

---

Krisehåndtering og lærdommer i forbindelse med koronautbruddet

# Koronautbruddet - Fullversjon

Sandnes kommune, 2021



# INNHold

Sammendrag .....	6
1.1 Formål og problemstilling .....	6
1.2 Bakgrunn .....	6
1.3 Hovedfunn .....	7
1.4 TISK .....	8
1.5 Bemanning.....	8
1.6 Regionalt samarbeid .....	8
1.7 Barn og unge i en sårbar livssituasjon.....	9
1.8 Krisehåndteringens grunnleggende dilemma .....	9
1.9 Anbefalinger .....	10
Kommunedirektørens kommentar .....	12
2 Innledning .....	14
2.1 Bakgrunn for prosjektet.....	14
2.2 En krypende eller snikende krise .....	16
2.3 Faser i en krise.....	16
2.4 Avgrensning, kriterier og metode.....	19
3 Smitteutvikling og smittetrykk.....	20
3.1 Innledning .....	20
3.2 Smitteutvikling .....	20
4 Forberedelser .....	23
4.1 Revisjonskriterier .....	23
4.2 Forberedelsesfasen vinteren 2020 .....	23
4.3 Varsel om krise og lokal respons .....	24
4.4 Planverk .....	26
5 Smittevernsutstyr .....	33
5.1 Revisjonskriterier .....	33

5.2	Bakgrunn og vurderingsgrunnlag.....	33
5.3	Smittevernutstyr i pandemiplanen.....	34
5.4	Mangel på smittevernutstyr i starten.....	34
5.5	....men det tok seg kraftig opp etter hvert.....	36
5.6	Opplæring i smittevernutstyr.....	41
5.7	Vurdering.....	41
6	Overordnet organisering.....	43
6.1	Innledning og revisjonskriterier .....	43
6.2	Lokal smitteverngruppe.....	44
6.3	Beredskapsledelsen .....	44
6.4	En preventiv eller en reaktiv tilnærming? .....	46
6.5	Organisering innen helse og velferd.....	47
6.6	Organiseringen innen Oppvekst .....	47
6.7	Korte beslutningsveier – godt samarbeid .....	49
6.8	Bruk av CIM som krisestøtteverktøy .....	49
6.9	Oppsummering .....	51
7	Tiltak innen Helse og velferd .....	51
7.1	Innledning.....	51
7.2	Føringer for testing og smittesporing .....	53
7.3	Organisering av testing.....	54
7.4	Kapasitet .....	55
7.5	Testing .....	55
7.6	Kjappe testsvar fra sykehuset.....	57
7.7	Samarbeid .....	58
7.8	Suksessfaktorer.....	58
7.9	administrative oppgaver håndtert av kjernepersonell .....	58
7.10	Smittesporing .....	60
8	Bemanningskontoret.....	74

8.1 Innledning.....	74
8.2 Starten.....	74
8.3 Bemanningskontoret våren 2020.....	74
8.4 En rekke positive erfaringer .....	75
8.5 De største utfordringene .....	75
8.6 Bemanningskontoret høsten 2020/våren 2021 .....	76
8.7 Vurdering.....	77
9 Tiltak for å ivareta sårbare barn og unge .....	78
9.1 Innledning.....	78
9.2 Føringer for barnehager og skoler under nedstengning og gjenåpning .....	78
9.3 Tyngdepunktet for oppmerksomheten .....	81
9.4 Barn i barnehagen under nedstengningen .....	82
9.5 Elever på skolen under nedstengningen .....	84
9.6 Informasjon og samarbeid .....	88
9.7 Helsestasjonstjenester.....	90
9.8 Barneverntjenesten .....	91
9.9 Fritid, barn og ungdom.....	95
9.10 Vurdering .....	97
10 Eksternt samarbeid.....	99
10.1 Innledning .....	99
10.2 Regionalt samarbeid under koronahåndteringen .....	100
10.3 Geografisk nedslagsfelt for samarbeidet.....	101
10.4 Forskriftsgruppen og feltsykehus.....	103
10.5 Vurdering .....	107
11 Var skolene forberedt på en digital undervisning? .....	108
11.1 Innledning .....	108
11.2 Funn.....	108

11.3	Oppsummering .....	109
12	Vedlegg .....	110
12.1	Metode.....	110

# SAMMENDRAG

## 1.1 FORMÅL OG PROBLEMSTILLING

---

### Bestilling:

Kontrollutvalget i Sandnes kommune bestiller en forvaltningsrevisjon av «Kommunens håndtering av korona-epidemien».

### Formål:

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

### Problemstillinger:

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

## 1.2 BAKGRUNN

---

Formålet med dette prosjektet har vært å evaluere kommunens håndtering av koronautbruddet med sikte på å identifisere læringspunkter. Parallelt har vi gjennomført tilsvarende evalueringer i Stavanger, Strand og Gjesdal kommune. Perioden vi har sett på er fra januar 2020 frem til

mars/april 2021. Den 22. april var det registrert 757 smittede og tre koronarelaterte dødsfall i Sandnes.

Prosjektet har vært svært spennende, men også uvanlig krevende – av flere årsaker. Tematikken har vært bred og omfattende, det har vært usikkert når koronasituasjonen er over og prosjektet bør avsluttes, «kartet» har endret seg hele tiden (nasjonale, regionale, kommunale føringer), og «terrenget» har endret seg underveis (både smitteutviklingen og kommunens respons).

Dette har skapt en del faglige og metodologiske utfordringer, som vi har forsøkt å løse etter beste evne.

Resultatet er en meget omfattende rapport – så omfattende at vi også har valgt å utarbeide en egen kortversjon, som består av sammendraget, figurer, pluss litt til. Hensikten er å nå et bredest mulig publikum sånn at leseren raskt kan få tilgang til hovedfunnene, og deretter fordype seg etter eget ønske.

### 1.3 HOVEDFUNN

---

- Sandnes hadde ved utgangen av mars 2021 lavest smitte av alle de ti storbyene gjennom hele koronaperioden.
- Kommunen har håndtert koronasituasjonen på en god måte, til tross for at en ikke så for seg en krise av et slikt omfang eller en slik varighet i beredskaps- og helseplanene.
- Kommunen og beredskapsledelsen har vist handlekraft ved å være raskt ute med å forberede håndteringen av pandemien, og har fortløpende håndtert endringene i smittesituasjonen
- Håndteringen av koronasituasjonen har ført til et ustrakt internt samarbeid og en omfattende koordinering mellom direktørområdene, og mellom rådmannsnivået og virksomhetene. Det ser ut til at det interne samarbeidet har blitt styrket under pandemien.
- Gjennomgangen tyder på at god kriseforståelse, tydelig organisering og ansvarsdeling, korte beslutningsveier, erfarne og tilgjengelige kommuneleger, nærhet mellom fagstaber og tillit i organisasjonen, har vært avgjørende for en vellykket koronahåndtering.
- Mange ansatte har blomstret under koronahåndteringen, og har vist stor innsatsvilje, kreativitet og improvisasjonsevne. Samtidig er det liten tvil om at flere nå er slitne etter godt over et år med pandemihåndtering og smitteverntiltak.
- Det har vært et tett og godt regionalt samarbeid i forbindelse med koronahåndteringen. Samarbeidet har styrket den samlede krisehåndteringen, selv om kommunene i enkelte tilfeller ikke klarte å komme frem til enighet. Det regionale samarbeidets omfang er sannsynligvis uten sidestykke i nyere kommunehistorie i Sør-Rogaland.
- Sandnes hadde et svært begrenset lager for smittevernutstyr i starten av pandemien. Etter noen uker fikk kommunen kontroll på situasjonen, primært gjennom egne anskaffelser. Den statlige anskaffelsesordningen har vært en meget begrenset suksess.
- Vi finner enkelte mangler i planverket. Sandnes har ingen plan for helsemessig og sosial beredskap, og pandemiplanen er lite konkret mht. testing, smittesporing, isolasjon og karantene.
- Kommunen har klart å ivareta de sårbare barna på en relativt god måte, og en ivaretagelse av disse barna har hatt høy prioritet gjennom hele perioden. Men alle de inngripende smitteverntiltakene skaper nye sårbarheter, ensomhet og utenforskap. Det er ikke rimelig

å forvente at kommunene fullt ut skal kunne demme opp for de sosiale og psykologiske skadene restriksjonene skaper. Derfor er det viktig for kommunen å følge konsekvensene for brukerne over tid for å avdekke langtidsvirkningene.

## 1.4 TISK

---

Gjennomgangen tyder på at kommunens TISK-arbeid (testing, smittesporing, isolasjon og karantene) har vært en stor suksess og et viktig bidrag for å holde smitten nede og dempe presset på sykehuset. Kommunen har bygget opp en meget god test- og smittesporingskapasitet.

Men både for den interkommunale Luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp og smittesporingsteamet tok det cirka et halvt år før organisasjonene satte seg. Organiseringen av smittesporingen var spesielt sårbar det første halvåret etter nedstengningen. Etter vår vurdering kunne kommunen fått problemer med å håndtere en rask smitteoppblomstring i denne perioden.

Både Luftveislegevakten på Klepp og smittesporingsteamet savnet mer administrativ støtte og hjelp i forbindelse med oppbyggingen av enhetene.

Samtidig er det slik at begge disse enhetene har hatt stort handlingsrom til å bygge opp organisasjonene med utgangspunkt i egne faglige vurderinger og behov. Kombinert med den akutte krisen landet og kommunene har stått ovenfor, ser det ut til at dette har utløst en dugnadsånd, kreativitet og arbeidsinnsats som har vært avgjørende for det positive resultatet.

Mens luftveislegevakten og testingen er et interkommunalt samarbeid, er smittesporing håndtert av kommunene alene. Slik har det vært i alle våre undersøkte kommuner, dvs. Stavanger, Sandnes, Strand og Gjesdal. Kommunene bør vurdere om det kan være aktuelt med et formelt interkommunalt samarbeid også innenfor smittesporingen.

Kommunene har ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner faktisk er i karantene og isolasjon. Frem til april 2021 ble ikke dette praktisert i Sandnes, med unntak av et knippe enkelttilfeller. Fra april 2021 har Sandnes og elleve andre kommuner i Sør-Rogaland etablert et samarbeid i regi av Rogaland brann- og redning IKS om tilsyn ved reisekarantene.

## 1.5 BEMANNING

---

Etter vår vurdering har kommunen gjennom opprettelsen av bemanningskontoret funnet en god måte å omdisponere personell på, i en langvarig krisesituasjon. Bemanningskontoret er også en fleksibel konstruksjon, som tilpasser seg behovet for omdisponering av personell ifm. koronahåndteringen. Bemanningskontoret er absolutt noe kommunen bør vurdere å ha som et mer permanent beredskapstiltak. Det samme gjelder smittesporingsteamet, Luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp, tilstrekkelige utstyrslagre og feltsykehuset.

## 1.6 REGIONALT SAMARBEID

---

Det har vært et ustrakt regionalt samarbeid mellom kommunene og mellom kommunene og sykehuset. Dette har bidratt til å styrke den samlede krisehåndteringen og til å skape en mer ensartet krisehåndteringspraksis i regionen. Både på helse- og velferdsfeltet og på oppvekstfeltet har det vært et betydelig samarbeid, som har styrket håndteringen av koronasituasjonen.



## 1.7 BARN OG UNGE I EN SÅRBAR LIVSSITUASJON

---

Håndteringen av en krise innenfor et fagfelt kan utløse en mulig krise innenfor et annet. Håndteringen av koronapandemien innebar tidvis nedstengning og tidvis reduksjon av kommunens tilbud rettet mot barn og unge.

Hovedinntrykket vårt er at Sandnes kommune har ivaretatt barn i en sårbar livssituasjon på en relativt god måte, og at en god ivaretagelse av disse barna har vært en tydelig prioritering gjennom hele perioden. Det er flere indikasjoner på dette. Et eksempel er at Sandnes er den av alle våre utvalgte kommuner der flest barn i sårbare livssituasjoner har mottatt et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen.

På den negative siden er 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 Sandnes betydelig over landssnittet. Og det er små- og mellomskoletrinnet som har hatt den sterkeste reduksjonen, mens ungdomsskoletrinnet nesten er uberørt. Dette harmonerer dårlig med punktet i opplæringsloven om tidlig innsats, selv om det kan være smittevernrelaterte forhold som kan forklare dette.

Antallet bekymringsmeldinger til barnevernet i Sandnes er redusert i 2020, sammenlignet med de to foregående årene. Totalt sett mottar barnevernet i Sandnes likevel en høy andel bekymringsmeldinger. Etter vår vurdering er ikke nedgangen dramatisk, og kan skyldes tilfeldige variasjoner. Likevel bør barnevernet være oppmerksomme på den videre utviklingen fremover, ikke minst fordi det er skolene som er blant de som har hatt den sterkeste reduksjonen.

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

## 1.8 KRISEHÅNTERINGENS GRUNNLEGGENDE DILEMMA

---

Helt til slutt ønsker vi å løfte frem det store og grunnleggende dilemmaet som har gjennomsyret den lokale og nasjonale krisehåndteringen gjennom hele pandemien: Skal man velge en preventiv eller reaktiv strategi for å håndtere smitten?

En preventiv strategi handler om å slå ned utbruddet gjennom et «føre-var-prinsipp». Det er et spørsmål om å holde nede smitteutviklingen ved forebyggende tiltak for på den måten å beholde kontrollen. En preventiv strategi vil kunne bidra til et lavt smittetrykk over tid, men dens suksess vil fort kunne bli dens fiende: Et vedvarende lavt smittetrykk over tid vil svekke strategiens legitimitet i befolkningen (og støtte i lovverket). Folk vil gradvis miste tilliten til tiltakene fordi byrdene de påfører innbyggerne er konkrete og følbare, mens nytten er diffus: Er det tiltakene som virker eller er det andre grunner til at det ikke er smitte i kommunen?

Det er lettere å oppnå legitimitet med en reaktiv strategi. Smitten øker, og kommunen setter inn tiltak for å bremse eller slå ned smitten. Tiltakenes gevinst for liv og helse er tydelig for de aller fleste, noe som bidrar til å skape tillit og legitimitet i befolkningen (selv om byrdene kan være store). Ulempen med en reaktiv strategi er at tiltakene settes inn når smitten er på vei opp, og da

kan det ta lang tid å få kontroll på smitten. Krisehåndteringen kan i et slikt perspektiv betraktes som en dans med «smittebølgene»

Dette dilemmaet har kommet til uttrykk flere steder, blant annet i møtene i beredskapsledelsen, der man har forsøkt å balansere beslutningene mellom disse to krisehåndteringsstrategiene.

Et lokalt eksempel på dette dilemmaet er opphevelsen av den lokale smittevernforskriften i midten av desember 2020. Administrasjonen og smitteverneverlegene anbefalte en videreføring av forskriften til midten av januar 2021, selv om smitten var lav og fallende. Intensjonen var å bruke forskriften forebyggende og dempe en mulig smittevekst i julen.

De fire ordførerne valgte å oppheve den lokale forskriften, noe som virket logisk og forholdsmessig ut fra at det var relativt lite smitte i regionen på dette tidspunktet. Byrden med å forlenge forskriften ble vurdert som større enn gevinsten. Men en drøy uke senere fikk vi det som skulle bli det største smitteutbruddet i regionen. I romjulen ble det derfor satt inn en rekke tiltak og like over nyttår gikk skolene over på rødt nivå.

Sett i ettertid, i etterpåklokskapens lys, burde nok forskriften blitt forlenget. Men der og da, når beslutningen ble tatt, var det ikke lett å vite. Det var ikke åpenbart at en forlengelse av forskriften var rett vei å gå: Usikre forebyggende gevinster i en situasjon med lite smitte stod opp imot klare byrder for innbyggerne, som så fram til ferie og høytid og et pusterom fra koronaen.

Saken om den lokale forskriften er illustrerende for det konstante beslutningsdilemmaet beredskapsledelse og folkevalgte har stått i under pandemien. Og det hører med til historien at også denne smittetoppen ble effektivt slått ned utpå vinteren 2021.

## 1.9 ANBEFALINGER

---

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

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

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

### **Langsiktige læringspunkter/anbefalinger. Kommunen bør**

- være mer konkrete mht. gjennomføringen av TISK-virkemidlene i neste pandemiplan.
  - En kan tenke seg en pandemiplan med to hovedspor – det ene er en handlings- eller tiltaksplan for pandemihåndtering når vaksine mangler, det andre er en plan for pandemihåndtering når vaksine foreligger.
  - Bemanningskontoret, utstyrslagre og «feltsykehuset» bør også gjøres om til permanente beredskapstiltak. Med dette mener vi naturligvis ikke at disse skal

eksistere som egne enheter i «fredstid», men at det bør være en plan for rigging av disse i planverket.

- vurdere om det også er aktuelt med et regionalt samarbeid rundt helse- og pandemiplanleggingen – enten at man utarbeider en regional plan – eller at man etablerer en regional mal som er utgangspunkt for de kommunale planene.
- være raskere til å vurdere behovet for administrativ støtte for de som er kjernetroppene i håndteringen av en pandemi/krise, slik at disse i størst mulig grad kan konsentrere seg om de faglige oppgavene.
- å få på plass en plan for helsemessig og sosial beredskap, i tråd med lovkravet. Kommunen bør samtidig vurdere om det lar seg gjøre å få til en bedre samkjøring av helseberedskapsplanene og beredskapsplanen.
- vurdere muligheten for et regionalt eller interkommunalt lager av smittevernutstyr, sammen med nabokommuner og SUS (forutsatt at dette ikke blir et statlig ansvar).
  - En kan eksempelvis tenke seg en løsning der det mest avanserte utstyret befinner seg på regionale lagre, via Helse Stavanger, mens det mindre avanserte utstyret er kommunenes ansvar.
- vurdere om smittesporingen bør være en interkommunal løsning i fremtiden eller om man er best tjent med at den enkelte kommune gjør dette i egen regi. Det er gode argumenter både for og imot, men vi tror det er viktig at dette blir vurdert grundig.
- Vurdere å inkorporere i ROS-analysen hvordan håndteringen av en krise på et område kan skape en ny krise/sårbarhet på et annet.

#### **Læringspunkter Sandnes kan ta tak i ganske fort. Vi anbefaler kommunen**

- Å holde antallet elever som mister spesialundervisningen på et minimum, og rette en særskilt oppmerksomhet mot små- og mellomskoletrinnet.
- Følge utviklingen nøye i ulike tjenester for å vurdere koronaens langsiktige konsekvenser for brukere og ansatte over tid

# KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Kommunedirektøren vil innledningsvis gi honnør til revisjonen for en grundig og nyttig rapport. Gjennom året vi har lagt bak oss er det opparbeidet mye kunnskap og erfaring om smitteberedskap og smittevernarbeid, og det er viktig at denne kunnskapen bearbeides, dokumenteres og innarbeides i kommunens kollektive beredskapshukommelse. Revisjonsrapporten vil utgjøre et viktig bidrag til dette arbeidet.

Hovedfunnene i rapporten samsvarer godt med vår egen opplevelse av krisehåndteringen i Sandnes kommune. Vi kom raskt i gang med å forberede håndteringen av pandemien, og har fortløpende håndtert endringene i smittesituasjonen gjennom god kriseforståelse, tydelig organisering og ansvarsdeling, korte beslutningsveier og stor innsats i alle deler av organisasjonen. Vi deler også revisjonens vurdering om at det regionale samarbeidet har fungert godt, og gitt styrke til regionens samlede håndtering av pandemien.

