å følge nabokommunene og forskriften ble forlenget til 16.12.

Den 16. desember valgte de fire ordførerne å bruke sine hastefullmakter til å oppheve den lokale forskriften. Mange av påbudene og forbudene i forskriften ble imidlertid videreført i form av anbefalinger (for eksempel bruk av munnbind ved besøk på sykehjem, ved kollektivreiser mv). Kun ett punkt i forskriften ble videreført som påbud, det at arrangører av arrangementer med mer enn 20 deltakere skulle sende melding om det til kommunen.

En drøy uke senere, økte smittetallene sterkt i Nord-Jæren kommunene, noe både smittevernoverlegene og flere folkevalgte karakteriserte som uventet sterk vekst. I mediene gikk legene ut med en oppfordring om å bruke munnbind bl.a. på kjøpesentrene.¹⁸⁷ Folk ble også bedt om å begrense antall besøkende i jule- og nyttårselskaper til maks 5 utover husstanden og redusere antall nærkontakter i løpet av en uke. Til tross for disse tiltakene fortsatte smitten å øke, der to klynger i henholdsvis taxinæringen og et somalisk miljø bidro sterkt til økningen.

26. desember brukte ordføreren i Stavanger sin hastefullmakt på nytt til å innføre revidert forskrift, bl.a. med påbud om munnbind på kollektiv og ved besøk i sykehjem. Stavanger delte sitt forslag med nabokommunene, men vedtaket ble begrunnet med smittesituasjonen i Stavanger.

Ny forskrift ble vedtatt å gjelde fram til 15. januar 2021. Allerede 30. desember valgte imidlertid de fire ordførerne på Nord-Jæren å vedta en revidert lokal forskrift som ytterligere strammet til smitteverntiltakene. Blant annet ble påbud om munnbind utvidet og det ble innført skjenkestopp kl. 22. Videre ble det innført forbud mot idretts- og fritidsaktiviteter for voksne over 10 personer.

På det tidspunktet var det bred enighet i de fire kommunene om behovet for å skjerpe smitteverntiltakene. Smittetrykket var høyt og økende. Stavanger hadde på den tiden 148 smittede pr 100 000 innbyggere noe som tilsvarte smittetrykket i Bergen og Oslo da de iverksatte sine kontakt- og mobilitetsreduserende tiltak i form av lokal forskrift i november året før.

4. januar 2021 kom regjeringen med nye nasjonale innstramninger, som blant annet innebar rødt nivå for ungdomsskolene og de videregående skolene. Dermed oppstod på nytt et behov for de fire kommunene å tilpasse den lokale forskriften. På ny brukte ordførerne hastefullmaktene til også å sette barneskoler og SFO på rødt nivå. Dermed forsterket kommunene de statlige tiltakene med lokale tiltak begrunnet i høyt lokalt smittetrykk. Ordføreren i Sandnes brukte hastefullmakten og innførte ekstraordinære lokale tiltak allerede helgen før. Barnehagene i Stavanger beholdt gult nivå, men forberedte seg på rødt. Den nye reviderte forskriften ble gjort gjeldende i to uker – frem til 18. januar 2021.

Den 18. januar argumenterte kommunedirektøren i Stavanger for å forlenge forskriften til 8. februar.¹⁸⁸ Risikopotensialet for Stavanger ble vurdert opp mot en situasjon der kommunen mistet kontroll over smittehåndteringen og ikke lenger klarte å teste, spore, sette nærkontakter i karantene og isolere syke i tide. Konsekvensene kunne bli alvorlig sykdom, dødsfall, bortfall av tjenester og behov for omfattende nedstenging med tilhørende omfattende konsekvenser for innbyggere og næringsliv. Kommunedirektøren anbefalte videre at forbudet mot gruppeaktivitet

¹⁸⁷ Stavanger Aftenblad 17.12.2020.

¹⁸⁸ 8. februar står i sammendraget i saksframlegget, mens det står 15. februar i selve saken.

for mer enn 10 personer for voksne innen idrett- og fritidsaktiviteter ble gjeninnført. Dette forbudet ble opphevet 16. desember etter fallende smittetall. Han forventet at nabokommunene etablerte flere av de samme smittevernstiltakene som anbefalinger eller som lokal forskrift.