Rapporten gir konkrete anbefalinger til læringspunkter, og Kommunedirektøren vil i det følgende kommentere disse anbefalingene:

## Læringspunkter knyttet til planlegging:

- Være mer konkrete mht. gjennomføringen av TISK-virkemidlene i neste pandemiplan.
- Vurdere om det også er aktuelt med et regionalt samarbeid rundt helse- og pandemiplanleggingen.
- Få på plass en plan for helsemessig og sosial beredskap, i tråd med lovkravet. Kommunen bør samtidig vurdere om det lar seg gjøre å få til en bedre samkjøring av helseberedskapsplanene og den overordnede beredskapsplanen.
- Vurdere å inkorporere hvordan helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse og håndteringen av en krise på et område kan skape en ny krise/sårbarhet på et annet.

Kommunedirektørens kommentar:

Det skal vurderes hvordan kommunens beredskapsplanverk for pandemier kan utbedres for bedre å legge til rette for samarbeid på tvers av kommuner. Samtidig sette søkelys på å innarbeide det regionale perspektivet i lokale planer enn å lage selvstendige regionale planer.

## Læringspunkter knyttet til administrativ organisering:

- Være raskere til å vurdere behovet for administrativ støtte for de som er kjernetroppene i håndteringen av en pandemi/krise, slik at disse i størst mulig grad kan konsentrere seg om de faglige oppgavene.
- I normal drift øve beredskapsledelsen på første del av en alvorlig hendelse uavhengig av varighet og potensiale. Gjøre de ulike aktørene trygge i rollen de skal ivareta.

Kommunedirektøren deler revisjonens vurdering av at fagpersonell fikk mye administrative oppgaver 3 i en oppbyggingsfase, men dette er langt på veg en konsekvens av vår samlede organisasjonsstruktur, som er basert på tillit og utstrakt delegasjon av ansvar og myndighet. Vi fokuserte på å gi bistand på IT-system siden for å fjerne mest mulig av unødvendige

administrative arbeidsoppgaver. Som eksempel var vi blant de første kommunene til å få på plass selvbetjeningsløsninger for testbestilling – en løsning som var særlig viktig for å redusere administrative oppgaver.

### **Læringspunkter knyttet til interkommunalt samarbeid**

- Vurdere muligheten for et regionalt eller interkommunalt lager av smittevernutstyr, sammen med nabokommuner og SUS (forutsatt at dette ikke blir et statlig ansvar).
- Vurdere om smittesporingen bør være en interkommunal løsning i fremtiden eller om man er best tjent med at den enkelte kommune gjør dette i egen regi.

Sandnes kommune har opplevd at nærhet til innbyggere og kommunens tjenester er en stor fordel for å få effektivitet og oversikt i smittesporingsarbeidet. Det har også gjort det enkelt å skalere opp og ned kapasitet på relativt kort varsel, alt etter det samlede smittebilde. Tett kontakt mellom de ulike kommunale smittesporingsteamene i regionene Nord-Jæren og Jæren betyr mye for å danne seg en oversikt over smitteomfang og se sammenhenger. Vår opplevelse er at dette samarbeidet har fungert godt, og er tilstrekkelig for å ivareta behovet for regional samhandling.

Spørsmål om beredskapslager må drøftes videre når vi har tilstrekkelig klarhet i hvilken rolle staten vil ta i dette.

### **Læringspunkter Sandnes kan ta tak i ganske fort:**

- Å holde antallet elever som mister spesialundervisningen på et minimum, og rette en særskilt oppmerksomhet mot små- og mellomskoletrinnet.

Tjenesteområde for Oppvekst opplever at de har lært mye underveis i pandemien, det ble etablert en arbeidsgruppe som så område på tvers med hensyn til system -og individnivå. Livssituasjonen til sårbare grupper ble fortløpende kartlagt og funnet løsninger til. Som læringspunkt vil forståelse av beredskap i forhold til pandemier være et viktig læringspunkt.

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

Støtteområde Organisasjon vil etablere en arbeidsgruppe som blant annet vil se nærmere på bruk av hjemmekontor for de ansatte som har benyttet seg av det, en gjenåpningsplan utarbeides for å lede kommuneorganisasjonen tilbake til en «normal» arbeidshverdag. For direktører og 4 virksomhetsledere blir det en oppgave å følge med på eventuelle langtidsvirkninger overfor brukere av tjenester og ansatte i ettertiden. Vi må være forberedt på de psykososiale følgene og belastningene pandemien har bidratt til. Til avslutning vil kommunedirektøren takke for en god gjennomgang, med flere læringspunkter både beredskapsledelsen og kommuneorganisasjonen tar med seg i det videre beredskapsarbeidet.

# 2 INNLEDNING

## 2.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

---

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

Samme dag presenterte regjeringa en rekke tiltak for å hindre smittespredning i Norge. Statsminister Erna Solberg beskrev tiltakene som «*de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid*».<sup>1</sup> Nedstengingen omfattet stenging av barnehager og skoler, forbud mot kultur- og idrettsarrangement, stenging av en rekke virksomheter, innføring av karantene ved innreise til Norge og forbud mot utenlandsreiser for helsepersonell som arbeider med pasientbehandling. I tida som fulgte ble det òg innført strengere grensekontroll og bortvising av utlendinger uten oppholdstillatelse, og forbud mot opphold på hytter utenom egen bokommune.

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

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

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

I løpet av august utviklet smittesituasjonen seg fra å være stabil til å øke. For å beholde kontrollen trakk staten på bremsen for videre gjenåpning. Cruisetrafikken ble ytterligere strammet inn, og nasjonal skjenkestopp ble 7. august innført klokken 2400. Samtidig med innstramninger fortsatte regjeringen med lettelser. Fra 12. oktober åpnet regjeringen for gjenåpning av breddeidretten for voksne og opphevd skjenkestoppen ved midnatt, og det ble tillatt med inntil 600 personer til

---

<sup>1</sup> 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.

stede samtidig på utendørsarrangementer, fordelt på grupper på inntil 200 personer. I kommuner med høyt smittetrykk åpnet staten opp for lokale restriktive tiltak ved smitteutbrudd.

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

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

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

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

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

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

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

Andelen smittede gikk kraftig opp i romjulen, og regjeringen forsterket smitteverntiltakene i begynnelsen av januar. Regjeringen anbefalte folk å unngå å ha gjester hjemme, og vente to uker med private besøk. Aleneboende kunne ha besøk eller gå på besøk med en til to faste venner eller til en fast husstand, og alle organiserte fritidsaktiviteter, idrettsaktiviteter kulturarrangementer og livssynssamlinger innendørs, ble anbefalt utsatt, til etter 19. januar. Den 3. januar gikk regjeringen over til rødt nivå for alle landets ungdomsskoler og videregående skoler. På Nord-Jæren valgte man også rødt nivå for alle barneskolene.

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

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

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

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

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

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

## 2.2 EN KRYPENDE ELLER SNIKENDE KRISE

---

Koronapandemien kan beskrives som en *krypende eller snikende krise*. Den begynner langsomt og brenner langsomt ut. Den kan ta ulike og uventede forløp der det er store utfordringer knyttet til timing og valg av ulike tiltak mot krisen.<sup>2</sup> Smittespredningen kan gå i bølger, og skape utfordringer for krisehåndteringen.

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

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

## 2.3 FASER I EN KRISE

---

En krise kan deles inn i en *førkrisefase*, en *akutt krisefase* og en *etterkrisefase* (Engen mfl. 2016; Kruke 2010; Olson 2000). Disse kan henge nært sammen, eksempelvis ved at det som gjøres av

---

<sup>2</sup> Kilde: Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Lægred i Stat og styring 2:2020.



forberedelser i en førkrisefase har betydning for gjennomføring av krisehåndteringsfasen. Håndteringen vil for sin del har betydning for læring i etterkrisefasen.

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

Figur 1: Faser i forbindelse med koronapandemien.

Førfase – Forberedelser		Krisehåndtering – respons på pandemien		Etterkrisefase – normalisering
Kriseerkjennelse  Forberedelser: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planverk (helse og beredskap)</li> <li>- Beredskap smittevern-utstyr/legemidler</li> <li>- Organisering og samhandling</li> </ul>	➔	Krisehåndtering i faser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedstenging mars-april 2020</li> <li>• Gradvis gjenåpning mai-tidlig høst</li> <li>• Innstramning oktober-november</li> <li>• Gradvis gjenåpning på nytt senhøstes</li> <li>• Innstramning og lokal nedstengning ved årsskiftet 2020/2021 og våren 2021. Muterte virus</li> <li>• Ny nasjonal innstramning mars 2021</li> </ul>	➔	Vaksinerings og normalisering  Evaluering og læring av erfaringer

Læringspunkter til håndtering av neste pandemi

### 2.3.1 KRISEERKJENNELSE OG FORBEREDELSE

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

**Både Verdens helseorganisasjon (WHO) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utpekt pandemier som de mest sannsynlige truslene mot folkehelsen.<sup>3</sup> Til tross for dette var ikke nasjonale myndigheter forberedt da pandemien kom<sup>4</sup>.**

### 2.3.2 KRISEHÅNTERING

<sup>3</sup> Jf. blant annet DSB (2019): Alvorlige hendelser som kan ramme Norge.

<sup>4</sup> *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Rapport fra Koronakommisjonen, NOU 2021:6.

Krisehåndtering er summen av aktiviteter som er rettet mot å minimalisere konsekvensene av en krise, og den setter ansvarlige aktører i en vanskelig situasjon<sup>5</sup>. Det er utfordringer knyttet til å håndtere usikkerhet, å skaffe nødvendig kapasitet, å organisere en respons og å kommunisere med innbyggerne.

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

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

**Krisehåndtering er ofte mest vellykket når den er i stand til å kombinere demokratisk legitimitet med statlig styringskapasitet.** Styringslegitimiteten dreier seg om hvordan en sikrer seg legitimitet og tillit i befolkningen mht. de tiltakene som iverksettes for å håndtere krisen. Styringskapasiteten dreier seg om hvordan man skal organisere en god forvaltning som har kapasitet og kompetanse til å håndtere krisen. Et velfungerende demokrati trenger både et velfungerende forvaltningsapparat, men også tilstrekkelig tillit og legitimitet.

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

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

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

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

---

<sup>5</sup> Kilde: Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Lægred i Stat og styring 2:2020.

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

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

### 2.3.3 ETTERKRISEFASE OG LÆRING

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

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

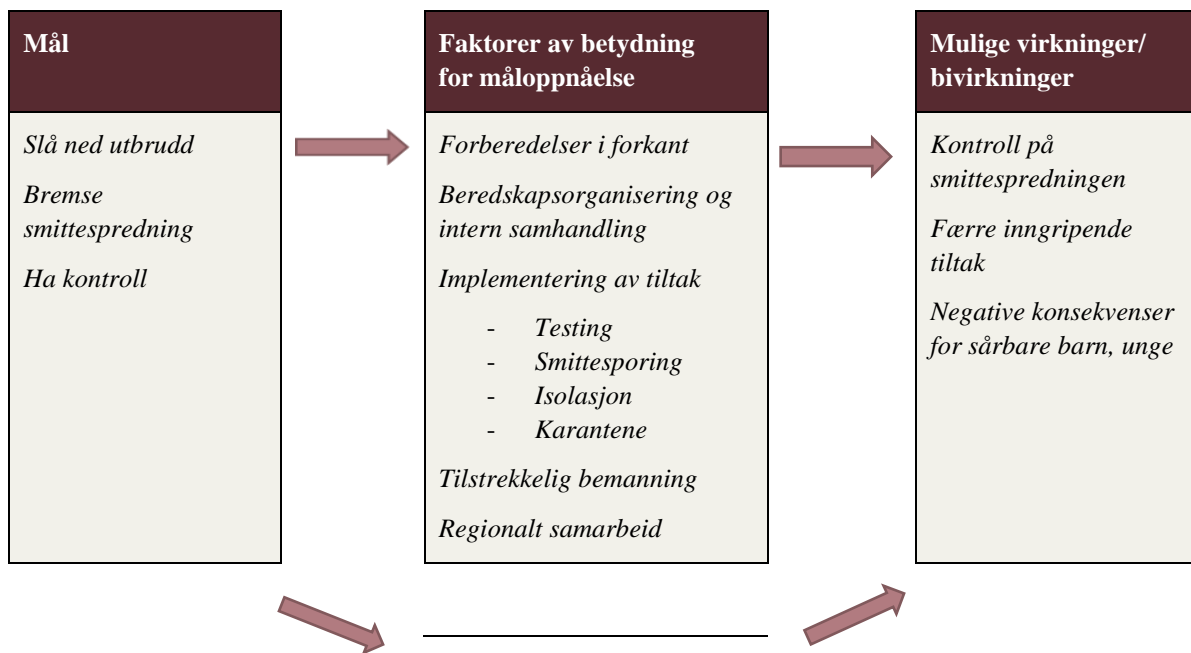
Et stykke på vei går det dermed an å forberede seg bedre på neste krise, slik at kvaliteten og effektiviteten i krisehåndteringen blir enda bedre. Det forutsetter innarbeiding av relevante justeringer i planverk og organisasjonsplaner og i opplærings-/øvelsesplaner.

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

## 2.4 AVGRENSNING, KRITERIER OG METODE

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

Figur 1: Forholdet mellom mål, tiltak/påvirkningsfaktorer og virkninger av krisehåndteringen



*Andre påvirkningsfaktorer  
(andre kommunale tiltak,  
statlig grensekontroll,  
boforhold, bruk av  
kollektivtransport*

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

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

Det som har vært spesielt med dette prosjektet er at «kartet» har endret seg hele tiden, dvs. at det har kommet nye føringer i et veldig høyt tempo, både nasjonale, regionale, kommunale og innenfor den enkelte virksomhet. To eksempler (på ulike nivå):

- Regjeringen hadde endret koronaforskriften 73 ganger i tidsrommet 30.03.20 og 19.01.21, dvs. i snitt hver 4,3 dag<sup>7</sup>.
- Helsestasjonstjenesten i Sandnes gjennomførte ni ROS-analyser i løpet av ett år.

Metodekapittelet finnes i [vedlegget](#) og organiseringen av rapporten finnes [her](#).

## 3 SMITTEUTVIKLING OG SMITTETRYKK

### 3.1 INNLEDNING

---

Frem til mai 2020 hadde regjeringen en strategi som gikk ut på å slå ned eller undertrykke smitten innledningsvis gjennom inngrepene tiltak for å reversere smitteveksten. Fra mai og utover var regjeringens strategi å håndtere covid-19-pandemien på en slik måte at man til enhver tid hadde kontroll på smittespredningen, slik at smitten var håndterbar og ikke overskred kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten og kommunehelsetjenesten, herunder TISK-kapasiteten<sup>8</sup>.

### 3.2 SMITTEUTVIKLING

---

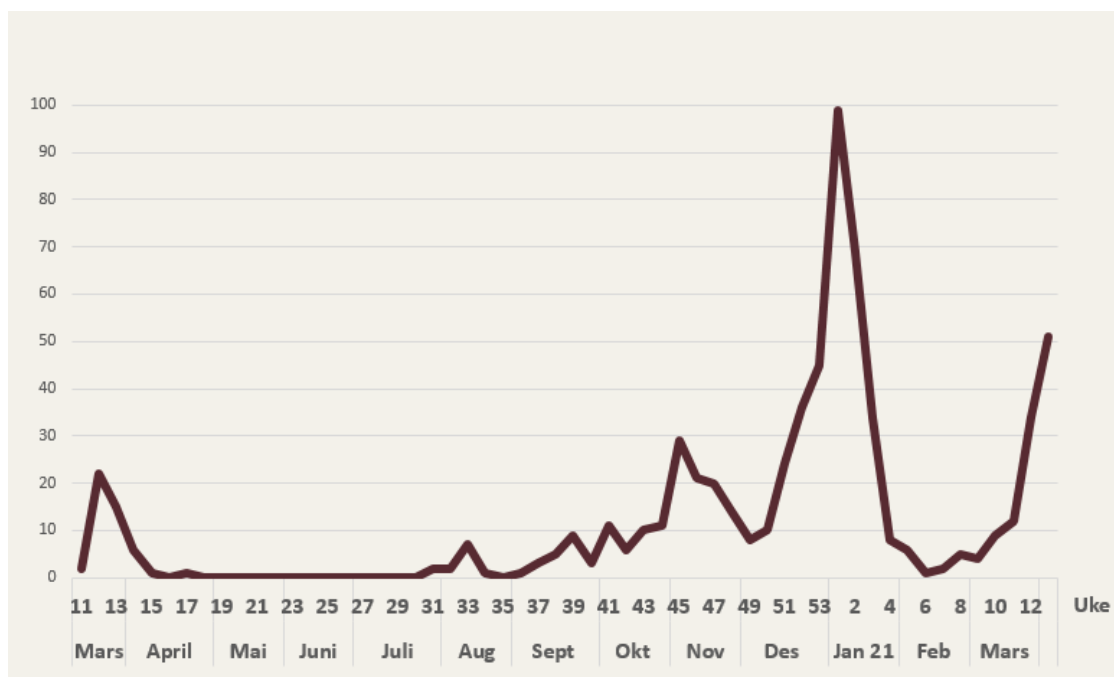
I denne delen ser vi litt på hvordan smitteutviklingen i Sandnes har vært fra utbruddet startet og frem til 31. mars 2021.

---

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

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

Figur 1 Registrert smittede per uke<sup>9</sup>



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

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

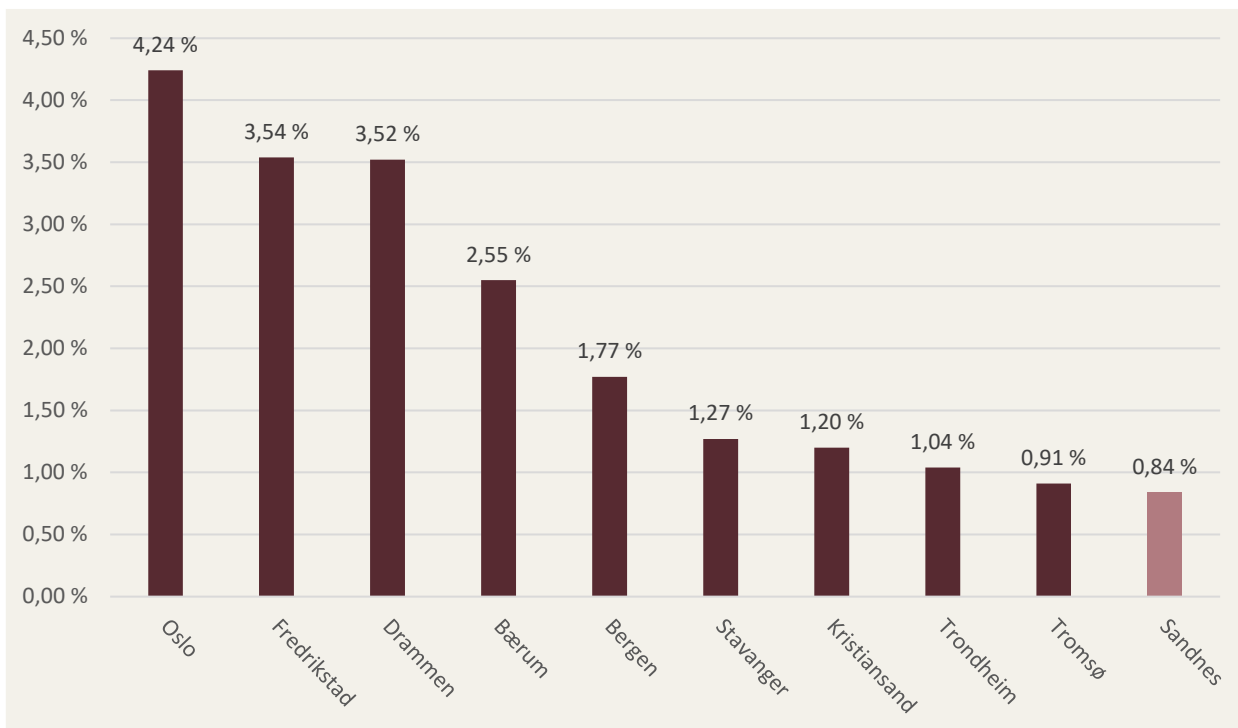
I tillegg ble det innført strenge besøksrestriksjoner på sykehjemmene i begynnelsen av mars, etter råd fra FHI. Man stoppet også store arrangementer med mer enn 500 deltakere den åttende mars. Og så kom nedstengningen den 12 mars, samt en rekke andre tiltak. Og smitten flatet ut. Lenge.

Så ser vi at det utover høsten og vinteren kommer en del mindre og et veldig stort smitteutbrudd, men alle gangene klarer kommunen å få kontroll på smitten. Utbruddet i månedsskiftet ser ut til å være i ferd med å bli slått ned (per 21.04).

Sandnes har totalt sett hatt en relativt lav smitteandel i befolkningen i løpet av det drøye året pandemien har vart. Per 05.04.2021 var Sandnes den av storbyene med den lavest andelen smittede.

<sup>9</sup> Hentet fra <https://www.vg.no/spesial/corona/fylker/11/kommuner/1108/>, som har hentet tallene sine fra Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)

## Andel av befolkningen med påvist smitte



Det store spørsmålet er hva som kan forklare den lave smitten i Sandnes. Det kjedelige svaret er at det er vanskelig å si noe helt sikkert om hvilke tiltak som har virket best, og hva som kan forklare at kommunen har klart å slå ned smitten gang på gang. Dette er også noe FHI er inne på i sine analyser. De peker på at det ofte er summen av tiltak som gjør at man får kontroll på smitten.

Noen av disse tiltakene eller faktorene kan kommunen påvirke, mens andre ting er utenfor kommunens kontroll. Disse forklaringsfaktorene oppsummeres under:

### Eksterne faktorer, dvs. utenfor kommunens kontroll

- **Statlig styrte smitteverntiltak**, der nedstengningen av landet var mest inngripende
- 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.
- **Bebyggelsen er mer spredt i vår region** enn for eksempel Oslo
- **Kollektivbruken** er relativt lav sammenlignet med andre storbyer
- Vår region i **hadde vinterferie en uke senere i vår region**, noe som i 2020 gav helseledelsen i våre kommuner litt tid å forberede seg på hva som kunne komme når folk kom hjem fra vinterferie. Dette hadde effekt på håndteringen i den første fasen.

### Det er også en rekke faktorer som er innenfor kommunens kontroll, og som Sandnes kan og har påvirket

- Kommunelegenes grep i starten, dvs. at de bestemte seg for også å teste skituristene fra Østerrike og Sveits
- Kommunens krisehåndtering og gjennomføringen av TISK-strategien, dvs. testing, isolering, smittesporing og karantene stor smitteverneffekt. Det samme har tilstrekkelig smittevernutstyr til de ansatte

- Men også indirekte faktorer som forberedelser, organisering, ansvarsdeling, tillit, organisasjonskultur, kommunikasjon, samhandling og samarbeid er innenfor kommunens kontroll påvirker smitteutviklingen.

### 3.2.1 ORGANISERING AV RAPPORTEN

**I kapittel fire og fem** ser vi nærmere på hvor godt forberedt kommunen var på å håndtere koronapandemien, både i form av planer, forberedende aktiviteter og smittevernutstyr. **I kapittel seks** undersøker vi hvordan kommunens ledelse har organisert og håndtert beredskapsarbeidet i ulike faser av koronautbruddet

**I kapittel syv** ser vi nærmere på organiseringen, oppbyggingen og bruken av TISK-virkemidlene, der vi retter et særskilt søkelys mot luftveislegevakten på Klepp (testing) og smittesporingen.

For at kommunen skal lykkes med å håndtere smittesituasjonen og samtidig opprettholde en mest mulig normal drift med mye smitte, må kommunen sørge for å kunne skaffe til veie nok personell på relativt kort varsel. Derfor ble det såkalte bemanningskontoret opprettet. Utviklingen av bemanningskontoret er beskrevet i **kapittel åtte**.

**I kapittel ni** ser vi på Sandnes kommunes tiltak for å redusere de utilsiktede eller negative konsekvensene av koronatiltakene, dvs. kommunens tiltak mot sårbare barn og unge.

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

Og til slutt i **kapittel 11**, undersøker vi om skolene var forberedt på en digital undervisning når skolene ble stengt ned den 12. mars 2020.

## 4 FORBEREDELSE

### 4.1 REVISJONSKRITERIER

---

I denne delen ser vi nærmere på hvor godt forberedt kommunen var til å håndtere koronapandemien i form av planer og forberedende aktiviteter. I neste kapittel ser vi på hvor godt forberedt kommunen var mht. smittevernutstyr. Følgende momenter blir beskrevet og vurdert:

- Kommunen har oppdaterte ROS-analyser, beredskaps- og helseplaner
- Planverkets bidrag til å kunne håndtere den situasjonen som var oppstått
- Regionale og kommunale forberedelser forut for nedstengningen av landet

### 4.2 FORBEREDELSESFASEN VINTEREN 2020

---

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

Et av læringspunktene etter svineinfluensaen i 2009/2010 er at pandemier er forskjellige med hensyn til utbredelse og alvorlighetsgrad.<sup>10</sup> Det er derfor ikke mulig å lage en plan som i detalj forutsier hvilke tiltak som skal iverksettes. Tiltakene må skaleres i henhold til hva som er passende respons til enhver tid. I tillegg er usikkerhet og manglende kunnskap om pandemiens art, særlig i begynnelsen av en pandemi, en stor utfordring for en *planstyrt krisehåndtering*.

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

### 4.3 VARSEL OM KRISE OG LOKAL RESPONS

---

Pandemier inntreffer med jevne mellomrom, men hyppigheten ser ut til å øke. På 1900-tallet har det vært fire influensapandemier: Spanskesyken (1918), Asiasyken (1957), Hong-Kong-syken (1968) og russerinfluensaen (1977). Av disse var spanskesyken den mest alvorlige, med mellom 14 000 og 15 000 døde i Norge. Svineinfluensaen i 2009/2010 ble definert som en epidemi, og var mindre alvorlig enn først antatt.<sup>11</sup> Til forskjell fra de tidligere influensapandemiene er korona et virus i familie med SARS og MERS. SARS forårsaket en global epidemi i 2002–2003 mens MERS ble påvist i Midt-Østen i 2012.<sup>12</sup> Ingen av disse finnes det vaksine for.

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 sykehusinnleggelser, svært store økonomiske tap og sosiale og psykologiske reaksjoner i befolkningen.»<sup>13</sup>

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

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Verste fall-scenariet for svineinfluensaen 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 sesonginfluensa. Medianalder på de døde under pandemien var 39 år, mens den er 86 år ved sesonginfluensa.

<sup>12</sup> Koronavirusfamilien omfatter mange ulike virus som vanligvis gir luftveisinfeksjon. Her hører både korona (SARS CoV-2), SARS og MERS. Mange coronavirus gir bare forkjølelse, mens andre kan gi mer alvorlig sykdom og i noen tilfeller forårsake dødsfall. Viruset som forårsaker MERS var frem til 2012 et hittil ukjent coronavirus.

<sup>13</sup> Se omtale i rapport fra tankesmien Agenda <https://www.tankesmienagenda.no/post/agenda-notat-laerdommer-fra-koronakrisen/details>



Tidlig i januar var det fortsatt usikkert om Kina ville evne å begrense spredningen av viruset ut av landet, og det var stor usikkerhet knyttet til virusets alvorlighet, smittsomhet og spredningspotensial. 20. januar fastslo kinesiske myndigheter at viruset smitter mellom mennesker. 24. januar informerte Fylkesmannen i Rogaland kommunehelsetjenesten i Rogaland om det nye viruset. Kommunene på Nord-Jæren hadde sitt første møte i koordineringsgruppa 28. januar og regional smitteverngruppe (SUS, kommuneleger, legevaktene) 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.<sup>14</sup>

Sandnes var raskt ute med å forberede seg på en mulig pandemi. Allerede i slutten av januar hadde man informasjonsmøter om koronaviruset, på flere nivå. Det var møter mellom Sandnes, SUS og nabokommuner i januar/februar. Kommunal smitteverngruppe ble etablert den 29.01 og den overordnede beredskapsledelsen ble samlet og hadde sitt første formelle møte den 27.02, der de hadde møte med den kommunale smitteverngruppen, som orienterte om situasjonen.

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

Det ble i den forbindelse foretatt en oppdatering av pandemiplanen tidlig i februar og virksomhetene påbegynte arbeidet med å oppdatere kontinuitetsplanene i februar/mars.

Tabell 1 Forberedende aktiviteter før nedstengningen den 12. mars

<i>Forberedende aktiviteter vinteren 2020 (Kilde: CIM og beredskapssjef<sup>15</sup>).</i>	
<b>28.01</b>	<b>Regional koordineringsgruppe har første møte</b> (beredskap- og kommunikasjonsressurser). Går gjennom hendelsens potensiale, planer, behov, varsling og konsekvenser. Understreker viktigheten av regional beredskapsplan.
<b>29.01</b>	<b>Lokal kommunal smitteverngruppe etableres</b> , i tråd med smittevern/pandemiplan. Representanter: Kommuneoverlege, legevaktsjef og representanter helse og velferd, HR/HMS, servicekontoret og kommunikasjon. Informasjonsdeling på tvers av tjenesteområdene. Tiltak i de kommunale tjenestene avventes.
<b>30.01</b>	WHO erklærer <b>global helsekrise</b>
<b>31.01</b>	<b>Orienteringsmøte på fagstab/virksomhetsledernivå tidligere i uken</b>
<b>02.02</b>	Fagråd for smittevern på SUS. Kommuneoverlege, legevaktsjef, beredskapssjef og kommunikasjonsansvarlig deltar.
<b>07.02</b>	<b>Statusmøte.</b> Kommuneoverlege orienterer om tiltak man er kommet frem til i regionalt utvalg for smittevern. Beredskapssjef orienterer, og peker på hva kommunen må gjøre lokalt, herunder: Gjennomgå egne lager for smittevernutstyr, gå gjennom innkjøpsavtaler for medisiner og smittevernutstyr, vurdere egen opplæring for noen sykepleiere, vurdere hvordan vi skal kunne drive de kommunale tjenestene med koronavirusmitte og vurdere bemanning og kapasitet innenfor alle tjenestene

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Oppklaringer den 22.02.21.

10.02	Ihht. smittevern/pandemiplan etableres nå lokal <b>kommunal smitteverngruppe</b> . Representanter: Kommuneoverlege, legevaktsjef og representanter helse og velferd, HR/HMS, servicekontoret og kommunikasjon
27.02	<b>Møte i kommunal smitteverngruppe med beredskapsledelsen.</b> Presentasjon kommunelege. Fokus (eksempler): Skaffe oversikt over smittevernutstyr, hvilke oppgaver kommunen kan nedprioritere, hvilket personell som kan overføres til andre oppgaver i en kritisk pandemifase, forberede sykehjem på å måtte ta imot flere syke fra SUS/øke kapasitet i hjemmesykepleie. Jevnlige møter i kommunal smitteverngruppe fortsetter, beredskapsledelsen involveres ved behov
02.03	<b>Statusmøte kommunal smitteverngruppe.</b> Tema (eks): Kapasitet på legevakt, informasjon til besøkende på sykehjem og institusjoner, begrenset verneutstyr
05.03	Beredskapsmøte i helse og velferd
05.03	Statusmøte i kommunal smitteverngruppe. Fagstab oppvekst inviteres inn
10.03	<b>Situasjonsrapport nr.1.</b> 12 smittede i kommunen. Kontinuitetsplanlegging for samtlige tjenesteområder har startet, men er ikke fullført. Startet arbeid i dag med å kartlegge ansatte med helsebakgrunn mht. omdisponering. Alle arrangement med over 500 personer er avlyst (felles for de fire kommunene). <b>Det vurderes om det er behov for å stenge barnehager og skoler midlertidig for å begrense smitte.</b>
12.03	<b>Statusmøte.</b> Sandnes vil gå for de samme tiltakene som Stavanger går for med reguleringer i samfunnet. Henvendelse fra Jæren-kommunene om samarbeid, vi forholder oss til Nord-Jæren kommunene nå. Men forsøker å være samstemte
12.03	Fra beredskapsstab: Dokument for smittetiltak er tilpasset Stavanger sine tiltak
12.03	<b>Statusmøte beredskapsledelsen.</b> Stavanger lager forslag til retningslinjer slik at de fire kommunene agerer likt. Rådmennene enige om at kommunene stenger bibliotekene. Kan få problemer med bemanning i barnehagene hvis ikke barna til ansatte får ha barna sine der. Kommuneoverlegen: Må så raskt som mulig få opp en feber- og luftveislegevakt. Opprette sykehjems-sykehus – hvor mye skal det planlegges for?

## 4.4 PLANVERK

God beredskapsplanlegging skal sikre færre tilfeldige avgjørelser i en krise. Planene skal være et styringsverktøy og gi grunnlag for raske beslutninger og god respons. I dette delkapitlet foretar vi en kort gjennomgang av utvalgte beredskapsplaner og helseplaner som forelå vinteren 2020.

På beredskapsområdet og på helse- og velferdsområdet finnes en rekke ulike planer på både nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Disse planene inngår i et planhierarki mellom stat, regionale myndigheter og kommunene.

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

Tabell 2 Oversikt over nasjonalt, regionalt og lokalt planverk

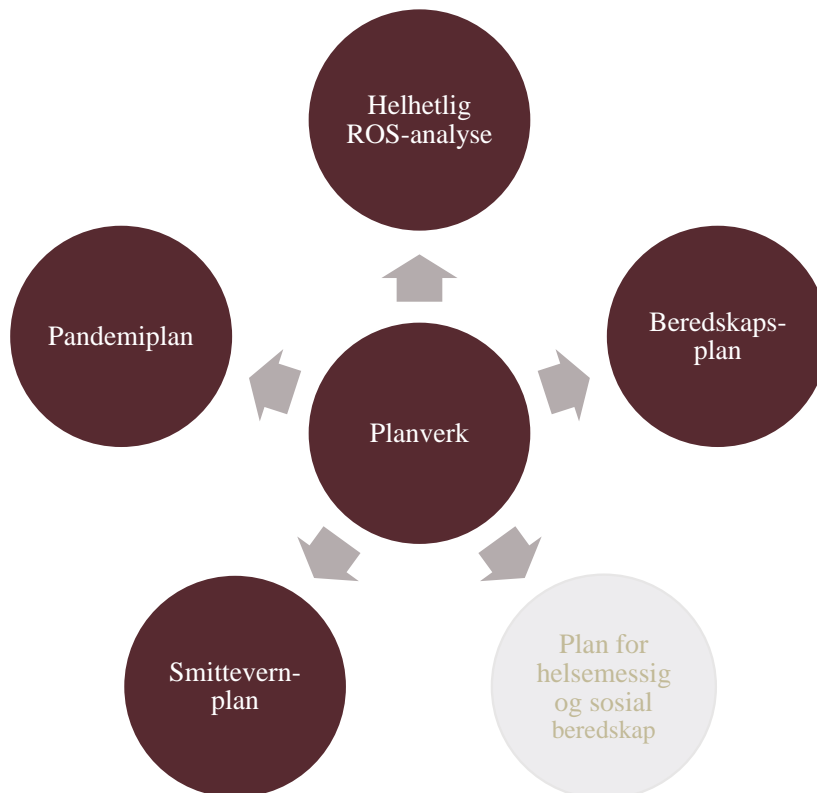
<i>Oversikt over planverk av betydning for beredskapen i kriser.</i>		
Styringsnivå	Beredskapsplaner	Helseberedskapsplaner mv.
Nasjonalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasjonal helseberedskapsplan (2018)</li> <li>- Årlig nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasjonal beredskapsplan covid-19 (10.06 2020)</li> <li>- Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (2019)</li> <li>- Nasjonal plan mot pandemisk influensa (2014)</li> <li>- Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien (7. mai 2020)</li> <li>- Nasjonal handlingsplan- smittevern (2019-2023)</li> </ul>
Regionalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beredskapsplan for Stavangerregionen 2016, administrativ og operativ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden – delavtale 11 mellom SUS og Stavanger kommune</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regional helseberedskapsplan, Helse Vest 2019-2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagråd 11 (regional smitteverngruppe). Deltakere fra kommunene, fylkesmannen og SUS</li> </ul>
Kommunen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Helhetlig ROS-analyse for Sandnes kommune</li> <li>- Overordnet beredskapsplan</li> <li>- Virksomhetsnivå: Beredskapsplaner, ROS-analyser og kontinuitetsplaner<sup>16</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Smittevernplan (2019)</li> <li>- Pandemiplan (februar 2020)</li> <li>- Det er et lovkrav at kommunene også skal ha en plan for helsemessig- og sosial beredskap, men Sandnes kommune har ikke en slik plan (per februar 2021)</li> </ul>

#### 4.4.1 KOMMUNENS PLANVERK

I figuren under viser vi en oversikt over planverket i Sandnes kommune, dvs. både overordnet beredskapsplanverk og helseberedskapsplanene. Vi går gjennom disse i avsnittene under. Det er et lovkrav at kommunene skal ha en plan for helsemessig og sosial beredskap, men Sandnes kommune har ingen slik plan (*per februar 2021*).

Figur 2 Oversikt over planverk



#### 4.4.2 HELHETLIG ROS-ANALYSE

Kommunen skal utarbeide en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) hvor kommunen skal kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i lokalsamfunnet, vurdere

<sup>16</sup> Kontinuitetsplanene har vært virksomhetenes viktigste styringsverktøy under pandemien.

sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer, og hvordan disse hendelsene vil kunne påvirke lokalsamfunnet.

I ROS-analysen er pandemi definert som definert fare og ulykkesituasjon (DFU) nr. 13. Den er basert på et eget analyseskjema der sannsynlighet, sårbarhet og konsekvens blir vurdert. I tråd med beredskapsforskriften er det også redegjort for hvordan ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer kan påvirke hverandre (§ 2 c), der man blant annet ser på kobling mellom pandemi og smittsomme dyresykdommer (DFU 14). I analyseskjemaet konkluderer man med følgende tiltak, som videreføres inn i ROS-analysen:

- Regional delavtale 11<sup>17</sup> mellom smittevernlegene og SUS.
- Kunnskap til befolkningen omkring hva vaksine er, og hvorfor dette er viktig i et forebyggende perspektiv.
- Iverksette kampanjer i henhold til smittevern og renhold

### *Beredskapsplan*

Resultatet fra ROS-analysen skal følges opp med en beredskapsplan for kommunen, med angivelse av tiltak for håndtering av krisesituasjoner i kommunen. I planen skal det stå:

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

Beredskapsplanen skal være en operativ plan for kommunens håndtering av kriser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde: Plan for kommunens kriseledelse, ressursoversikt, varslingslister, evakueringsplaner og plan for informasjon til befolkningen og media.