De tre nabokommunene valgte å avvente regjeringens nye tiltak som skulle offentliggjøres samme dag. Resultatet ble at de fire kommunene skilte lag på flere punkter. Sandnes, Sola og Randaberg åpnet for mer besøk i hjemmet og tillot fritidsaktiviteter utendørs for barn og unge. De tre kommunene vedtok forlengelse av tiltakene til 26. januar, mens i Stavanger gjaldt de til 8. februar. Noen dager senere, vedtok formannskapet i Stavanger langt på vei å samkjøre regler og anbefalinger i Stavanger med lettelsene i nabokommunene.

I saksframlegget til formannskapet i Stavanger 22. januar 2021, ble det presentert en tabell som oppsummerte likheter og forskjeller mellom Stavanger og de tre andre kommunene.¹⁸⁹ I tabellen har vi satt søkelyset på forskjellene mellom Stavanger og de andre tre kommunene.

Tabell 21. Forskjeller mellom Stavanger og Sandnes, Sola og Randaberg per 22. januar 2021.

| Tiltaksgruppe | Lokal forskrift vedtatt i Stavanger | Sandnes, Sola og Randaberg |
|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Reiser (innreise ikke listet) | Anbefaling: Unngå unødvendige reiser | Anbefaling tatt ut |
| Private hjem og sosial kontakt | Anbefaling: Unngå besøk | Anbefaling tatt ut |
| Arrangementer | Forbud: Maks 5 v/private samlinger | Forbud tatt ut |
| Servering | Skjenkeforbud | Skjenkeforbud tatt ut |
| Idrett og fritid | Maks 10 personer ute | Ingen regulering |

22. januar opphevet regjeringen det nasjonale skjenkeforbudet, mens det ble beholdt i Stavanger.¹⁹⁰ Både smitteverneverleger og kommunedirektører var enige om videreføring av dette forbudet. Tirsdag 26. januar ble det på ny uenighet i det regionale samarbeidet da ordførerne i Sandnes, Sola og Randaberg vedtok å lette på skjenkerestriksjonene. Stavanger begrunnet fortsatt skjenkeforbud med høyere smittetrykk og høyere smittepotensial på grunn av et stort antall utesteder sammenlignet med de andre kommunene. I motsetning til i Stavanger vedtok de tre andre kommunene dessuten å åpne treningssettene.

Med synkende smittetall utover i januar 2021 valgte ordførerne i de fire kommunene å oppheve den lokale forskriften. I Stavanger ble forskriften opphevet 5. februar med ett unntak, registreringsplikten ved gjennomføring av større arrangementer. Med stigende smittetall utover i mars/april 2021, ble en reimplementering av forskriften på ny satt på dagsordenen i de fire kommunene. Med gradvis gjenåpning fra regjeringens side i siste halvdel av april, valgte kommunene på Nord-Jæren å videreføre flere strenge tiltak. Selv om smittetrykket varierte i kommunene, ble fordelen med felles smitteverntiltak i bo- og arbeidsregionen mest vektlagt.

¹⁸⁹ <https://opengov.360online.com/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1795866?agendaItemId=229158>

¹⁹⁰ Stavanger formannskap vedtok i sitt møte 22. januar 2021 at kommunedirektøren løpende skulle vurdere om smittesituasjonen tillater ytterligere lettelser i smitteverntiltakene. Av hensyn til regional koordinering i smitteverntiltak delegerte formannskapet til ordføreren å fatte framtidige vedtak om endringer i forskriften etter smittevernloven § 4-1.

Med synkende smittetall ble forskriften til slutt opphevet helt. Fra 27. mai 2021 har Stavanger og de øvrige kommunene på Nord-Jæren, fulgt regjeringens gjenåpningsplan i fire trinn. Periodevis har kommunene på Nord-Jæren imidlertid innført strengere tiltak enn nasjonalt. 1. september 2021 ble for eksempel lokal forskrift tatt i bruk på ny, med påbud om bruk av munnbind. Da smittetallene falt og andelen vaksinerte økte sterkt, ble forskriften opphevet.