I februar 2020 var Sandnes kommune «mellom» ny og gammel ROS og beredskapsplan<sup>18</sup>. Den gamle beredskapsplanen var fra 2017 og den gamle ROSen var fra 2019. Den nye ROSen og beredskapsplanen skulle vært behandlet i fjor vår, men så kom pandemien, og så ble den i stedet behandlet i fjor høst. Vi får opplyst fra beredskapssjefen at det er de nye beredskapsdokumentene man har jobbet ut ifra ifm. håndteringen av pandemien.

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sender hvert år ut en spørreundersøkelse om kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap<sup>19</sup>. Hovedformålet med undersøkelsen er å sjekke status for kommunenes arbeid med kravene i forskrift om kommunal beredskapsplikt. I 2020 oppnådde Sandnes 37 av 40 mulige poeng, noe som var en oppgang fra 33,5 i 2019. Det bør legges til at det er ROS fra 2019 og beredskapsplan for 2017 som er vurdert, ikke de nye beredskapsdokumentene. Sandnes får trekk for å svare «vet ikke/ikke sikker» på spørsmål om beredskapsplanen inneholder evakueringsplaner basert på helhetlig ROS-analyse og at beredskapsplanen ikke er oppdatert og revidert siste år. I tilbakemeldingen peker

---

<sup>17</sup> Samarbeidsavtale om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden

<sup>18</sup> Planen ble vedtatt i kommunestyret den 22.06.

<sup>19</sup> Resultater fra undersøkelsen 2020 framgår her <https://www.fylkesmannen.no/nn/Rogaland/Samfunnstryggleik-og-beredskap/Kommunal-beredskap/kommunetrappa-for-samfunnstryggleik-og-beredskap-2020/>

Fylkesmannen på at Sandnes er blant kommunene som har hatt størst fremgang de siste årene og at de får to av to mulige poeng for bruk av krisehåndteringsverktøyet CIM.

#### 4.4.3 SMITTEVERNPLAN

Smittevernplan for Sandnes kommune er fra 2019 og skal etter planen revideres i løpet av 2021.

I Stavanger er pandemisk influensa trukket frem blant ni andre smittsomme sykdommer, som en del av risikobildet.

I Sandnes er ikke pandemi trukket frem som en del av risikobildet, men infeksjoner ved dråpesmitte er en del av risikobildet. Det er utarbeidet tiltaksark for følgende spesielle situasjoner: Foruten infeksjoner med dråpesmitte er det utarbeidet aksjonsplan ved vannbåren infeksjon, matbåren sykdom, legionellautbrudd, turberkulose og meningitt.

#### 4.4.4 PANDEMIPLAN

Den ferskeste versjonen av pandemiplanen for Sandnes kommune er fra 07.02.20. En pandemi vil ikke gi kommunene nytt ansvar eller nye oppgaver, men den vil kreve ekstraordinær innsats fra helsetjenestene i forhold til deres ansvar for forebygging, diagnose/behandling og pleie/omsorg. Vaksinasjon, smitteverntiltak og kommunikasjonsarbeid vil også stille store krav til organisering og ressurser. Med mange influensasyke samtidig vil kommunen bli utfordret på å oppfylle sitt ansvar for å sikre de syke nødvendige legeundersøkelser, forsvarlig behandling og oppfølging. Samtidig skal kommunen yte ordinære helse-omsorgstjenester til kronisk syke og personer med store og sammensatte behov. Disse gruppene vil under en pandemi ha økt behov for tjenester samtidig som sykefraværet blant ansatte vil være høyere enn normalt.

Sandnes kommunes pandemiplan inneholder lovgrunnlag, involverte etater, organisering når pandemi varsles, og tiltaksplan der ansvaret for tiltakene er plassert. Noen eksempler:

- *Kommunal smitteverngruppe opprettes og oppdaterer planen og initierer samarbeid med andre virksomheter og etater, ajourføre prioriteringslister og opprette regional smitteverngruppe ved behov.*
- *For å håndtere økt pågang til legevakten, hindre smittespredning via venterommet på legevakten og gi et utvidet tilbud til befolkningen, kan det bli aktuelt å opprette en egen pandemilegevakt*
- *Under punktet isolering, karantene og forbud mot folkesamlinger står det følgende: Kommunen følger nasjonale anbefalinger under pandemien. Isolering skal så langt som mulig og medisinsk hensiktsmessig skje i pasientens eget hjem*
- *Så langt som mulig skal bemanningsutfordringer løses internt i virksomheten. Ved behov utover interne ressurser skal HR enheten være behjelpelig med å fremskaffe nødvendige personellressurser, både for å forsterke og erstatte. Dette skal primært gjøres ved å omdisponere kommunale personellressurser fra avdelinger/virksomheter som midlertidig kan suspenderes.*

Det står også følgende: «Siden det er stor usikkerhet hvordan en pandemi vil utvikle seg, må planene tilpasses de aktuelle behovene.».

I planen står det altså lite om TISK-virkemidlene, eller om drift av teststasjoner og smitteoppsporing. Det står heller ingenting om hvordan total kapasitet raskt kan økes. Det samme

er tilfellet i Helsedirektoratets veileder for pandemiplanlegging. Her står det ingenting om testing, karantene eller smittesporing.

#### 4.4.5 PLANENES BETYDNING FOR KRISEHÅNDTERINGEN

Gjennomgangen tyder på at planene har hatt relativt lite å si for våre utvalgte kommuners krisehåndtering. Det ser ut til å være flere grunner til dette. For det første har det vært en stram statlig styring av koronahåndteringen, med stadige endringer som følge av smittesituasjonen. For det andre har koronapandemien vært en megakrise, den har pågått lenge, og smittetrykket i regionen har variert veldig underveis, noe som har gjort den vanskelig å planlegge for.

Kontinuitets- og scenarioplanleggingen (grønt, gult og rødt nivå) er en mer dynamisk og situasjonstilpasset måte å planlegge på. Virksomhetene utarbeidet kontinuitetsplaner, og et stykke ut på våren kom de nasjonale føringene for scenarioplanleggingen, og virksomhetene oppdaterte kontinuitetsplanene og ROS-analysene. I tillegg var det stadige endringer i smittetrykket og stadig nye føringer, noe som resulterte i hyppige endringer virksomhetenes planverk. Et eksempel her er Jordmor- og helsestasjonstjenester som i slutten av februar 2021 hadde justert ROS-analysen ni ganger.

Scenarioplanleggingen har innebygget ulike smittesituasjoner som utløser ulike tiltak og handlinger. Dette er et viktig styringsverktøy for de ulike virksomhetene, samtidig som de fleste peker på at den interne planleggingsprosessen er viktigere enn selve planen.

Intervjuene tyder på at det er andre forhold enn planlegging som har hatt langt større betydning for krisehåndteringen. Det som nevnes er:

- God kriseforståelse, tydelig organisering og ansvarsdeling, korte beslutningsveier, erfarne og tilgjengelige kommuneleger, nærhet mellom fagstaber og tillit i organisasjonen, har vært avgjørende for en vellykket koronahåndtering. Det samme har godt internt og eksternt samarbeid, personlig initiativ og evne til improvisasjon.

På spørsmålet om hva som var den viktigste lærdommen av kommunens koronahåndtering, svarte en av våre informanter sånn: *«Alt det vi får til sammen i kommunen, at de bærende systemene virker, at vi i bunn har gode samarbeidsstrukturer. Dette flyter vi på i en krise.»*

#### 4.4.6 VURDERING

Sandnes var relativt tidlig ute med å forberede håndteringen av koronapandemien. Kommunen deltok også i regionale samarbeidsfora og regional koordinering i en tidlig fase. De etablerte samarbeidsstrukturene og den felles regionale beredskapsplanen på Nord-Jæren ble en viktig plattform for kriseforberedelsene.

Koronapandemien kom som en overraskelse på mange, til tross for en gryende kriseerkjennelse tidlig vinteren 2020. Den kom raskere til landet enn forventet, og med en sterkere kraft enn mange kunne forestille seg. Det var også knyttet veldig stor usikkerhet til hvor alvorlig sykdommen var. Det er i intervjuene gitt fargerike og levende skildringer av det som nærmest er beskrevet som en unntakstilstand i våre fire undersøkte kommuner de første dagene av

pandemien. Tross «*mye armer og bein*» i starten, kom det raskt på plass en beredskapsorganisasjon og mange beslutninger ble raskt truffet for å begrense smitten.

I februar/mars 2020 var Sandnes kommune «*mellom*» gammel og ny ROS og beredskapsplan, som ble vedtatt i kommunestyret i juni 2020. Planen skulle opprinnelig blitt behandlet våren 2020, men så kom koronaen, og kommunen måtte utsette ferdigstillelsen. Likevel har kommunen brukt det nye planutkastet i forbindelse med krisehåndteringen. Kommunens smittevernplan er fra 2019, mens pandemiplanen ble oppdatert en knapp måned før nedstengningen. Virksomhetene utarbeidet kontinuitetsplaner, og et stykke ut på våren kom føringene for scenarioplanleggingen og virksomhetene oppdaterte kontinuitetsplanene og ROS-analysene. Det ble senere utarbeidet scenarioplaner, mens virksomhetene utarbeidet kontinuitetsplaner, som senere ble endret i tråd med nye føringer. Et eksempel her er Jordmor- og helsestasjonstjenester som i slutten av februar 2021 hadde justert ROS-analysen ni ganger.

I smittevernplanen er ikke pandemi trukket frem som en del av risikobildet, men kommunen har en egen pandemiplan.

Pandemiplanen treffer godt på flere punkter i forhold til kommunens faktiske krisehåndtering, blant annet kommunal smitteverngruppe, en egen pandemilegevakt (som ble luftveislegevakten på Klepp) og med HR-avdelingens ansvar for å fremskaffe nødvendige personalressurser i ekstraordinære situasjoner (som ble bemanningskontoret).

Pandemiplanen tar høyde for at det vil ta inntil seks måneder å utvikle en effektiv vaksine. Selv om det viste seg å ta enda lengre tid, har planen vært forutseende på dette punktet. Etter vår vurdering er den manglende konkretiseringen av TISK-virkemidlene (testing, isolering, smittesporing og karantene) planens svakeste punkt. Utviklingen av TISK-virkemidlene er en respons på at det ikke forelå en vaksine, og at smittevernet måtte skje med andre virkemidler. Planen sier ingenting om testing, karantene og smittesporing. Det står at isolering så langt som mulig og medisinsk hensiktsmessig skal skje i pasientenes eget hjem. Det står ingenting om hva man skal gjøre dersom isoleringen ikke kan skje i eget hjem. Eller om kommunen kan/skal skaffe til veie boenheter som brukes til dette? Eller om hvordan dette eventuelt kan gjøres og hvem som skal gjøre det.

**Vi anbefaler** kommunen å være mer konkrete mht TISK-virkemidlene ved neste revidering av pandemiplan, dvs. testing, isolering, smittesporing og karantene.

Eksempler her er organisering og drift av teststasjoner og smitteoppsporing, og en plan for rask oppskalering av test- og smittesporingskapasitet.

Det er et lovkrav at kommunene også skal ha en plan for helsemessig- og sosial beredskap, men Sandnes kommune har ikke en slik plan (per mars 2021).

**Vi anbefaler** kommunen å få på plass en plan for helsemessig og sosial beredskap.

Kommunen bør i den forbindelse se nærmere på muligheten for å samkjøre helseberedskapsplanene og beredskapsplanene mer. Selv om alle planene tjener hvert sitt formål, er de nokså dekket fra hverandre. En bedre samkjøring vil kunne forenkle bruken av planene.

Gjennomgangen tyder på at det overordnede planverket hadde relativt lite å si for Sandnes' krisehåndtering, i likhet med våre andre utvalgte kommuner. Dette kan selvsagt ha sammenheng med at planene ikke var gode og konkrete nok i forhold til den konkrete krisen som oppstod, men

det kan også ha sammenheng med at det er et urimelig krav at planverket skal være skreddersydd for enhver mulig krise. En god plan innebærer ikke at alt som står der er perfekt, men at planen tar opp i seg de mest sentrale momentene knyttet til organisering, ansvarsdeling, krisehåndteringsprosessen og den praktiske krisehåndteringen.

Planleggingen ser ut til å ha hatt større verdi enn planene. Dette var også en viktig lærdom etter terrorangrepet på Utøya, dvs. at kriseplanleggingen er til mer hjelp enn kriseplanene, og at det er viktig å endre kursen etter hvert som man får erfaring med hvordan krisen utvikler seg.

Det er andre forhold enn planene som har hatt langt større betydning for krisehåndteringen.

Selv om planene har sine svakheter, ser de ut til å ha hatt betydning for krisehåndteringen. Det samme har kommunens evne til å improvisere, og forutsetningene for å kunne improvisere når situasjonen topper seg. En viktig verdi ved planleggingen er at man i kommunen har gjort seg noen tanker på forhånd, og at planene skaper en grunnstruktur eller et orienteringspunkt man kan handle ut fra. Samtidig har kommunen forholdt seg til raske og omfattende endringer over en lengre periode. Denne krisen har vart uvanlig lenge, noe som utfordrer foreliggende beredskapsplaner. Derfor er disse også supplert med scenarioplaner, som i større grad fanger opp konsekvenspotensialet som følger av en slik pandemi.

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

1. Overordnede plandokumenter, som tar opp i seg de mest sentrale momentene knyttet til krisehåndteringen.
2. Aksjonsplaner som tilpasses konkrete kriser, men som tar utgangspunkt i overordnede planer<sup>3</sup>.

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

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

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



# 5 SMITTEVERNUTSTYR

## 5.1 REVISJONSKRITERIER

---

- Kommunen skal ha tilgang til tilstrekkelig smittevernutstyr slik at brukere og ansatte ikke utsettes for unødig smittefare.
- Utstyr vurderes opp mot utstyrbehov, nasjonale forventninger og sammenligninger med andre kommuner

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

## 5.2 BAKGRUNN OG VURDERINGSGRUNNLAG

---

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

Lagerkapasiteten i de fleste land var på det tidspunktet begrenset, med unntak av Finland, som hadde store beredskapslagre av både smittevernutstyr og legemidler.<sup>20</sup> Mange land ville holde på eget utstyr, også produsentlandene, og prisene steg og de aller fleste norske kommuner manglet munnbind og annet smittevernutstyr sen vinteren 2020.<sup>21</sup> 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.»<sup>22</sup> Hva som er tilfredsstillende, er ikke presisert nærmere.

I Helsedirektoratets faglige råd til pandemiplanlegging fra 2019, anbefales kommunene å ha planer for blant annet forsyninger av legemidler og smittevernutstyr:<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> <https://www.dagsavisen.no/debatt/kommentar/pandemirustning-i-nordiske-farger-1.1695269>

<sup>21</sup> 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 smittevernutstyr.

<sup>22</sup> Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881>

<sup>23</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging>

- 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.
- Plan for å sikre tilgang til andre legemidler i kommunen ved langvarig pandemi (antibiotika o.l.)

### 5.3 SMITTEVERNUTSTYR I PANDEMIPLANEN

---

I pandemiplanen står det at nødvendig utstyr som MP3-masker, smittefrakk, hansker og håndsprit må anskaffes. Men det står ingenting om hvor mye utstyr man har eller hvor mye som vil være nødvendig i ulike smittescenarier eller hvordan kommunen eventuelt skal skaffe til veie utstyret eller hva man skal gjøre dersom den faste leverandøren ikke klarer å skaffe til veie nødvendig utstyr<sup>24</sup>.

I pandemiplanen fremgår det at «Innkjøp/distribusjon av smittevernutstyr koordineres og det vises til tiltakskort i Plan for helsemessig og sosial beredskap, som kommunen ikke har.

Det står heller ingenting om hvordan kommunen har tenkt å sikre at de som kommer i kontakt med smitte har tilstrekkelige kunnskaper om bruk av beskyttelsesutstyr og basale smittevernrutiner<sup>25</sup>.

### 5.4 MANGEL PÅ SMITTEVERNUTSTYR I STARTEN.....

---

I starten, dvs. rett før nedstengningen og under nedstengningen, var det mangel på det meste til å møte den smittetoppen kommunen så for seg. Ifølge intervjuene ville lagrene vært i stand til å møte to hektiske uker med sesonginfluensa eller et hissige virus.

Dette var i perioden da butikkhyllene var tomme for håndsprit, mel, gjær og toalettpapir. Det var heller ikke mulig å oppdrive håndsprit eller smittevernutstyr fra Norengros, som kommunen bestiller smittevernutstyr fra.

Intervjuene tyder på at dugnadsånden i kommunen ble aktivert i denne perioden. Skolene tilbød smitteutstyr og håndsprit, tekniske tjenester tilbød håndsprit. Også flere private/eksterne aktører tilbød håndsprit (veterinærhøyskolen, Aker Kværner og (stengte) tannlegekontor).

Samtidig opplevde noen av sykehjemmene at håndsprit og munnbind forsvant fra magre lagerbeholdninger: «Vi måtte låse inn munnbind og sprit. Det forsvant, og ingen kunne forklare hvor det ble av.»

---

<sup>24</sup> Det er langt fra sikkert at en pandemiplan skal inneholde en oversikt over verneutstyr, det kan være en «levende» oversikt på lik linje med varslingslistene. All den tid det ikke finnes nasjonale regionale ordninger for beskyttelsesutstyr, bør kommune skaffe til veie en oversikt over hvilket utstyr man har, hvor det finnes og hvor mye ekstra utstyr man bør ha i fredstid.

<sup>25</sup> Se Nasjonale faglige råd ifm. Pandemiplanlegging, 13. november 2019

I midten av mars var kommunen i ferd med å etablere et felles smittevernlager på Rovik bo- og aktivitetssenter. På dette tidspunktet ble det også klart at kommunene skulle melde inn til Fylkesmannen hva de manglet av utstyr<sup>26</sup>.

I starten måtte man derfor være forsiktige med bruken av smittevernutstyret. Den 18.03 ble det spilt inn på den felles Teamskanalen<sup>27</sup> at det brukes en del tid på å vurdere og diskutere når smittevernutstyr skulle brukes: Det «*hadde det vært hensiktsmessig at det ble laget veiledende retningslinjer for bruk av smittevernutstyr, for å sikre at det ikke brukes når vi ikke må, for å spare utstyr? Skal noe brukes forebyggende, eks munnbind hvis ansatt har forkjølelsesyntomer?*».

Det ble bestemt at det skulle etablere felles retningslinjer for smittevernutstyr og ulike opplæringsmetoder for bruk av utstyret.

Allerede 13. mars ble det bestemt at kommunen skulle ha et hovedlager på Rovik Boas. Man ønsket å legge lageret et sted som hadde døgndrift, slik at det var mulig å få tak i folk hele døgnet, dersom det var akutt behov for utstyr. Lageret ved Rovik boas skulle forsyne legevakt (reservelager), hjemmetjeneste, helsestasjonstjenestene, Sandnes helsesenter og sykehjemmene ved et smitteutbrudd. Hver av disse virksomhetene skulle ha sitt eget lille lager av smittevernutstyr.