Erfaringer formidlet i intervjuene, viser at det regionale samarbeidet om lokal forskrift i hovedsak har vært effektivt, men også at det har vært utfordringer med å nå fram til en felles regional situasjonsforståelse og omforente smitteverntiltak. Tidspresset har vært stort, og ordførerne har stått i en krevende beslutningssituasjon hvor de både skulle ivareta hensynet til liv og helse og samtidig minimalisere byrdene for samfunn og brukere. Det har betydd en bred politisk vurdering av den lokale forskriftens konsekvenser der også smitteverntiltakenes ulemper har stått sentralt. Og dessuten vurderinger rundt viktigheten av at kommunene opptre samlet og innfører de samme smitteverntiltakene, selv om smittetrykket kunne variere fra kommune til kommune.

Etter ordførers oppfatning er det et læringspunkt fra arbeidet med lokal forskrift at man bedre burde avklart grensesnittet mellom forskriftsgruppens mandat og ordførers mandat gitt av kommunestyret, herunder håndtering av tolkningstilfeller, hvor klare tvilstilfeller gjennomgående burde vært forankret på ordførernivå. Man kunne også ved flere anledninger vært tydeligere på smitteverntiltakenes samfunnsmessige konsekvenser med tanke på f.eks. sårbare grupper, og hvordan tiltakene er blitt vurdert etter forholdsmessighetsprinsippet i smittevernloven.

Intervjumaterialet viser at det er ulike oppfatninger om disse spørsmålene. Det blir vist til at smitteverntiltakenes ulemper var en stor del av den muntlige diskusjonen i forskriftsgruppen hva gjaldt tiltakenes forholdsmessighet. Men det er også en erkjennelse av at dette i noen av saksunderlagene kunne kommet tydeligere frem. Samtidig var det begrenset i hvor stor grad det var mulig å utrede tiltakenes ulemper. På grunn av tidspresset var det tilnærmet umulig å foreta en fyllestgjørende utredning av alle konsekvensene kontakt- og mobilitetsreducerende tiltak ville få for brukere, innbyggerne, næringsliv, kulturliv, idrett, frivillige organisasjoner osv. Det blir vist til at en av måtene man kompenserte for dette var å gjennomføre jevnlig dialogmøter med en rekke ulike samfunnsaktører. Høringsinnspill fra disse ble innarbeidet i saksunderlagene fra forskriftsgruppen hvor dette var aktuelt. Bevisstheten rundt bredere, generelle smitteverntiltak kontra mer målrettede smitteverntiltak var også en viktig del av forskriftsgruppens vurderinger, som en konsekvens av kravet om forholdsmessighetsvurdering i smittevernloven.

Samarbeidsprosjekt om Interkommunalt intermediært «feltsykehus»

Kommunedirektørene i Stavanger, Sandnes, Sola og Randaberg bestilte utredning av et interkommunalt «feltsykehus» allerede i begynnelsen av april 2020. Vedtaket ble gjort i strategisk samarbeidsutvalg (SSU) med forankring i regional beredskapsplan og delavtale 11.

På beslutningstidspunktet var det stor usikkerhet om den framtidige smitteutviklingen.¹⁹¹ Både FHIs scenarier og modelleringer gjort ved SUS, indikerte først en smittetopp i juli med rundt

¹⁹¹ Allerede i mars, før oppstart av utredningsarbeidet, hadde Stavanger kommune anskaffet et større antall feltsenger som ble plassert på Forum Expo. De har siden vist seg mindre egnet til covid-19-pasienter.

4000 smittede bare i Stavanger (faktum var 1 smittet i Stavanger i juli).¹⁹² Den situasjonen ble vurdert som overkommelig mht. innleggelse på SUS. Da første prognose ikke slo til, ble det antatt at smittetoppen ville komme ca. 20 november. Da så SUS for seg en situasjon med 140 intensivpasienter der de maks selv kunne ta 90. Resten måtte kommunene klare.¹⁹³ Det ble lagt til grunn at SUS alene kunne hanskkes med R på 1,5, men at bistand ville behøves ved høyere R.

En arbeidsgruppe ble nedsatt under ledelse av Stavanger kommune, med representanter fra Sandnes, Sola, Randaberg og SUS. Arbeidsgruppen fikk i oppdrag å utrede et tilbud for alvorlig syke når sykehuset ikke hadde nok sengekapasitet. Tilbudet skulle kunne etableres innen 2 uker, gitt en situasjon med sterk økning i innleggelse på SUS og behov for å frigjøre sengekapasitet.