Den 19.03 ble det opplyst om at det sentrale lageret på Rovik ikke var etablert ennå. Det ville heller ikke bli foretatt en sentral fordeling av utstyr mellom sykehjemmene/virksomhetene, dvs. at man tok fra de som hadde mest utstyr og gav til de som hadde minst utstyr: «*Det betyr at virksomhetene som har mye må dele med seg. Dersom dere mangler noe smitteutstyr til helgen, ta kontakt med den virksomheten*».

I likhet med de fleste andre kommuner, får Sandnes kommune smittevernutstyret fra NorEngros. I mars 2020 kunne imidlertid NorEngros melde at tilgangen på varer var kraftig redusert<sup>28</sup>. Mesteparten av smittevernsproduktene (smittefrakker, munnbind, masker o.l.)<sup>29</sup> ble produsert i Wuhan, hvor Covid 19 hadde sitt opprinnelige utbrudd.

NorEngros i Stavanger hadde på dette tidspunktet smittefrakker, munnbind og sko-overtrekk på lager en stund fremover, men hver ordre ble behandlet manuelt slik at man unngikk hamstring og fikk til en rettferdig fordeling av utstyr. Ved et smitteutbrudd ble kommunene bedt om å ta kontakt.

De ansatte i Helse og velferd som har hatt ansvaret for smittevernutstyr forteller at har hatt et veldig godt samarbeid med NorEngros i koronaperioden.

---

<sup>26</sup> Jf. melding på Teamskanalen i kommunen for Covid-19.

<sup>27</sup> Felles informasjonskanal for *Helse og velferdsberedskapsgruppe i forhold til coronavirus* ble etablert den tredje mars 2020, og deltakerne består av primært av ledere og rådgivere innen Helse og velferd. I tillegg er representanter fra HR-avdelingen, tillitsvalgte og de tre kommune der.

<sup>28</sup> Jf. brev fra NorEngros fra mars 2020.

<sup>29</sup> Desinfeksjonsprodukter produseres i Skandianvia, noe som gav en mer oversiktlig tilgang, selv om leveringssituasjonen også her hadde vært utfordrende pga. massiv etterspørsel.

Den 24.03 blir det på Teamskanalen opplyst om at det på nasjonalt hold ble arbeidet med å koordinere utstyrbestillingene via Fylkesmannen, men at leveransetiden er uavklart. I mellomtiden skulle virksomhetene følge vanlig rutine med bestilling av utstyr hos NorEngros, etter behov.

Samme dato pekes det på at alle virksomheter må være restriktive i bruk av utstyr, og rasjonere der det er mulig. «Blant annet bør smittefrakker tilstrebes gjenbrukt hos samme pasient. En frakk kan vare en vakt (8 timer).»

Sandnes var relativt tidlig ute med å skaffe en oversikt over tilgjengelig utstyr. Allerede 3. mars hadde kommunen skaffet til veie en oversikt ([se vedlegg](#)) over hvor mye utstyr de ulike virksomhetene innen Helse og velferd hadde tilgjengelig (sykehjem vest, sykehjem øst, legevakt, Jæren ø-hjelp osv.).

Det ble etter hvert bestemt at kommunene skulle rapportere inn tilgjengelig verneutstyr til Fylkesmannen. I figurene under har vi illustrerer vi utviklingen i tilgjengelig smittevernutstyr underveis i pandemien. Tallene herfra er hentet fra innrapporterte tall til helsedirektoratet fra de ulike kommunene<sup>30</sup>.

## 5.5 ....MEN DET TOK SEG KRAFTIG OPP ETTER HVERT

Selv om utstyrssituasjonen var meget krevende de første ukene av pandemien, tok den seg kraftig opp etter noen uker. For å gjøre tabellen under lett å lese har vi valgt ut tre uker for å illustrere utviklingen; uke 14, dvs. månedsskiftet mars/april, uke 29 dvs. i midten av juli og uke 9 i 2021, dvs. første uken i mars.

Figur 3 Utstyrssituasjonen i Sandnes over tid

Utstyrstype	Uke 14	Uke 29	Uke 9	Endring	Endr. %
Åndedrettsvern FFP2	123	785	18 678	18 555	15085 %
Åndedrettsvern FFP3	312	2 859	1 352	1 040	333 %
Hansker	91 224	281 008	1 314 470	1 223 246	1341 %
Kirurgiske Munnbind	9 763	96 705	411 910	402 147	4119 %
Operasjonsluer	1 491	14 346	37 848	36 357	2438 %
Øye Visir Brilller	599	3 414	16 203	15 604	2605 %
Smittefrakk	3 142	13 092	86 013	82 871	2638 %
Stellefrakk	7 969	6 542	68 496	60 527	760 %

Som figuren over viser, har utstyrssituasjonen endret seg drastisk i etterkant av utbruddet. En liten illustrasjon på dette er legevaktsjefens (reservelager) melding på Teams-kanalen den 17.08 (dvs. uke 34): «Vi har ikke plass til mer smittevernutstyr på lager. Det er fullt helt til taket, og døren kan kun lukkes med stor styrke».

<sup>30</sup> For Sandnes kommunes del ser vi at det er visse forskjeller i antallet som er oppgitt av kommunen selv, i egne excelark og tallene som fremkommer i helsedirektoratets tall. Forskjellene er imidlertid ikke så store og trendene blir uansett belyst greit.

Det er også blitt etablert et nasjonalt beredskapslager i forbindelse med koronapandemien<sup>31</sup>. I normaltid bestiller kommuner smittevernutstyr selv, mens Sykehusinnkjøp HF har ansvar for å skaffe utstyr til sykehusene.

#### *Statlig medvirkning for å bedre utstyrssituasjonen*

I 2020 og et lite stykke ut i 2021 var det en statlig ordning for innkjøp av smittevernutstyr<sup>32</sup>. Ordningen ble etablert den 6. mars, og Sykehusinnkjøp HF fikk ansvar for å kjøpe inn smittevernutstyr og legemidler<sup>33</sup>, både til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og til spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har koordinert arbeidet, mens Helsedirektoratet og Fylkesmannen har samarbeidet om fordelingen av smittevernutstyr til kommunene. 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. Innrapporterte data har deretter blitt tilgjengeliggjort for Helse Sør-Øst, som ivaretar nasjonale innkjøp og fordeling, samt til Helsedirektoratet og Fylkesmannen. Det ble tidlig lagt til grunn en fordelingsnøkkel basert på 70% til sykehusene, 20% til kommunene og 10% til et nasjonalt lager.

Sandnes har siden uke 13 rapportert inn ukentlig behov om behov for smittevernutstyr. Tilbake har de fått leveranser som ikke alltid har stått i samsvar med de rapporterte behovene<sup>34</sup>.

Leveransene fra denne ordningen begynte å komme 06.04, det kom tolv leveranser før sommerferien, per 12.10.20 hadde det kommet tre leveranser etter sommerferien. Leveransene ble delt mellom Rovik boas og legevakten i Sandnes.

Intervjuene med fagfolk innen Helse og velferd tyder på at det i hele 2020 ikke har vært noen sammenheng mellom det behovet de hadde rapportert inn og det utstyret de mottok. Det er tilfeldig hvilket utstyr som kommer, hevdes det: «*Vi har ikke knekket statens kode for utlevering av utstyr*». Helse Bergen HF hadde heller ingen kommunikasjon med kommunen i forkant av leveransene, og i intervjuene omtales leveransene som «*rene forundringspakker*». Brått kunne det

---

<sup>31</sup> Helse Sør-Øst RHF har etablert et system for kvalitetskontroll av smittevernutstyr. Den består av følgende elementer: Gjennomgang av dokumentasjonen som medfølger utstyret, egne rutiner for fysisk testing av utstyret i Norge, teknisk testing av munnbind og åndedrettsvern ved Forsvarets Forskningsinstitutt (FFI). Helse Sør-Øst opplyser til VG at de har informert kommuner og Fylkesmenn om ordningen for kvalitetssikring i ulike nettsaker i mars og april (<https://www.vg.no/nyheter/i/A12kOq/munnbindene-som-aldri-ble-brukt>).

<sup>32</sup> Denne skulle etter planen opphøre 31.12.2020, men vi får opplyst fra kommunen at det fortsatt kommer mindre partier med smittevernutstyr, og at dette sannsynligvis varer ut mars 2021, men man er ikke helt sikre: <https://www.statsforvalteren.no/nb/innlandet/helse-omsorg-og-sosialtjenester/smittevern/coronavirus/innkjop-av-smittevern-utstyr---tilbake-til-vanlige-ansvarsforhold/>

<sup>33</sup> 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.

<sup>34</sup> Foretaket hadde ikke ansvaret for å kjøre utstyr fysisk ut til kommunene, men leverte utstyret til dropp-punkter i helseregionene (<https://www.vg.no/nyheter/i/A12kOq/munnbindene-som-aldri-ble-brukt>). Det var Helse Bergen HF som distribuerte utstyret videre til kommunene i Rogaland.

stå et stort antall paller utenfor Rovik bo- og aktivitetssenter, som nøye måtte gjennomgås for at man skulle finne ut hva de inneholdt. Dette gjorde det vanskelig for kommunen å planlegge forholdet mellom egne anskaffelser og leveranser fra Sykehusinnkjøp.

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

I underveisevalueringen Fylkesmannen i Rogaland gjennomførte 7. juli pekte flere kommuner på utfordringen med uforutsigbare leveranser og skjeve insentiver i og med at egne anskaffelser måtte kommunene bekoste selv, mens leveransene fra Sykehusinnkjøp HF var kostnadsfrie.

I et samordnet innspill fra storbyene til den statlige granskningskommisjonen ble fordelingsnøkkelen for smittevernutstyr tatt opp som et ankepunkt.<sup>35</sup> 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 - med betydelig smitte – at de stod i reell fare for å gå tom for smittevernutstyr, mens sykehusene hadde store lager av det byene trengte. Det ble fremholdt fra byenes side som et læringspunkt at fordelingsnøkkelen på smittevernutstyr burde vært justert etter mange innspill fra kommunehelsetjenesten om dette.

En utfordring i pandemiens første fase var å beregne hvor stort beredskapslageret av utstyr skulle være sett på bakgrunn av usikkerheten om den videre smitteutviklingen. Våren 2020 utarbeidet kommunen et beregningsgrunnlag for smittevernutstyr. I estimatet legger en til grunn at man skal ha et lager på 6 måneder, og at utstyret beregnes ut ifra at kommunen utfører 800 legevakttester per uke og at en prosent av mottakerne av pleie- og omsorgstjenester hadde korona, og hvor mye utstyr som gikk med per skift. I tillegg er det lagt inn et slingringsmonn. Eksempelvis justerer man opp estimatet av smittefrakker til det dobbelte fordi det kunne bli et økt behov for smittefrakker pga. sommervarmen. Likeledes ble antallet visir redusert med en tredjedel fordi man mente at disse kun gjenbrukes i en måned. Senere gav Fylkesmannen kommunene fargekodene grønn, gul og rød alt etter hvor mange uker lageret varte (Se under).

I september 2020 informerte Helsedirektoratet alle kommunene om at den midlertidige nasjonale innkjøpsordningen skulle fortsette ut 2020, men at kommunene og helseforetakene fra januar 2021 hadde et selvstendig ansvar for å anskaffe smittevernutstyr. Til tross for at den statlige innkjøpsordningen skulle være avsluttet den 31.12, er den videreført de første månedene i 2021. Vi får opplyst fra kommunen at det fortsetter kommer litt utstyr, men man vet ikke hvor lenge. I kommunen er de heller ikke informert om hvorfor ordningen fortsetter<sup>36</sup>.

I tiden fra september til nyttår skulle Helsedirektoratet bygge opp et nasjonalt beredskapslager med sikte på minst seks måneders forbruk for hele landet. **Videre anbefalte direktoratet kommunene et utstyrlager som minst skulle dekke åtte måneder estimert behov.**

---

<sup>35</sup> Notat utarbeidet av storbynettverket 16.10.2020 som grunnlag for møte med den statlige granskningskommisjonen.

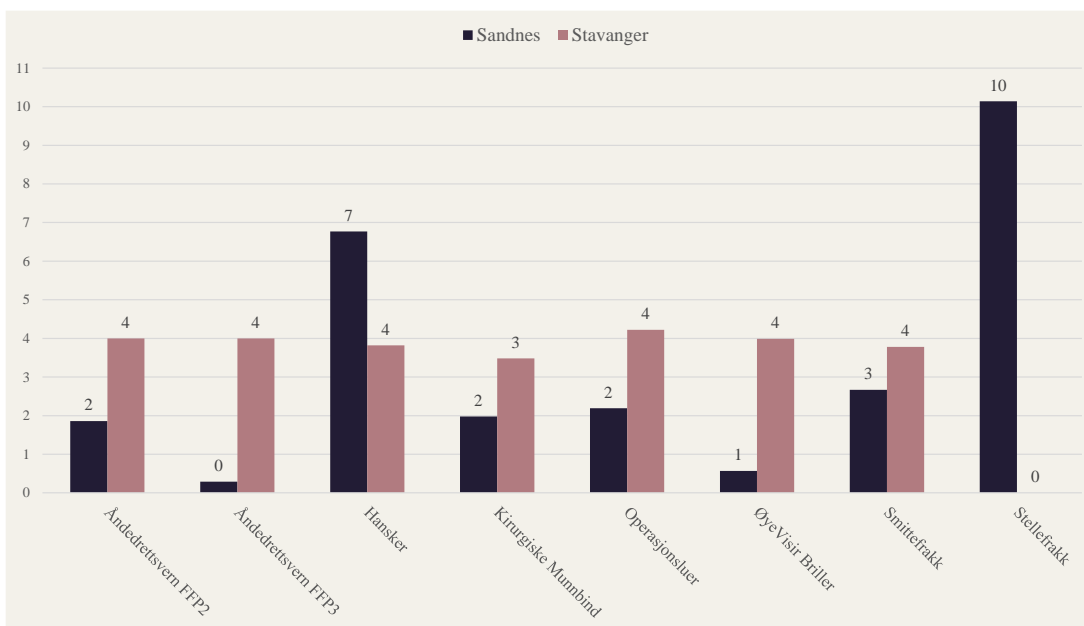
<sup>36</sup> Opplyst i intervju med rådgiver i fagstab helse og velferd, 26.02.

### 5.5.1 SAMMENLIGNINGER MED BÆRUM OG STAVANGER

I figurene under sammenligner vi estimert lagervarighet for smittevernutstyr. Også her legger vi til grunn uke 14, 29 og 9 (2021). Lagervarigheten for uke 14 oppgis i uker og er av helsedirektoratet beregnet ut fra tilgjengelig utstyr sett opp mot forventet forbruk<sup>37</sup>. I juli gav Helsedirektoratet og fylkesmennene kommunene fargekodene grønn, gul og rød, alt etter hvor mange uker lageret varte<sup>38</sup>. Mindre enn to ukers lagervarighet gav rødt, under fem ukers lagervarighet gav gult og over fem uker gav grønt. Vi oppgir absolutte tall i de to neste ukene vi sammenligner (uke 29 og 9 i 2021), ettersom vi fant feil forholdstallene disse ukene.

I uke 14 i 2020 ligger Sandnes på rødt og gult for de fleste utstyrstypene, men stellefrakker og hansker er på grønt nivå. Vi ser at Stavanger har noe lengre estimert lagervarighet enn Sandnes for de fleste utstyrstypene, men også Stavanger ligger dårlig an.

Figur 4 Estimert lagervarighet (målt i uker) i månedsskiftet mars/april (uke 14)



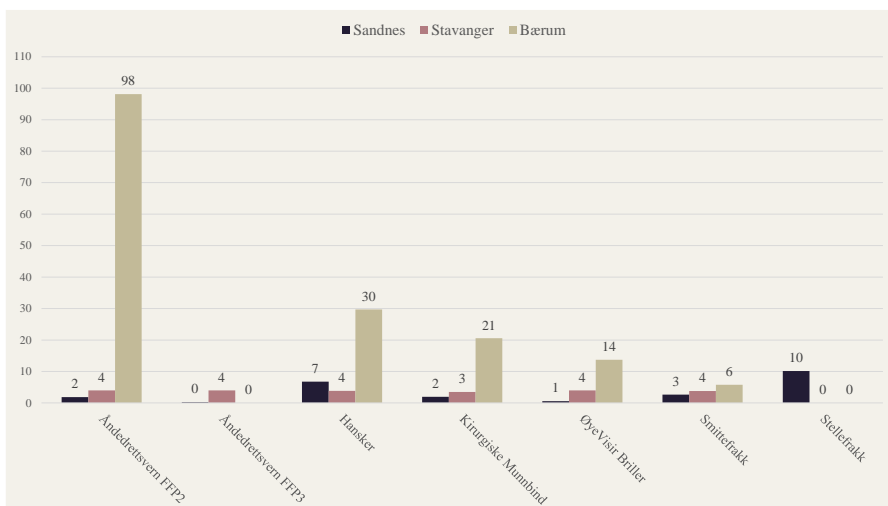
I storbynettverkets tilbakemeldinger til koronakommisjonen pekes det i oktober 2020 det på at sykehusene ble rigget for en krise som så langt ikke hadde dukket opp – krisen måtte håndteres av kommunene. De opplevde at de i mars/april stod i reell fare for å gå tom for smittevernutstyr, mens sykehusene hadde store lager av utstyr kommunene trengte.

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

<sup>37</sup> Det er helsedirektoratet som beregner lagervarigheten, som er beregnet ut fra lagerbeholdning delt på forventet forbruk i kommende uke.

<sup>38</sup> Fargekodene referer ikke til forventningene som ble uttrykt i brevene til kommunene i september 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 lager, f.eks. rød på to uker eller mindre lager (Kilde: Epost fra seniorrådgiver i Helsedirektoratet, 26.02.21).

Figur 5 Estimert lagervarighet (målt i uker) i månedsskiftet mars/april (uke 14), med Bærum



Men i uke 29 er bildet endret. Da ligger Sandnes godt an mht. alle utstyrstypene. Også første uken i mars 2021 ligger Sandnes bra an mht. estimert lagervarighet av smittevernutstyr.

Tabell 3 Estimert lagervarighet (antall) i midten av juli (uke 29)<sup>39</sup>

Utstyrstype	Sandnes	Stavanger	Bærum
Åndedrettsvern FFP2	785	4 508	1 530
Åndedrettsvern FFP3	2 859	1 383	235
Hansker	281 008	481 247	319 220
Kirurgiske Munnbind	96 705	620 599	482 500
Operasjonsluer	14 346	15 631	19 690
Øye Visir Brilller	3 414	22 780	20 538
Smittefrakk	13 092	22 606	22 875
Stellefrakk	6 542	5 980	4 740

Tabell 4 Estimert lagervarighet (antall) første uken av mars 2021 (uke 9)

Utstyrstype	Sandnes	Stavanger	Bærum
Åndedrettsvern FFP2	18 678	3 914	11 950
Åndedrettsvern FFP3	1 352	1 343	1 200
Hansker	1 314 470	967 069	1 500 000
Kirurgiske Munnbind	411 910	631 259	1 150 000
Operasjonsluer	37 848	13 694	31 500
Øye Visir Brilller	16 203	22 773	17 000
Smittefrakk	86 013	17 051	26 600
Stellefrakk	68 496	23 890	60 700

<sup>39</sup> 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.



I begynnelsen av mars i år hadde Sandnes mye smittevernutstyr, og var svært godt dekket på alle områder. Kirurgiske munnbind hadde den laveste estimerte lagervarigheten, 38 uker eller nesten ni måneder.

**Merk:** Det har vært en del endringer i retningslinjer for bruk av utstyr, slik at en del av utstyret knapt brukes lenger, men dette visste man ikke i starten. Det har blant annet vært endrede retningslinjer for bruk av masker og man bruker ikke operasjonsluer lenger. Derfor er også lagerkapasiteten veldig god (mange år). I dag er det primært munnbind og hansker som brukes av kommunen, noe som reflekteres i lagerkapasiteten.

## 5.6 OPPLÆRING I SMITTEVERNUTSTYR

---

Den 20. mars ble det utarbeidet retningslinjer for hygiene og bruk av smittevernutstyr i forbindelse med koronapandemien. Disse er gjort kjent for personalet og er senere justert.<sup>40</sup> Vi går ikke inn i retningslinjene i detalj, men disse inneholder en rekke standard hygieneregler uavhengig av påvist smitte, bruk av smittevernutstyr ved påvist smitte og opplæringsmateriell. Under sistnevnte finnes en del prosedyrer og filmer som viser bruk av utstyr, herunder:

- Prosedyre håndhygiene, bruk av munnbind, bruk av smittefrakk
- Film om på- og avkledning av smitteutstyr
- Film om bruk av smittevernutstyr, tilrettelegging av smitterom, på- og avkledning av utstyr, samt avkledning og påkledning av smittefrakk som skal gjenbrukes
- Informasjon om bruk av utstyr i ulike situasjoner – utvidet bruk og gjenbruk

Kommunens kompetansekrav er oppfylt når de ansatte har gjennomgått sjekklisten og er kjent med retningslinjene og rutinene for smittevern. De ansatte må også gjøre seg kjent med de lokale rutinene på arbeidsstedet.

Tilbakemeldingene fra virksomhetene tyder på at det har vært rettet mye oppmerksomhet mot å sikre en god nok opplæring i bruk av smittevernutstyr, og det er blitt vist en rekke opplæringsfilmer i den forbindelse. Det ble også gjennomført en internkontroll av dette før sommeren. Det har dessuten vært opplæring av renholdspersonellet, ettersom de anses som en veldig viktig brikke i smittevernsarbeidet.

I tillegg har det vært en prioritert oppgave å tørrtrene på bruk av utstyret ute i avdelingene. Det blir pekt på at dette nå sitter i *ryggraden* til de ansatte.

## 5.7 VURDERING

---

I likhet med resten av nasjonen, ble også Sandnes tatt på sengen når koronapandemien kom til landet. Kommunen hadde et svært begrenset lager for smittevernutstyr i starten. 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. Forsyningsikkerheten lå dermed i stor grad til grossistene i markedet, for Sandnes sin del hos Nor-Engros. Men tilgangen på varer derfra ble

---

<sup>40</sup> Vi har tatt utgangspunkt i den oppdaterte versjonen fra 05.06.20.

kraftig redusert når pandemien tiltok. Mesteparten av smittevernproduktene ble nemlig produsert i Wuhan, hvor Covid 19 hadde sitt opprinnelige utbrudd.

I den første fasen ble utstyrsmangelen løst gjennom dugnadsånd, godt internt og eksternt samarbeid, og rasjonering.

Etter noen uker fikk Sandnes kontroll på situasjonen gjennom egne anskaffelser og den statlige anskaffelsesordningen.

Kommunen var relativt raske med å få oversikt over hvor mye utstyr som fantes i kommunen. Allerede tredje mars hadde Sandnes en totaloversikt over utstyrssituasjonen i kommunen, og har i perioden etterpå hatt god kontroll på hvor mye utstyr kommunen til enhver tid har, og hvor det er lagret.

I om lag et år har det vært en statlig ordning for innkjøp av smittevernutstyr, men denne ordningen har vært en begrenset suksess. I Sandnes er de takknemlige for at de har fått utstyr gjennom ordningen. Men ordningen har vært preget av mangel på forutsigbarhet og kommunikasjon. Det har ikke vært noen sammenheng mellom det behovet kommunen har meldt inn og det utstyret de fikk. Det har heller ikke vært noen kommunikasjon i forkant av leveransene, og det er ikke helt klart når den statlige ordningen skal avsluttes. Dette har gjort det vanskelig for Sandnes (og de andre kommunene) å planlegge egne innkjøp.

Etter hvert som pandemien utviklet seg utarbeidet helseforetak og kommunene ulike beregningsmodeller for å finne ut hva som var nødvendig lagerbeholdning. Høsten 2020 anbefalte Helsedirektoratet at kommunene opparbeidet seg et utstyrslager som minimum skulle dekke åtte måneders estimert behov. Sandnes kommune lå i uke 8 i 2021 langt over dette minimumskravet for alle utstyrstyper.

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»*.<sup>41</sup> Etter dette utspillet har direktoratet lagt opp til å bygge opp en nasjonal lagerkapasitet på et halvt år, samtidig som kommunene skulle ha en lagerkapasitet som varer i minimum 8 måneder.

Spørsmålet er hva kommunen bør gjøre fremover? Dette avhenger litt av hva en kommer frem til i kjølvannet av den nasjonale evalueringen. Dersom man legger opp til nasjonale eller regionale lagre med smittevernutstyr, er det ikke sikkert kommunene trenger å foreta seg noe som helst.

Men dersom det fremover blir lagt opp til at det først og fremst er et kommunalt ansvar å sikre tilstrekkelige lagre med smittevernutstyr, er vurderingen annerledes. Da er det nødvendig at kommunene etablerer lagre med smittevernutstyr som har en viss varighet og som kan fungere som et beredskapslager for fremtidige pandemier.

En kan også tenke seg en løsning der det mest avanserte og kostbare utstyret er på et regionalt lager, gjennom helseforetaket, mens mindre avansert smittevernutstyr er kommunens ansvar.

---

<sup>41</sup> <https://www.aftenposten.no/norge/i/qLa12w/i-et-rom-her-satt-opproerte-leger-de-hadde-akkurat-faatt-vite-at-de-had>

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

Det er videre behov for en gjennomgang av prinsippene for lagerhold basert på LEAN og Just-in-Time-prinsippene. Disse er lite anvendelige som prinsipper for oppbygging av eventuelle beredskapslagre.

I dag står det i pandemiplanen at kommunen må skaffe seg nødvendig utstyr som smittefrakk, hansker og munnbind, men ikke hvor mye kommunen har av dette utstyret. Etter vår vurdering er det nødvendig at kommunen har en oversikt over nødvendig utstyr og hvor dette er lagret. Det er sannsynligvis mest naturlig å ha dette som et vedlegg til pandemiplanen (eller beredskapsplanen), og ikke i selve pandemiplanen, ettersom mengden av utstyr trolig vil endre seg relativt hyppig.

## 6 OVERORDNET ORGANISERING

### 6.1 INNLEDNING OG REVISJONSKRITERIER

---

I denne delen ser vi nærmere på den overordnede beredskapsorganiseringen under en pandemi, dvs. lokal smitteverngruppe (pandemiplan) overordnet beredskapsledelse, beredskapsstab og organisering innen oppvekst og helse og velferd.

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

For at kommunen skulle lykkes med TISK, koronahåndtering og med å kunne opprettholde en mest mulig normal drift med mye smitte, må kommunen sørge for å kunne skaffe til veie nok bemanningsressurser på relativt kort varsel. Derfor ble det såkalte bemanningskontoret opprettet. Organiseringen og utviklingen av dette kontoret er behandlet i et eget kapittel.

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

- Kommunens beredskapsorganisering under koronapandemien skal være innenfor rammen av de fire grunnleggende prinsippene som stilles til beredskapsorganisering og ledelse, dvs. ansvars-, likhets, nærhets- og samvirkeprinsippet.

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

Design av en effektiv beredskapsorganisasjon må balansere flere hensyn. Normalt inngår tre hovedelement: Beredskapsledelse (*strategisk nivå*), beredskapsstab (*operasjonelt nivå* med beredskapssjefen) og tjenesteområdene (*taktisk nivå*). Fordelingen av beslutningsfullmakter avgjør hvor hovedtyngden av krisehåndteringen foregår: Sentralisert der ledelse og beredskapsstab spiller hovedrollen. Eller desentralisert, der den ordinære drifts- og linjeorganisasjonen spiller en viktig rolle. Det må være tydelig for alle når man går fra ordinær linjeledelse til beredskapsledelse gjennom stab, og like klart må det være når man går tilbake til linjeledelsen.<sup>42</sup> På denne bakgrunn kan en tenke seg to ulike organisasjonsmodeller ifm. krisehåndteringen:

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

## 6.2 LOKAL SMITTEVERNGRUPPE

---

Ifølge Sandnes kommunes pandemiplan er det lokal smitteverngruppe som er kriseledelse under en pandemi. Smitteverngruppen ble opprettet den 29. januar<sup>43</sup> og denne gruppen bestod av kommuneoverlege, legevaksjef og representanter fra Helse og velferd, HR/HMS, servicekontoret og kommunikasjon.

Frem til begynnelsen av mars var det lokal smitteverngruppe som var den reelle kriseledelsen i Sandnes, mens beredskapsledelsen ble involvert/informert ved behov. Det var blant annet et møte den 27.02 mellom lokal smitteverngruppe og den overordnede kriseledelsen der kommunelegen orienterte om koronaviruset.

Det var nokså hyppige møter i den lokale smitteverngruppen en periode, spesielt i månedsskiftet februar/mars. Både formen og innholdet i møtene er nokså lik det som senere skulle bli strukturen på møtene i den overordnede beredskapsledelsen. Det var statusoppdateringer, informasjonsdeling på tvers av tjenesteområdene og tiltak for å bygge opp beredskapen. Eksempler på dette: Orienteringer om smittesituasjon, utviklingen knyttet til testing på legevakten, HR som hadde laget en oversikt over alle ansatte i kommunen med sykepleier i stillingstittel og ansatte med sykepleierutdannelse. Det er også tett kontakt med beredskapsledelsen i Helse og velferd. Det refereres blant annet til at kommunaldirektøren i medbestemmelsesmøte med de tillitsvalgte har orientert «*om at ansatte kan få andre oppgaver en tid i forbindelse med denne situasjonen.*» (Referat fra 05.03).

## 6.3 BEREDSKAPSLEDELSEN

---

Fra 12. mars og utover tar kommunens overordnede beredskapsledelse over den reelle krisehåndteringen i kommunen. Den består av ordfører, kommunedirektør, kommunaldirektører, kommuneoverlege, beredskapssjef og noen rådgivere/spesialrådgivere. Den 18. mars delegerte

---

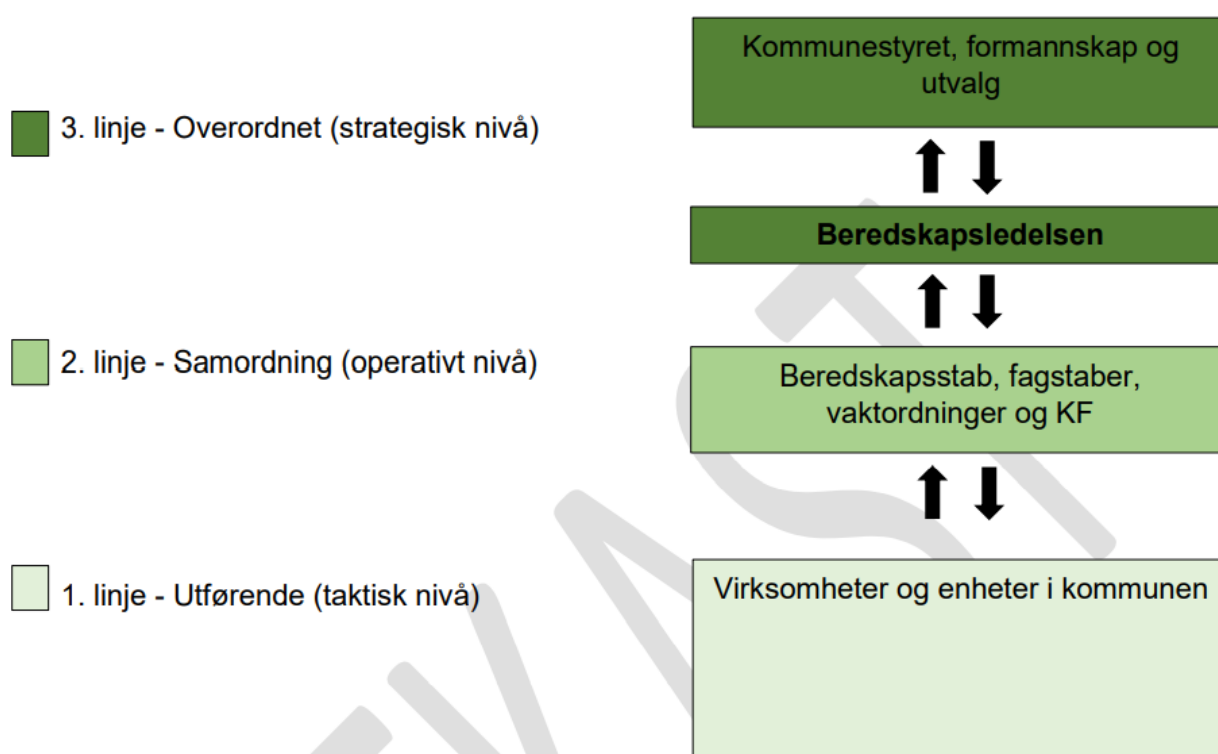
<sup>42</sup> Jf. Bjelland, B. og E. R. Nakstad (2018): *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid*. Oslo: Gyldendal.

<sup>43</sup> Tilbakemelding på epost fra beredskapssjef den 29.01.

kommunestyret myndighet til at ordfører og kommunedirektør kunne fatte hastedtak ifm. koronapandemien<sup>44</sup>.

Beredskapsledelsen har hatt ansvaret for å sette i verk forebyggende og konsekvensreducerende tiltak ifm. pandemien, i tråd med beredskapsplanen. Ordfører har vært kommunens talsmann i media og er den politiske representanten i beredskapsledelsen. Kommunedirektøren er beredskapsledelsens leder, og har det overordnede ansvaret for kommunens håndtering av beredskapshendelser på alle nivå i kommunen. Direktører, virksomhetsledere og avdelingsledere har hatt ansvar for å forebygge eller redusere konsekvenser av pandemien innenfor sitt område. Direktørene bistår også virksomheter ved behov, og har ansvaret for det daglige beredskapsarbeidet i egen sektor. De bistår også virksomheter ved behov. I figuren under viser vi hvordan beredskapsledelsen er organisert i Sandnes, ifølge beredskapsplanen.

Figur 6 Organisasjonskart beredskapsledelsen i Sandnes



<sup>44</sup> Krisehåndteringsfullmakt fra den 18. mars. Ihht. kommuneloven § 11-8, 2 ledd. Eksempler på hva som er vedtatt i fullmaktsperioden:

- Foreldrene skal ikke betale for barnehageplass og SFO i perioden med stengning.
- En felles luftsvegslegevakt, sammen med Klepp, Time, Hå og Gjesdal.
- Midlertidig økning i sykehjemsplasser ved kjøp av syv leiligheter ved Åsehjemmet borettslag, som er tilknyttet Åse bo- og aktivitetssenter.
- En smittevernavdeling for utskrivningspasienter med koronasmitte ved Sandnes helsesenter.
- Påskeåpne barnehager og SFO for barn i sårbare livssituasjoner og for barn med foreldre i samfunnskritiske stillinger.

Den faktiske organiseringen av beredskapsledelsen i Sandnes ligger veldig tett opp til beredskapsplanen. Etter 12. mars var det svært mye koordinering på tvers, og mange hadde behov for å være involvert i informasjonsflyt og beslutninger, totalt 20-25 stykker. Man valgte da å dele gruppene opp i to – beredskapsledelsen, som besto av kommunens overordnede ledelse, og beredskapsstab, som besto av noen virksomhetsledere og rådgivere med beredskapsansvar. Staben hadde en operativ funksjon, og var sammensatt av representanter fra alle tjenesteområdene i kommunen. Beredskapssjef var rådgiver for beredskapsledelsen og har ledet den operative staben, og har vært bindeleddet mellom de to møtene. Møtene i staben ble holdt umiddelbart etter møtene i beredskapsledelsen, og deres oppgave var å konkretisere og bringe kriseledelsens beslutninger ut i organisasjonen.

Denne ordningen varte primært våren 2020, i den mest hektiske perioden. Høsten 2020 ble stabsmøtet avvirket fordi man konkluderte med at behovet ikke lenger var til stede. Likevel får samtlige medlemmer av beredskapsstab kopi av statusrapporter og informasjon etc.

Møtene i beredskapsledelsen har fortsatt siden man satt krisestab, som regel en gang i uken, men oftere dersom smittetrykket er høyt eller ved ekstraordinære hendelser.

## 6.4 EN PREVENTIV ELLER EN REAKTIV TILNÆRMING?

---

Under hele pandemien har lokale og nasjonale beslutningstakere stått overfor et stort og grunnleggende beslutningsdilemma: Skal man velge en preventiv eller reaktiv tilnærming i håndteringen av pandemien? Ettersom dette dilemmaet har gjennomsyret nasjonal, regional og lokal koronahåndtering, ønsker vi å bruke litt plass på dette her, og illustrere det med et eksempel.

Ifølge smittevernloven § 1-5 skal smitteverntiltakene være basert på en klar medisinskfaglig 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 smitteverntiltak, og hvor inngripende disse skal være: Når overstiger tiltakenes helsemessige gevinster ulempene befolkningen påføres? Dette dilemmaet har kommet til tydelig til uttrykk i møtene i beredskapsledelsen.

En proaktiv eller forebyggende tilnærming til dette spørsmålet går i retning av et «føre-var-prinsipp». Det er et spørsmål om å holde nede smitteutviklingen ved forebyggende tiltak for på den måten å beholde kontrollen. Den reaktive tilnærmingen harmonerer med slå-ned-strategien Norge valgte tidlig i pandemien: Smitten var da et faktum, og det var et spørsmål om å slå den raskt ned.

Fordelen med en forebyggende eller preventiv strategi er at den vil kunne opprettholde et jevnt lavt smittetrykk fordi en rekke mobilitets- og kontaktreduserende tiltak brukes forebyggende. Det er to nøkkelutfordringer med en slik strategi: 1) Lovkravet om forholdsmessighet, og 2) legitimiteten tiltakene har i befolkningen: Dilemmaet med en forebyggende tilnærming er at dens suksess også fort kan bli dens fiende: Et vedvarende lavt smittetrykk i en kommune eller en region vil etter hvert redusere strategiens legitimitet i befolkningen. Folk vil gradvis miste tilliten til tiltakene fordi de har følbare, negative konsekvenser for barn og unge, næringsliv, privatliv og kulturliv mens gevinsten med et lavt smittetrykk er litt diffus: Er det tiltakene som virker, eller er det faktisk ikke smitte i kommunen – og hvorfor skal man da ha tiltak? Folk vil oppleve at byrden ved tiltakene ikke står i forhold til den opplevde gevinsten.

Den reaktive tilnærmingen er enklere å forklare, og derfor er det også lettere å skape legitimitet omkring tiltakene i befolkningen. Smitten øker, og kommunen setter inn tiltak for bremse eller slå ned smitten. Tiltakenes gevinst for liv og helse er tydelig for de aller fleste, og dette bidrar til å skape tillit og legitimitet i befolkningen, selv om byrdene kan være store. Ulempen er at tiltakene blir satt inn når smitten er på vei opp. Derfor kan det ta lang tid å få kontroll på smitten. Krisehåndteringen kan i et slikt perspektiv betraktes som en dans med «koronaviruset»

Et lokalt eksempel på dette dilemmaet er opphevelsen av den lokale smittevernforskriften i midten av desember 2020. Administrasjonen og smittevernoverlegene anbefalte en videreføring av forskriften til midten av januar 2021, selv om smitten var lav og fallende. Intensjonen var å bruke forskriften forebyggende og dempe en mulig smittevekst i julen.