Arbeidsgruppen leverte rapport med anbefaling 29. mai. 2020 Det ble ikke anbefalt etablering da, men at det skulle nedsettes en arbeidsgruppe som skulle planlegge den konkrete driften når og hvis det ble behov for etablering. Anbefalt lokasjon var Forum Expo i Stavanger. Etter høring i prosjektgruppen, ønsket Sandnes mer opplysninger om hva intermediært tilbud på Expo innebar. Sandnes understreket også at det måtte stilles enda tydeligere krav til SUS, både når det gjaldt tilgang på ordinær kompetanse og spesialistkompetanse. Det ble også stilt spørsmål om det var et intermediært eller et interkommunalt tilbud som skal etableres. Intermediært tilbud er et 1 ½ linjetilbud slik rapporten foreslo.

Forprosjektrapporten ble behandlet i Strategisk samarbeidsutvalg 12 juni 2020 og det ble vedtatt å jobbe videre med et hovedprosjekt. Arbeidsgruppen skulle beskrive fysisk rigging av tiltaket, bemannings- og kompetansebehov, utstørsbehov, kostnader og kostnadsfordeling samt driftsform. Et premiss var at tiltaket skulle være mulig å etablere i løpet av maks 2 uker fra det tidspunktet det ble besluttet oppstart.

Ny rapport ble levert 8.12.2020. Det ble foreslått at tilbudet skulle etableres ved et behov for minimum 32 plasser (innslagspunktet). Hvert tun skulle bestå av 16 plasser, og utgjøre en kohort. I plantegningene var det lagt inn 8 slike tun. I tillegg ble det lagt inn 10 enerom. Til sammen skulle det kunne gi plass til 138 alvorlig syke koronapasienter.

Arbeidsgruppen anbefalte en administrativ vertskommuneavtale hjemlet i Kommunelovens § 20-1. Stavanger skulle ha den faglige, administrative og økonomiske ledelsen av tiltaket. Kostnader skal fordeles etter fastsatte regler, og personell skulle avstås fra kommunene etter folketall. Randaberg, Sandnes og Sola skulle betale vederlag til Stavanger som skulle ha driftsansvaret.

Proessen i forkant av vedtak om etablering ble også beskrevet. Lederne for helse- og velferdstjenestene i kommunene, smittevernoverlegen i Stavanger, kommunelegen i de øvrige kommunene samt en lege fra SUS skulle være rådgivende gruppe og gi anbefaling om oppstart. Alle fire kommunene skal på selvstendig grunnlag anmode om etablering, og om avvikling (konsensusprinsipp). Endelig beslutning skulle tas av kommunedirektørene i de fire kommunene.

¹⁹² <https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/8m8JAr/kan-bli-4000-smittede-i-stavanger-i-juli>.
<https://www.aftenbladet.no/lokalt/i/zGJrAK/et-verste-fall-scenario-viser-300-innleggelse-i-helse-stavanger-i-juli>.

¹⁹³ Helse og velferd i Stavanger kommune kartla i april 2020 at de kunne skaffe inntil 170 ekstra plasser ved å benytte dagsenterlokaler, fysioterapi- og aktivitetsrom på sykehjemmene.

Sluttrapport ble ferdigstilt februar/mars 2021. Tiltaket er planlagt som et permanent beredskapstiltak som forankres i en felles beredskapsplan for berørte kommuner og sykehuset og den enkelte kommunes beredskapsplaner.

10.4 VURDERINGER OG LÆRINGSPUNKT

Tilbakeblikket på den regionale dimensjonen i pandemihåndteringen, viser at Stavanger kommune har vært involvert i et omfattende regionalt samvirke. Omfanget er sannsynligvis uten sidestykke i nyere kommunehistorie på Nord-Jæren og i Sør-Rogaland. Både etablerte og nye samarbeidsstrukturer er tatt i bruk for informasjonsutveksling, koordinering og i noen tilfeller for å utvikle felles smitteverntiltak som lokal forskrift og intermediært «feltsykehus». Stavanger kommune har fra februar 2020 og gjennom hele pandemien vært en pådriver for regionalt samarbeid, og har tatt de største byrdene i forhold til ressursinnsats for å få det til.

Det medisinsk-faglige samarbeidet har fungert godt både på Nord-Jæren og i opptaksområdet for Helse Stavanger. Smittevernoverlegene har i hovedsak klart å bli enige om risikovurderinger og situasjonsforståelse og i anbefalinger om forholdsmessige smitteverntiltak. Også på andre faglig-administrative nivåer har samarbeidet som hovedregel fungert, innenfor beredskap, kommunikasjon og TISK-samarbeid om testing og luftveislegevakt for å nevne noe. I saken om interkommunalt «feltsykehus» ble det oppnådd enighet om relativt sensitive temaer som geografisk lokalisering, avgivelse av helsepersonell og kostnadsdeling ved etablering. Det har så langt ikke vært bruk for et «feltsykehus», slik at tiltaket fortsatt ikke er testet ut.

Hva som faller innenfor benevnelsen «regionalt» har variert fra sak til sak. Samarbeidet om testing og luftveislegevakt på Forum har vært mellom 3 kommuner, samarbeidet om lokal forskrift og «feltsykehus» har vært mellom 4 kommuner, mens møtene i storbynettverket og i samarbeidsforaene i opptaksområdet til Helse Stavanger har omfattet langt flere kommuner. Antallet forvaltningsnivåer har også variert, fra analysesamarbeidet avgrenset til Stavanger og det statlige helseforetaket, til flernivåmøter i fagråd 11 og i statsforvalterens kontaktmøter. I saken om smittevernutstyr har det vært samvirke kommune-statsforvalter- helseforetak, men oppbyggingen av beredskapslagre av smittevernutstyr i helseforetakene og kommunene har i liten grad vært satt inn i en regional sammenheng. Smittesporingen har i hovedsak vært kommunal.

Alt i alt har regionalt samvirke under pandemien blitt en ganske innfløkt affære. Selv om hovedinntrykket er at det i hovedsak har fungert, bør det evalueres for å undersøke om det kan forenkles og gjøres enda bedre. Her bør inngå en vurdering av hvilken rolle statsforvalter, helseforetak, fylkeskommune og en storkommune som Stavanger skal spille i et velfungerende regionalt samvirke under langvarige og alvorlige kriser som koronapandemien.

En observasjon fra eksemplene på regionalt samarbeid på Nord-Jæren, er at det har vært enklere å oppnå faglig enighet og administrativ enighet enn politisk enighet. I arbeidet med lokal forskrift, har ordførerne blitt forelagt en omforent faglig anbefaling og en innstilling basert på enighet mellom de fire kommunedirektørene. Selv om ordførerne ved de fleste anledninger har gjort vedtak i tråd med innstillingene fra kommunedirektørene, har det ved noen korsveier vært ulike oppfatninger. Disse bygger på ulike politiske vurderinger om behov for og innretning på smitteverntiltakene. Ved noen anledninger har de tre andre ordførerne vist til at smittetrykket har vært mindre i disse kommunene enn i Stavanger, og derfor forholdsmessig krevd mindre strenge tiltak. Ordføreren i Stavanger har pekt på at ulempene med fordel kunne vært bedre synliggjort i

sakene fra forskriftsgruppa. *Et læringspunkt er å tydelig avklare hva slags mandat midlertidige interkommunale faggrupper skal ha i forhold til ordførermøtets mandat.*

Vår vurdering er at gnisningene i arbeidet med lokal forskrift bunner i noe ulike strategiske tilnærminger i bekjempelsen av koronaviruset. Stavanger etablerte tidlig en strategi basert på prinsippene om moderat overreaksjon og en proaktiv føre-var-tilnærming. Resultatet er at Stavanger har vært tidlig ute med smitteverntiltak, de har gjerne vært relativt strenge, og kommunen har vært forsiktig i forbindelse med lettelse og gjenåpning.

I sum innebærer dette at Stavanger har tilstrebet en strengere og mer forebyggende proaktiv tilnærming for å kontrollere smitteutviklingen, mens strategien i de tre andre kommunene i større grad har vært en slå-ned-strategi når utbrudd har oppstått eller er i ferd med å oppstå. *Et læringspunkt som kan trekkes ut av dette, er at det er viktig å tidlig etablere en felles regional situasjonsforståelse som grunnlag for strategiske veivalg i en pandemibekjempelse.*

Selv om uenighetene om den lokale forskriften har fått mye oppmerksomhet, er det viktig å understreke at de fire kommunene på Nord-Jæren har vært enige om det meste. Det er neppe mange som så for seg at kommunene skulle klare å bli enige om svært inngripende smitteverntiltak med store konsekvenser for innbyggere, næringsliv og samfunnsliv på Nord-Jæren. Slik sett har pandemibekjempelsen tøyde grensene for hva det er mulig å samarbeide om. Det kan i den sammenheng føyes til at kommunedirektørene på Nord-Jæren allerede er i dialog om et tettere beredskapssamarbeid på Nord-Jæren.