De fire ordførerne valgte å oppheve den 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. Men en drøy uke senere fikk vi det som skulle bli det største smitteutbruddet i regionen. I romjulen ble det derfor satt inn en rekke tiltak og like over nyttår gikk skolene over på rødt nivå.

Sett i ettertid, i etterpåklokskapens lys, burde nok forskriften blitt forlenget. Men der og da, når beslutningen ble tatt, var det ikke lett å vite. Det var ikke åpenbart at en forlengelse av forskriften var rett vei å gå: Usikre forebyggende gevinster i en situasjon med lite smitte stod opp imot klare byrder for innbyggerne, som så fram til ferie og høytid og et pusterom fra koronaen.

Saken om den lokale forskriften er illustrerende for det konstante beslutningsdilemmaet beredskapsledelse og folkevalgte har stått i under pandemien. Og det hører med til historien at også denne smittetoppen ble effektivt slått ned utpå vinteren 2021.

## 6.5 ORGANISERING INNEN HELSE OG VELFERD

---

I Stavanger valgte man å dele de operative og strategiske oppgavene i to nivå, dvs. et strategisk og et operativt nivå. Strategisk nivå bestod av direktørens ledergruppe, mens operativt nivå bestod av fem rådgivere/spesialrådgivere. Kort fortalt er oppgavene til det operative teamet å stå for den praktiske gjennomføringen av det som ble besluttet på strategisk nivå.

I Sandnes har man ikke hatt en slik todeling. Direktørene og deres krisestaber har tatt seg av både strategiske og operative oppgaver ifm. håndteringen av koronapandemien.

Felles informasjonskanal for *Helse og velferdsberedskapsgruppe i forhold til coronavirus* ble etablert den tredje mars 2020, og deltakerne består primært av ledere og rådgivere innen Helse og velferd. I tillegg er representanter fra HR-avdelingen, tillitsvalgte og de tre kommune der.

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at dette har vært en effektiv og nyttig måte å dele og bringe videre informasjon på.

Sittespringsteamet ble administrativt underlagt direktør for Helse og velferd i november 2020. Vi går nærmere inn på smittespringsteamet i neste kapittel.

## 6.6 ORGANISERINGEN INNEN OPPVEKST

---

### 6.6.1 ORGANISERING I STABENE

I Stavanger kommune er barnehage, skole og barn, unge og familie organisert innenfor samme direktørområde – direktørområdet for Oppvekst og utdanning. I Sandnes er det samme ansvarsområdet delt mellom to direktører. Skole er organisert for seg, mens barnehagene er organisert under direktørområdet Oppvekst barn og unge, sammen med virksomheter som Barne- og familieenheten (barnevern og psykiske helsetjenester for barn og unge), helsestasjonstjenester og PPT.

I Stavanger valgte man å dele de operative og strategiske oppgavene i to nivå, dvs. et strategisk og et operativt nivå. Strategisk nivå bestod av direktørens ledergruppe, mens operativt nivå bestod av fem rådgivere/spesialrådgivere. Kort fortalt er oppgavene til det operative teamet å stå for den praktiske gjennomføringen av det som ble besluttet på strategisk nivå.

I Sandnes har man ikke hatt en slik todeling. Direktørene og deres krisestaber har tatt seg av både strategiske og operative oppgaver ifm. håndteringen av koronapandemien.

Kommunaldirektør skole opprettet en egen koronagruppe som kun arbeidet med å følge opp skolene. Hensikten med dette var å være tett på skolene i forbindelse med koronasituasjonen. Koronagruppen bestod av kommunaldirektør og fire rådgivere, og var lokalisert i et eget beredskapsrom på rådhuset. Informasjonsbehovet var periodevis veldig stort og vi får opplyst at gruppen «svarte ut skolene døgnet rundt» i perioder. Det pekes på at koronagruppen var samsnakket og sørget for at samme informasjon nådde ut til alle skolene.

## 6.6.2 KORONA PÅ TVERS

Nokså raskt etter nedstengningen ble det etablert et formalisert tverrfaglig samarbeid, kalt *Korona på tvers*. Dette samarbeidet ble etablert den 19.03, og en egen informasjonsdelingskanal på Teams ble opprettet den 24.03. Korona på tvers er et samarbeid mellom virksomheter innen tjenesteområdene Oppvekst Barn og unge, Oppvekst Skole og Helse og velferd.<sup>45</sup> Gruppen hadde sitt første møte den 31.03.

Hensikten med Korona på tvers var å samordne og koordinere tiltak rettet mot sårbare barn og familier, og identifisere barn som kunne ha nytte av dagtilbudet i barnehage og på skole. Samarbeidspartnerne representerer ulike fagområder og fanger opp både barne- og voksenperspektivet. Deling av informasjon og samarbeid på tvers av tjenesteområdene skulle bidra til at tiltakene ble mer målrettede og effektive.

Noen konkrete eksempler på gevinster av dette samarbeidet<sup>46</sup>:

- Skolene ble stengt i mars og undervisning ble digital. Skole: Noen elever mangler pc/ har ikke pc som virker og foreldrene har ikke råd til å skaffe en ny. NAV: Be foreldrene ringe dette nummeret så forsøker vi å ordne dette.

---

<sup>45</sup> De som er representert i dette samarbeidsorganet er fagstab skole, fagstab barn og unge, fagstab helse og velferd, Samordningsenheten og primært ledere i følgende virksomheter: NAV (to representanter – en som ivaretar barneperspektivet og en som ivaretar økonomisk sosialhjelp), helsestasjonstjenester, SLT-koordinator, Barne- og familieenheten, Stryket barnehagetilbud, PPT, Mestringsenheten og Flyktingetjenesten.

<sup>46</sup> Jf. referater fra møte i gruppa og intervjuer.



- Flyktingtjenesten erfarte at en del av deres brukere ikke hadde internett eller fikk til å koble til internett. Miljøtjenesten kunne bistå disse hjemmene med internettoppkobling slik at elevene fikk følge undervisningen.

Tilbakemeldinger i intervjuene tyder på at de involverte er veldig fornøyde med Korona-på-tvers-samarbeidet, så fornøyde at de planlegger å fortsette samarbeidet etter pandemien.

I tillegg til det interne korona-på-tvers-samarbeidet, var det også et utstrakt eksternt samarbeid på de fleste områdene. Både innen barnehage, skoler, helsestasjonstjenester og barnevern hadde man et utstrakt samarbeid med andre storbykommuner og nabokommuner. Skolestaben hadde også jevnlig samarbeid med KS.

## 6.7 KORTE BESLUTNINGSVEIER – GODT SAMARBEID

---

Et annet moment som flere fremhever som en suksessfaktor i Sandnes er den fysiske nærheten mellom fagstabene, og en kunnskapsrik, samt en veldig tilgjengelig kommuneoverlege. Alle stabene er lokalisert på rådhuset og har samarbeidet jevnlig ifm. koronahåndteringen: *«Stabene er vant med å samarbeide, det er få skott mellom dem og det er korte linjer».*

Både innenfor helse og innenfor oppvekstfeltet pekes det i intervjuene på at det er god intern kommunikasjon og samhandling, betydelig delegering og korte beslutningslinjer. En av de intervjuede direktørene sa det slik: *«Vi har en tonivåmodell, det er korte avstander til virksomhetene og det blir tatt raske avgjørelser. Vi trenger ikke å vente på at en sak skal gjennom mange ledd. Det er en stor styrke (..). Vi har Hans Petter og beredskapssjefen like i nærheten og jeg er rådmann på mitt felt, og jeg trenger ikke å snakke med Bodil. Det er tillitsbasert».* De fleste gir uttrykk for at det er en sterk handlingskultur i kommunen, dvs. at de oppfatter seg selv og sine kollegaer som *«hands on»*, handlingsorienterte og praktiske.

Både virksomhetsledere innenfor helse og velferd og oppvekst hevder samhandlingen mellom nivåene har fungert godt, og at man har etablert gode kanaler for kommunikasjon. Det er flere som mener at både det horisontale og vertikale samarbeidet har blitt styrket som følge av koronahåndteringen. I hele perioden har det vært tett og nær kontakt mellom direktørstabene, og mellom direktørstabene og virksomhetene, selv om intensiteten har varier.

## 6.8 BRUK AV CIM SOM KRISESTØTTEVERKTØY

---

Håndtering av en krise innebærer behov for informasjon, kommunikasjon, samhandling og koordinering på tvers. Ifølge beredskapsplanen benytter Sandnes kommune seg av CIM (Crisis Information Management), som er et informasjons- og styrings- og støtteverktøy i forbindelse med kriser. Verktøyet benyttes av statsforvaltningen, kommuner og fylkeskommuner. CIM er modulbasert og inneholder en rekke deler, for eksempel hendelseslogg, rapportert, planverk og mediehendelser/mediesvar.

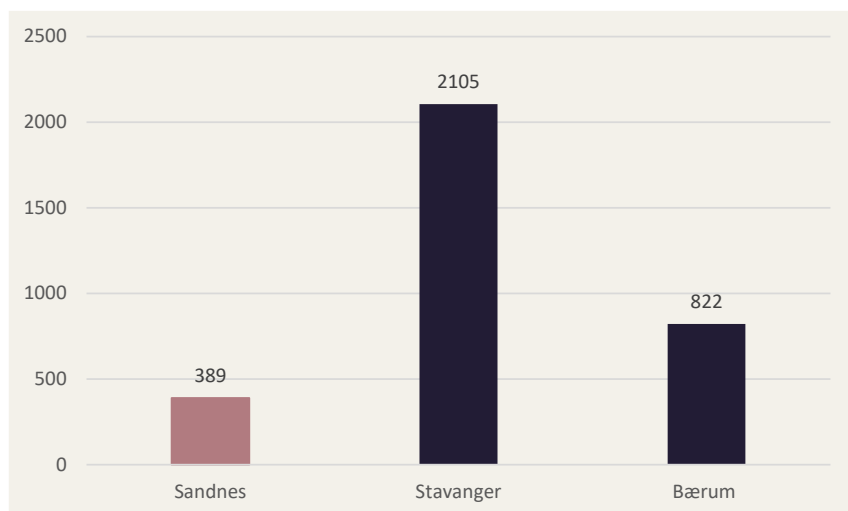
Gjennomgangene vår tyder på at CIM i liten grad har dekket kommunenes behov for deling av informasjon og etablering av et felles situasjonsbilde ifm. koronahåndteringen. I Sandnes har CIM primært blitt brukt som et loggføringssystem, mens det er andre plattformer (Teams og Google classroom) som har fungert som arenaer for informasjon og samhandling innenfor ulike tjenesteområder, og på tvers av ulike tjenesteområder.

Tilbakemeldingene i flere av våre undersøkte kommuner tyder på at mange opplever systemet som arkaisk, lite brukervennlig og lite funksjonelt.

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

Gjennomgangen vår tyder på at det er et fåtall personer som bruker CIM, primært beredskapssjefen og noen få nøkkelpersoner. 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 7 Antall loggføringer i CIM knyttet til koronapandemien per 14.04.201



**Vurdering:** CIM har i liten grad blitt brukt som krisestøtteverktøy i Sandnes kommune i forbindelse med koronahåndteringen. Andre systemer har vært langt viktigere for informasjonsdeling og samhandling mellom nivåene og på tvers av fagområdene. CIM har primært fungert som et loggførings- og arkivsystem der noen sentrale dokumenter er lagret, for eksempel referatene fra møtene i beredskapsledelsen og jevnlig statusrapporter.

Fremover bør kommunen ta stilling til hvordan man skal bruke CIM i kriser, og om man skal skille mellom hvordan man bruker verktøyet i kortvarige og langvarige kriser.

Løsningen som etter hvert materialiserte seg i forbindelse med pandemihåndteringen virker å være fornuftig. Det ville etter vår vurdering ikke vært mulig å bruke CIM på samme måte som man har brukt Teams-kanalene. Dette skyldes delvis systemets funksjonalitet som samhandlingsverktøy, og delvis at mengden av dokumenter i så fall ville blitt altfor stor. Et annet aspekt er at systemet ikke er spesielt godt egnet til å sortere og filtrere informasjon.

Gjennomgangen vår viser også at det i en langvarig krise kan være vanskelig å vurdere hva som skal inn i CIM og hva som ikke skal inn. Det er eksempelvis et større tilfang av ulike typer dokumenter i starten enn det er mot slutten, og det er også meget store forskjeller mellom kommunene mht. hva som legges inn i CIM.

**Læringspunkt:** Kommunen bør ta stilling til hvordan man skal bruke CIM i fremtiden., og hvilken type informasjon som skal inn der. Det bør også tas stilling til om verktøyet bør brukes

annerledes i kortvarige og i langvarige kriser. Kommunene bør også vurdere å kontakte DSB for å skape et mest mulig funksjonelt krisestøtteverktøy.

## 6.9 OPPSUMMERING

---

Kommunens faktiske beredskapsorganisering ifm pandemien ligger tett opp til den organiseringen man så for seg i kommunens beredskapsplan. Den er også i tråd med de tre sentrale beredskapsprinsippene; ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet.

I innledningen sonderer vi mellom de to ulike måter å organisere krisehåndteringen på: En *sentralisert modell* – der krisehåndteringen er lagt til strategisk ledelse og beredskapsstab, en *desentralisert modell* - der krisehåndteringene er lagt til tjenesteområdene. Etter vår vurdering ligger Sandnes et sted mellom disse to modellene, dvs. en blandingsmodell. Dette innebærer at driften har vært tilnærmet normal i perioder med liten smitte, og at man raskt har oppskalert når smittetrykket har økt. Det er mange eksempler på dette: Møtehyppigheten i beredskapsledelsen økes i perioder med høyt smittetrykk, og det tas flere beslutninger der, bemanningskontoret aktiviseres og test- og smittesporingskapasiteten økes.

Intern organisering og koordinering av innsatsen er også i tråd med samvirkeprinsippet.<sup>47</sup> Kommunens håndtering av koronasituasjonen har ført til et utstrakt samarbeid og en omfattende koordinering, både innenfor direktørområdene, mellom direktørområdene og mellom direktørområder og staber. Det er flere som peker på at samarbeidet har blitt tettere og bedre ifm. håndteringen av koronapandemien. Kort sagt ser det ut til kommunens koronahåndtering både har vært relasjonsbyggende og internt integrerende.

Foruten god samhandling og koordinering ser det ut til at korte beslutningsveier, nærhet mellom fagstaber og nøkkelpersoner og tillit i organisasjonen har vært avgjørende for en vellykket koronahåndtering.

# 7 TILTAK INNEN HELSE OG VELFERD

## 7.1 INNLEDNING

---

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

**I denne delen ser vi nærmere på oppbyggingen av TISK-kapasiteten i kommunen.**

TISK er et målrettet smitteverntiltak som identifiserer og håndterer smittede til forskjell fra befolkningsrettede tiltak for å hindre smittespredning gjennom kontaktreduserende tiltak. Regjeringens mål har fra tidlig i pandemien vært å holde smittespredningen under kontroll, slik at smitten er håndterbar og ikke overskrider kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten og kommune-

---

<sup>47</sup> Det eksterne samarbeidet behandles i et eget kapittel.

helsetjenesten. Ved lokale utbrudd vil det da være nødvendig å supplere målrettede TISK-tiltak med mer generelle befolkningstiltak for å unngå stort smittetrykk. Denne fullmakten har kommunene gjennom smittevernloven § 4-1.

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

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

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

**TISK-begrepet er utviklet under pandemien**, og ble lansert i regjeringens strategi for håndtering av koronapandemien fra 7. mai 2020 (s.7). Regjeringens strategi redegjør for valg av mål og tiltak for regjeringens håndtering av covid-19-pandemien i Norge, herunder hvordan risikovurdering og prinsipper for håndtering av pandemien bør ligge til grunn for vurdering av tiltak.<sup>48</sup> TISK som strategisk grep, er fulgt opp i regjeringens Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid19-pandemien vedtatt 10. juni.<sup>49</sup> og i Rundskriv I-7/2020 om kommunale smitteverntiltak. Beredskapsplanen gir en overordnet veiledning for vurderinger og beslutninger av tiltak på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Sammen med rundskrivet og FHI's Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen<sup>50</sup> gir staten veiledning for kommunenes vurderinger, beslutninger og iverksettelse av tiltak.

De statlige TISK-kravene og føringene operasjonalisert i et brev fra Helsedirektoratet til kommunene 3. juli 2020.<sup>51</sup> Ytterligere informasjon til kommunene om TISK kom i brev fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til ordførerne 4. september.<sup>52</sup> Det er også gitt informasjon om kommunenes bruk av personellressurser i forhold til TISK 19. august.

---

<sup>48</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/>

<sup>49</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/73a60433276240bb9247a00ecc8b23c7/beredskapsplan-covid-19-oppdateret-desember-2020-hbrj.pdf>

<sup>50</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

<sup>51</sup> [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](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)

<sup>52</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/4fdc181035d94db687a5174aeae2b0fb/brev-til-landets-ordforere-om-oppfolging-av-tisk-strategien-og-finansiering.pdf>

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

**Den tredje mars publiserte FHI et råd om forsterket TISK** ved utbruddshåndtering. Forsterket TISK innebærer en mer utstrakt testing og karantenesetting, og mer vektlegging av god gjennomføring av karantene og isolering. Den største endringen ved forsterket TISK er ventekarantene for nærkontaktens husstandsmedlemmer, ikke kun nærkontakter som ved ordinær TISK.

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 Sandnes kommunes TISK-innsats må vi ta høyde for denne dynamikken der staten har stilt stadig nye og mer detaljerte krav til kommunene etter hvert. Disse kravene og rådene har vi benyttet som revisjonskriterier, og blir sammenfattet i avsnittet under.<sup>53</sup>

## 7.2 FØRINGER FOR TESTING OG SMITTESPORING

---

I punktene under har vi oppsummert de føringene fra staten som ligger til grunn for våre vurderinger. Det viktigste punktet er om Sandnes har klart å bygge opp en tilstrekkelig TISK-kapasitet til å kunne håndtere et større smitteutbrudd.

- Helsedirektoratet ga i brev av **24.april 2020** et oppdrag om at alle landets kommuner måtte etablere en kapasitet på testing av opptil **5 prosent** av kommunenes innbyggere per uke. Dette ble **justert syvende mai til 1,5 prosent av befolkningen**, men det ble pekt på at det var viktig å ha en viss beredskap for å teste inntil 5 prosent.
- Fra direktoratet var det en **forventning om at kommunene fra august 2020** skulle ha et bemanningssystem som gjorde det mulig, i en ekstraordinær situasjon, å skalere opp til en testkapasitet tilsvarende testing av **5 prosent** av de som bodde/oppholdt seg i kommunen i løpet av en uke.
- For ordens skyld:
  - En testkapasitet på 5 prosent innebærer 7510 personer i uka, og 1073 per dag.
  - En testkapasitet på 1,5 prosent utgjør 2253 personer i uka og 322 per dag.
- Det skal være kort ventetid for testing og raskt svar på prøvetaking
- Kommunen må ha stor nok smittesporingskapasitet til å kunne håndtere smittesporingen ved et større smitteutbrudd
- Kommunen skal tilby alternativ isolasjon og karantene der dette er nødvendig, for eksempel dersom de ikke kan gjennomføres hjemme

---

<sup>53</sup> 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.