Anbefaling:

- Vår vurdering er at det er behov for et evaluerende blick på den regionale håndteringen av koronapandemien. Eksisterende ROS-analyser og planverk reflekterer i liten grad et pandemiscenario med inngripende tiltak over lang tid. Konkret dreier det seg om avklaringer i forhold til analysesamarbeid, smittevernustyr og smittesporing. Overordnet om hvilke roller statsforvalter, helseforetak, fylkeskommune og den største kommunen i regionen skal spille i forhold til lederskap i et regionalt velfungerende samvirke.

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Lovverkets krav om smitteverntiltak i kommunene

Tabell v1: Smitteverntiltak og kommunalt ansvar fastsatt i lovverk og anbefalinger.

| Tiltak | Beskrivelse | Lov/forskrift |
|--|--|--|
| Tidlig oppdaging av smittede og rapportering | Meldingsplikt/ varslingsplikt om smittede Testing for å finne smittede Gi informasjon til grupper med økt smitterisiko Ha oversikt over omfanget av sykdommer | MSIS-forskriften, Smittevernl § 2-3 Anbefaling, § 6c i covid-19-forskrift Smittevernl §§ 7-1, 7-2 Smittevernl §§ 7-1, 7-2 |
| Raskt isolere syke | Tilgang på legemidler/ smittevernutstyr Isolering hjemme dersom det er mulig For øvrig finne sted for isolering på egnede steder | Helseberedskapsl. § 2-2 ¹⁹⁴ Smittevernl kapittel 5 Covid-19 forskriften kap. 2 |
| Smitteoppsporing | Iverksette sporing for å begrense videre smitte | Smittevernl § 3-6 |
| Karantene | Innskrenke bevegelsesfrihet i inkubasjonstiden hos mulige smittede inkludert reisende fra utlandet | Smittevernl § 4-3 Covid-19-forskriften kap. 2 |
| Kontakt-reducerende tiltak i befolkningen | Kontaktreduserende tiltak for å forsinke/slå ned smittespredningen Stenge skoler, barnehager, arrangementer, utesteder mv. og gi råd om transportmidler Innreiserestriksjoner Unngå unødvendige utenlands-/innenlandsreiser | Smittevernl § 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 Smittevernl. §§ 7-1, 7-2 |

¹⁹⁴ 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.

Vedlegg 2 - Metode og datakilder

Vi vil rette en stor takk til Stavanger kommune som har latt oss være medlytt i møtene i beredskapsledelsen, svart på forespørsler om dokumenter og for tilgang til Teamskanaler.

Prosjektet har pågått siden 1. april 2020, etter at kontrollutvalget godkjente oppstart før endelig prosjektmandat forelå. Endelig prosjektmandat ble vedtatt 20. april. Datafangsten ble avsluttet i september 2021. Gjennomføring av planen for vaksinerings inngår ikke i prosjektet.

I gjennomgangen av alle problemstillingene har vi hatt et skråblikk på hvordan Sandnes kommune og Bærum kommune har håndtert den samme krisen (egne forvaltningsrevisjoner).

Vi har i det lengste prøvd å innhente data uten å forstyrre kommunen unødige i dette arbeidet.

Dokumenter

- Planer, møtereferater, situasjonsrapporter, medieovervåking mv. som er lagt i **CIM (Crisis Information Management)**. CIM er et webbasert krisestøtteverktøy i beredskapsarbeidet og skal ivareta behovet for helhetlig krisehåndtering. Totalt var det 2300 loggføringer på CIM-Stavanger fra januar 2020 til juni 2021. Her inngår kommunale planer, situasjonsrapporter fra ulike instanser, medieovervåking, møtereferater fra interne møter i kommunen og møter eksternt (eksempelvis Fylkesmannens kontaktmøter, møter Helse Stavanger, enkelte andre regionale samarbeidsorgan ol.¹⁹⁵
- Skriftlig dokumentasjon ifm. koronahåndteringen som **ikke** er lagt inn i CIM:
 - o Tilgang til korona-teamsområdet i tjenesteområdet Helse og velferd.
 - o Bestilte dokumenter fra tjenesteområdet Oppvekst og utdanning.
 - o Bestilte dokumenter fra Beredskapsstaben.
 - o Bestilte dokumenter fra Innbygger og samfunnskontakt mht. kommunikasjonstiltak under håndtering av korona-pandemien.
 - o Saksdokumenter fortløpende til alle møtene i beredskapsledelsen, blant annet alle situasjonsrapporter og forberedte saker til vedtak/avklaring i ledelsen.
 - o Saksdokumenter i forbindelse med korona-saker til politisk behandling i formannskapet, hovedutvalg og kommunestyret, særlig om fullmakter.
 - o Tilgang til ROS-analyser, kontinuitetsplaner, covid-19-scenarier og beredskapsplaner på ulike nivåer, også regionalt, kommunens helseberedskapsplan, smittevernplan og pandemiplan, samt en rekke statlige plandokumenter og strategidokumenter.
 - o Tilgang til mer detaljerte planer for tema som smittesporing, testkapasitet mv.
 - o Tertialrapporter fra 2020 og 2021 og kommunens årsmelding for 2020.
 - o Statsforvalterens rapport 2020 om status for beredskapsarbeidet i Rogalandskommunene – «Kommunetrappa 2020».
 - o Kartlegging av oppslag om korona i Stavanger Aftenblad fra januar til mai 2020.
 - o Folkehelseinstituttets temaside om korona med tall, statistikk, rapporter <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/>
 - o Helsedirektoratets temaside om covid-19 (koronavirus) med anbefalinger og informasjonsmateriell <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus>

¹⁹⁵ To typer dokumenter er det lite av i CIM: Møter i regional smitteverngruppe (finnes på Helse Stavangers nettsider), annen møteaktivitet mellom smittevernlengene, samt møter mellom Stavanger og andre storbyer.

- Regjeringens temaside om tiltak og råd til befolkningen
<https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/id2692388/>
- Rapporter fra Barne- og familiedepartementets koordineringsgruppe, den første fra 20.04.20

Intervjuer/ samtaler¹⁹⁶

- Ordfører og tre av gruppelederne.
- Kommunedirektør, direktør Helse og velferd, direktør Oppvekst og utdanning, direktør Økonomi og organisasjon, direktør Prosjektkontoret,
- Beredskapssjef, helsesjef, kommunikasjonssjef, kommunikasjonsrådgiver, rådgivere i beredskapsstaben og i prosjektkontoret.
- Smittevernoverleger og legevaktslege, samfunnsmedisinsk fagstab.
- Leder beredskapsledelsen i Helse og velferd og leder for operativ beredskapsgruppe, samt 6 rådgivere i fagstab Helse og velferd.
- Kommunalsjefer for skole, barnehager og barn og unge i Oppvekst og utdanning
- Barnevernsleder, leder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, rektor ved Johannes Læringssenter og leder for Ungdom og fritid.
- Operativt beredskapsteam i Oppvekst og utdanning, 5 seniorrådgivere/rådgivere.
- Leder politisk sekretariat.
- Leder regional smitteverngruppe og smittevernoverlege i Sandnes kommune.
- Legevaktsjef og avdelingsleder Koronasenteret.
- Avdelingsleder og rådgiver, Smittesporingsavdelingen.
- Rektorer ved 6 skoler.
- Virksomhetsledere for 3 barnehageområder.
- Fylkesberedskapssjef/ ass. fylkesberedskapssjef.
- Smittevernoverlege Stavanger universitetssykehus.
- Beredskapssjef Stavanger universitetssykehus.
- Analysesjef Stavanger universitetssykehus.
- Fylkeslegen hos Statsforvalteren i Rogaland.

Til sammen 64 intervjuer og samtaler i Stavanger kommune.

I tillegg kommer intervjuer i Sandnes kommune som blant annet har tatt for seg det regionale smittevernsamarbeidet på Nord-Jæren: Rådmann, 3 kommunaldirektører, beredskapssjef, 12 rådgivere i Helse og Velferd, Oppvekst skole, Oppvekst barn og unge mv. Til sammen 17.

Totalt antall intervjuer i Stavanger inkludert relevante intervju i Sandnes, **totalt 80 intervjuer.**

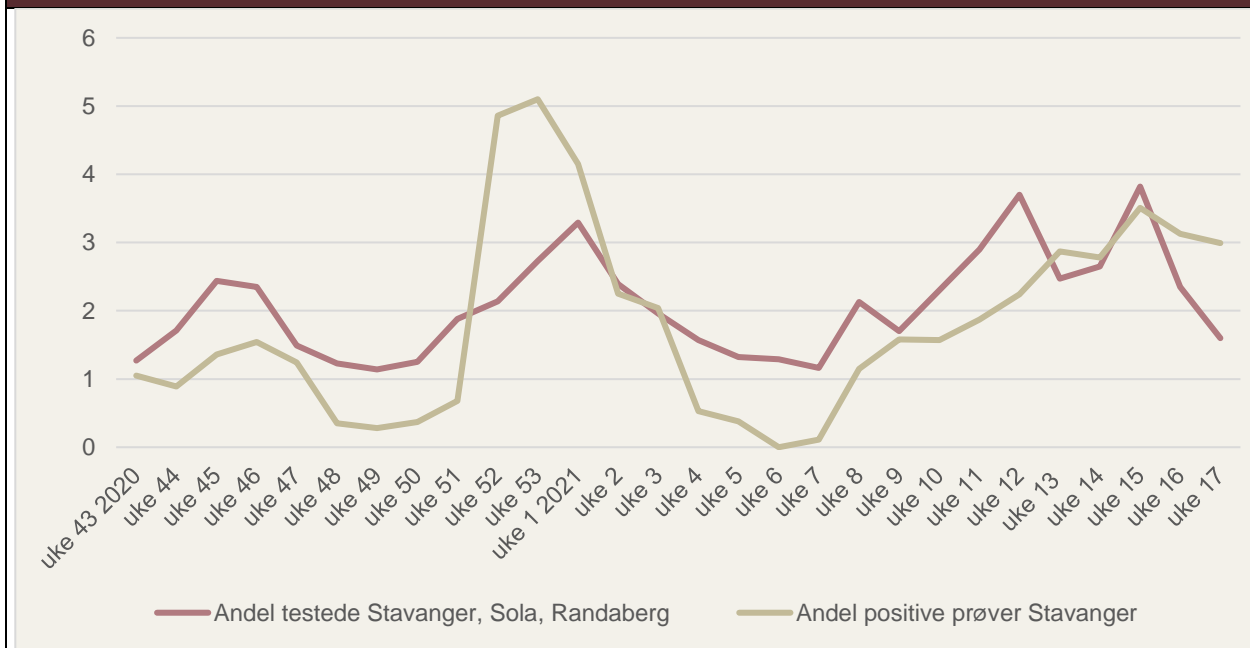
Vedlegg 3 - Testomfang og påviste smittetilfeller

Fører høy testaktivitet som prosentandel av befolkningen til høy prosentandel positive smittetilfeller, har vi en indikator på smittetrykket i befolkningen: Mye smitte fører til mye

¹⁹⁶ Vi har valgt å ta med både formelle intervjuer og samtaler vi har hatt med ledere og andre ansatte som har vært involvert i krisehåndteringen. I en del tilfeller dreier det seg om samtaler med de samme ansatte på flere tidspunkt gjennom pandemien, og det blir lite dekkende for informasjonsinnhenting om disse ikke tas med.

testing. Er omfanget av positive smittetilfeller lite, mens testaktiviteten er høy, vil høy testaktivitet kunne være et mål på bekymringen i befolkningen.

Figur v1. Andel testede og andel positive prøver (Kilde: Stavanger kommune).



Figuren indikere at det er sammenheng mellom høy testaktivitet og høy andel positive smittetilfeller. Medfører det riktighet, vil det være en indikasjon på at testingen faktisk har vært målrettet – det vil si fått de syke til teststasjonene – og at omfanget av testing faktisk reflekterer svingninger i smittetrykket i befolkningen. En svakhet i denne sammenheng, er at prosentandel testede av befolkningen er tall for tre kommuner, mens prosentandel positive smittetilfeller av totalt antall tester gjelder for Stavanger. Stavanger blir i kraft av sin størrelse likevel dominerende også i kategorien andel testede i Stavanger, Sola og Randaberg.