- Kommunen skal gjennomføre tilsyn med at regler for isolering og karantene blir fulgt

### 7.3 ORGANISERING AV TESTING

---

Frem til 16.03 foregikk testingen i Sandnes først og fremst på Sandnes legevakt, og til dels på det enkelte legekantor.<sup>54</sup>

Felles interkommunal legevakt og teststasjon på Klepp startet opp den 16.03.2020. Deltakende kommuner var Klepp, Time, Hå, Sandnes og Gjesdal. Hensikten med dette var å unngå få Covid 19-smitte inn i de ordinære legevaktene og hos fastlegene.

Beslutningen om en interkommunal luftveislegevakt ble tatt fredag den 13.03 klokken ett og luftveislegevakten var i drift den 16.03. Dette skjedde etter en hektisk og intens helg der man redesignet og bygget om til luftveislegevakt i løpet av helgen. Det hele gikk altså veldig fort og i intervjuene pekes det på følgende suksessfaktorer som kan forklare dette: *«Innovative folk og omstillingsvilje, at man er i stand til å se løsninger i en fart og handle deretter.»*

Personell ble satt inn fra samarbeidende kommuner og legesenter, i tillegg til at egne ansatte økte sine stillinger. Det ble også opprettet en felles teststasjon, som fikk tilhold i telt på parkeringsplassen utenfor legevakten.

Alle pasienter med feber og luftveissymptomer skal til lege ved en luftveislegevakt. Fra mars hadde Klepp ansvaret for luftveislegevakten på dagtid, samt kveld og helg for alle de fem samarbeidende kommune. Sandnes kommune har ansvaret om natten for de fire kommunene, mens Hå hele tiden har hatt egen luftveislegevakt om natten. Fra første juni overtok Sandnes luftveislegevakten også på dagtid. Det betyr at Klepp har luftveislegevakten på kveldstid i ukedagene, og i helgene.

Teststasjonen har åpent fra 08.00 – 15.00 ved grunnbemanning og et moderat testtrykk. Det blir foretatt kveldstesting ved behov (fremt til 23.00), noe som har skjedd flere ganger, men i februar 2021 var det tilstrekkelig med dagtesting.

Per mars 2021 var det 33 fast ansatte og vikarer ved teststasjonen og luftveislegevakten. Noen arbeider kun ved teststasjonen, mens andre arbeider turnus som er delt mellom luftveislegevakt og teststasjon. Det er totalt 18,5 årsverk på luftveislegevakten og teststasjonen<sup>55</sup>. Disse er fordelt slik:

- 8,14 sykepleiere ved luftveislegevakten
- 5,4 ved teststasjonen
- 3 merkantile stillinger
- 1,92 for ledelse/administrative funksjoner

Det er i tillegg 37 vikarer som er knyttet til luftveislegevakt og teststasjon som kan tilkalles ved behov. Tallet er såpass høyt for at man skal kunne dekke et behov for rask oppbemanning ved økt testing og fordi det er ledige helgestillinger (som i dag dekkes inn greit).

---

<sup>54</sup> Jf. møtereferat i lokal smitteverngruppe den 02.03.20.

<sup>55</sup> Rapport 1 Luftveislegevakt og teststasjon, 2020.

Fra mars til oktober var det en liten kjerne av fast ansatte på Klepp, mens de øvrige hadde andre jobber i kommunene, og ble lånt ut fra sine avdelinger. De fleste av de som ble lånt ut fra andre avdelinger ble kalt tilbake til sine faste stillinger i løpet av april og mai<sup>56</sup> I løpet av 2020 har nærmere 100 personer blitt lært opp på teststasjon, i telefonhåndtering, og pasientmottak inne på luftveislegevakten.

Vi får opplyst at det har vært utfordrende å rekruttere nok kompetente folk og lære opp nyansatte, og at faglig nøkkelpersonell har brukt uforholdsmessig mye tid på dette. I årsrapporten pekes det på at «*Mange og raske endringer i sentrale tiltak og råd undervegs i heile året fekk stor betydning for drift og opplæring. Ofte har informasjonen frå regjeringa, FHI og helsedirektoratet kome via media først og det har vore kort frist å områ seg*». I starten var det dessuten veldig utfordrende og arbeidskrevende å få tak i nok smittevernstyr.

I november «satte» organisasjonen seg og det var da man fikk den nåværende faste bemanningen.

## 7.4 KAPASITET

---

Selv om teststasjonen på Klepp var i drift fra første dag, tok det tid å bemanne opp stasjonen for å kunne møte kravet om at minimum fem prosent av befolkningen skulle testes. Man skulle stable på bena en ny organisasjon med nye folk, og mange av disse skulle «lånes» fra deltakerkommunene. **Etter seks ukers drift ble det bestemt at kommunene skulle opprette andre teststasjoner, enten på andre legevaktene eller andre steder, dersom behovet meldte seg<sup>57</sup>.**

Per midten av mars 2021 har antallet som har testet seg variert veldig. Toppen kom etter jul, hvor opp mot 900 testet seg hver dag den ene uken.

På Klepp har man utarbeidet en beredskapsplan for økt smitte i samfunnet og ved utbrudd på luftveislegevakta og teststasjonen. På bakgrunn av denne gjorde man i januar beregninger av hvor mange tester som er mulig å gjennomføre per dag. Resultat: **Testkapasitet på 1500 per døgn (dvs. 7 prosent av befolkningen)<sup>58</sup>**, men da risikerer man at det ikke er nok å bruke vikarpool, og man vil kunne bli avhengige av å få tilført personell fra kommunene. Dette er kommunisert til den øverste beredskapsledelsen i de fem deltakerkommunene<sup>59</sup>.

## 7.5 TESTING

---

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

---

<sup>56</sup> Rapport 1 Luftvegslegevakt og teststasjon, 2020.

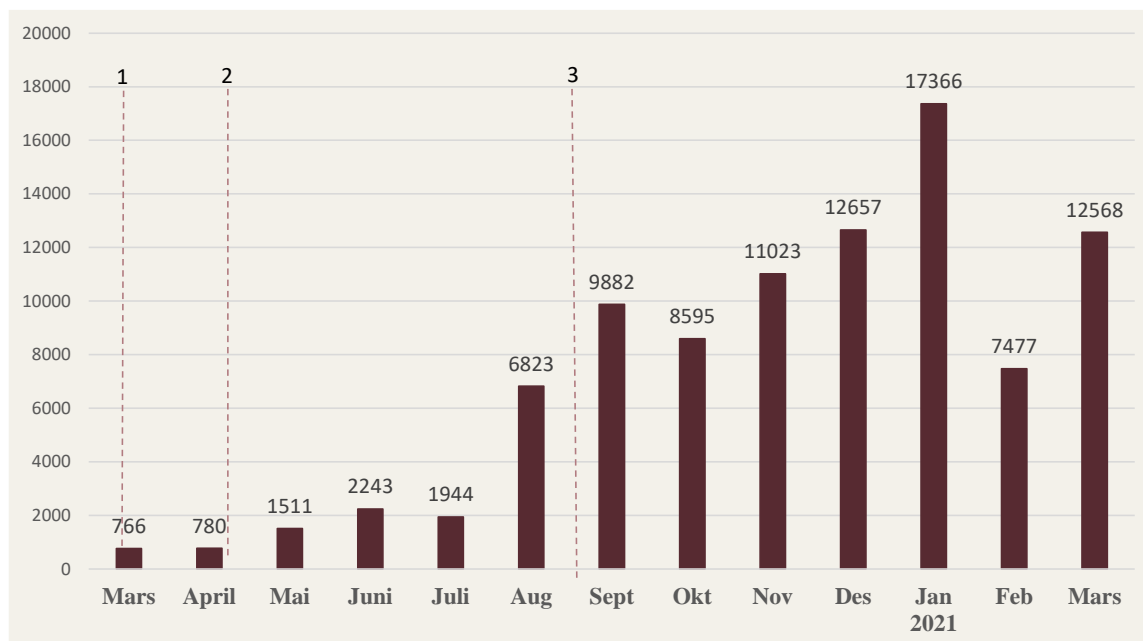
<sup>57</sup> Opplyst i intervju den 12.03. Leder av luftveislegevakt.

<sup>58</sup> Jf. epost fra leder for luftveislegevakt den 12.03.2021. Dette tallet er basert på vurderingene som ble gjort i den siste versjonen av beredskapsplanen, dvs. fra høsten 2020. Tallet er ikke nedfelt noe steder, men er en beregning ledelse og nøkkelpersoner ved luftveislegevakten har gjort. De fem kommunene hadde drøyt 150 000 innbyggere i fjerde kvartal 2020.

<sup>59</sup> Intervju 12.03.2021.

måned ved teststasjonen på Klepp. Dette er tall for alle de fem samarbeidskommunene<sup>60</sup>. Per 07.04 er det testet nesten 96 000 personer totalt.

Figur 8 Antall testede i perioden mars 2020 til mars 2021



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

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

Sandnes kommune var den første av våre fire kommuner som etablerte en løsning for bestilling av koronatesting på nett, den 09.09.20. Intervjuene tyder imidlertid at dette har hatt liten betydning for antallet som tester seg.

**Hovedbildet er at antall testede har økt kraftig. Det er tre forklaringer på dette:** Terskelen for å teste seg er blitt stadig lavere, lokale smitteutbrudd og økt testkapasitet. Eksempelvis ser vi at antall testede øker fra mars/april til juni/juli til tross for at det er null smittede i mai, juni og juli. Denne økningen skyldes altså i all hovedsak endrede testkriterier. Også økningen i august skyldes for en stor del endrede testkriterier, selv om det også er et mindre smitteutbrudd denne måneden. De påfølgende månedene er antall testede i større grad påvirket av smittesituasjonen, i desember/januar er det flest smittede og også flest testede.

<sup>60</sup> Det bør presiseres at det også gjennomføres en viss koronatesting på sykehuset, ved sykehjemmene og ved Sandnes legevakt. Men det er luftveislegevakten som tester hoveddelen av innbyggerne i de fem kommunene, og utviklingen ville vært tilnærmet lik om vi hadde inkludert de andre tallene.

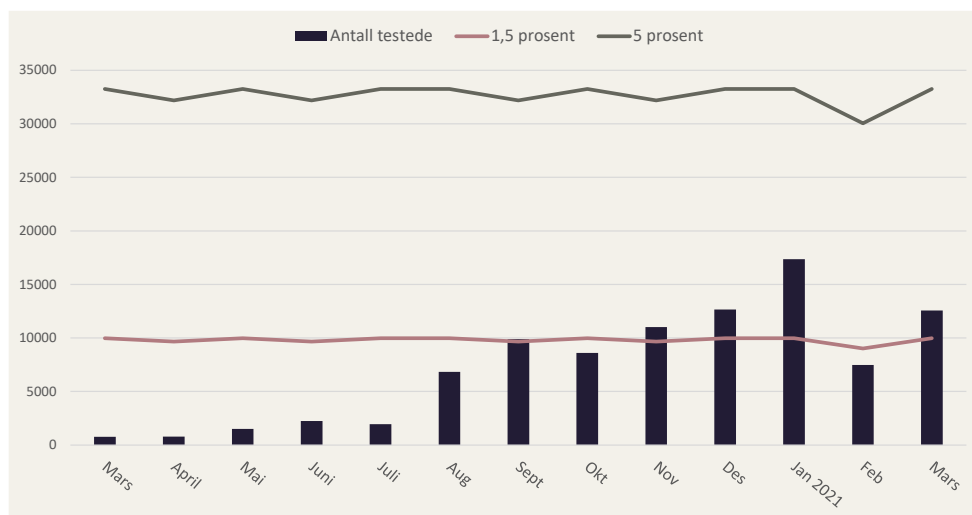


Test-kapasiteten er også mye større utover høsten/vinteren 2020. Eksempelvis ble det testet betydelig flere i januar i 2021 (17 366) enn i løpet av de seks første månedene til sammen (14 067).

Det var også relativt mange som ble testet i mars. Per 07.04 er teststasjonen i en situasjon hvor man er «usikre på: *hvilken veg det bærer, men i går og i dag har vi øka kapasitet til å teste rundt 700. Vi har en grunnbemanning til å teste 400 pr. dag, men bemanner opp med vikarer ved økende test behov*<sup>61</sup>.»

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

Figur 9 Antallet faktisk testede per måned sett opp mot kapasitetskravene på 1,5 og 5 prosent



Vi ser at det er først det siste halve året at antallet testede per måned har beveget seg over 1,5 prosent, med en topp i desember og januar. Den første uken i januar ble det testet 5686 personer. Dette utgjør 3,8 prosent av befolkningen i de fem kommunene. Den femte januar var «all time high» med 931 personer. Dette utgjør 4,3 prosent.

## 7.6 KJAPPE TESTSVAR FRA SYKEHUSET

En viktig forutsetning for å kunne gjennomføre en rask smittesporing er at man får raske test svar tilbake fra sykehuset, og da er det viktig at det er nødvendig analysekapasitet der. Dette er i utgangspunktet noe som ikke er kommunens ansvar og som er utenfor vårt mandat, men vi har likevel lyst å nevne det kort likevel.

Kommuneoverlegen peker på at **analysekapasiteten på sykehuset** er et sårbart punkt i TISK-strategien, men at sykehuset her i regionen har vært fremoverlente og gitt kommunene og innbyggerne **kjappe test svar**. Det har som regel gått raskt å få svar på koronatestene<sup>62</sup>. SUS har et mål om å sende svarene innen 24 timer, noe de som oftest klarer. I januar var det veldig mye

<sup>61</sup> Tilbakemelding i epost den 08.04.21.

<sup>62</sup> Intervju med leder for Luftveislegevakt den 12.03.20

testing og da klarte man ikke alltid å nå dette målet. Kommuneoverlegen i Sandnes sa det slik: «Vi har alt innen et døgn, som regel. Fra test til svar tar det ofte 12-13 timer. Deres evne til å prioritere og bygge opp og ned analysekapasiteten i tråd med behovet har vært avgjørende for oss i vår region».

## 7.7 SAMARBEID

---

Luftveislegevakten på Klepp og legevakten i Sandnes gir uttrykk for et godt samarbeid mellom legevaktene. Det pekes videre på god rådgivning og godt samarbeid med kommuneoverlegene i alle kommunene. «Vi har et enestående samarbeid i regionen, både kommuneoverlegene og sykehuset representert med smittevernleger og mikrobiologien. Det er et veldig godt samarbeid på tvers av kommunene og mot helseforetaket.»

Ansatte fra legevakten på Klepp har ikke hatt mye samarbeid med andre luftveislegevakter, men har vært på befaring i Stavanger. De merkantilt ansatte samarbeider med smittesporerne etter behov, men det er ikke noe formelt samarbeid med dem.

## 7.8 SUKSESSFaktorER

---

I årsmeldingen og i intervju pekes det på en del suksessfaktorer, dvs. faktorer som har vært nødvendig for at Klepp har lyktes i arbeidet sitt. Vi gjengir noen av disse i punktene under.

- Vide fullmakter til å bygge opp tjenester etter faglige vurderinger og behov
- Godt internt teamarbeid i oppbyggingen og driften av enheten. Teamet har hatt tett kontakt og godt samarbeid med kommuneoverlegen i Klepp.
- Stabilt, kompetent, fleksibelt og handlekraftig kjernepersonell og gode vikarer. Både erfarne og nye ansatte har vært kreative, endringsvillige og løsningsorienterte. Dette har ført til rask implementering av forbedringer.
- Kjernepersonell økte stillingene sine og ble i perioder frikjøpt fra annet arbeid i kommunen
- Opprettelse av digital testbestilling
- Kjernepersonell auka stillingane sine og vart i periodar frikjøpt frå anna arbeid i kommunen.
- God struktur, arbeidsflyt og logistikk på teststasjon
- Flexibilitet mht. rask oppskalering av testkapasitet fordi det er opprettet en stor vikarpool med innsatsvillig personell
- Kraftigere og meir solide testtelt frå høsten
- Godt interkommunalt samarbeid mellom legevaktene.
- God rådgjeving og samarbeid frå kommuneoverlegekollegiet i alle kommunane.

## 7.9 ADMINISTRATIVE OPPGAVER HÅNDTERT AV KJERNEPERSONELL

---

Det drøye første halvåret ble det lagt ned veldig mye ressurser i å håndtere administrative oppgaver, dvs. oppgaver som ikke var knyttet til de faglige kjerneoppgavene på luftveislegevakten og ved teststasjonen

Vi har allerede vært inne på at kjernepersonellet måtte i gang med et omfattende rekruttering- og opplæringsarbeid har vi allerede vært inne på. I tillegg var det en rekke andre administrative oppgaver som måtte gjøres. Eksempler: Skrive personalmeldinger, få på plass arbeidsavtaler, kontakt med Helfo og økonomiske spørsmål som dukket opp fordi legenes status ble endret fra selvstendig næringsdrivende til fastlønnede. Alle disse tingene tok uforholdsmessig mye tid, og som kunne bli brukt til de faglige kjerneoppgavene i tilknytning til luftveislegevakten og teststasjonen.

Ifølge leder løste dette seg bra, men først og fremst fordi nøkkelpersoner tok mye arbeid og la ned en veldig stor arbeidsinnsats i en lengre periode «*Vi tok på oss alle oppgavene og løste alle oppgavene selv*».

I akuttfasen var det lett å få folk til å bidra: «*Men jeg ser at vi ble sittende med det praktiske, det kunne noen andre gjort, ikke avdelingslederne, og ikke noen av de beste sykepleierne.*»

### 7.9.1 VURDERING

Felles interkommunal legevakt og teststasjon på Klepp startet opp den 16.03.2020. Frem til denne datoen foregikk testingen i Sandes først og fremst på Sandnes legevakt, og til dels på det enkelte legekantor i kommunen.

Gjennomgangen viser at luftveislegevakten har klart å oppskalere test-kapasiteten, i tråd med nasjonale føringer. Selv om luftveislegevakten og teststasjonen ble bygget om og etablert på rekordtid, tok det naturlig nok litt lenger tid å bemanne opp enheten. I april/ mai hadde man på plass en beredskapsløsning dersom teststasjonen ikke klarte å dekke testbehovet.

Antall testede har økt kraftig. Eksempelvis ble det testet 23 prosent flere innbyggere i januar 2021 enn hele det første halvåret til sammen. Det er tre forklaringer på økningen. Terskelen for å teste seg er blitt stadig lavere, det har vært en del lokale smitteutbrudd og testkapasiteten er økt.

Høsten 2020 hadde luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp fått en fast kjerne av ansatte og et stort antall vikarer som kan tilkalles ved behov. Det ser ut til at man har klart å finne en fin balanse mellom kontinuitet blant kjernepersonell og muligheten til å oppskalere ved bruk av vikarpoolen man har bygget opp.

Testkapasiteten på luftveislegevakten er i dag svært god. Beregninger luftveislegevakten har gjort viser at teststasjonen januar 2021 hadde en testkapasitet på 1500 personer per dag, dvs. 7 prosent av befolkningen, men da kan man risikere at den store vikarpoolen ikke er tilstrekkelig, og at det blir nødvendig å hente personell fra kommunene. Dette er kommunisert til beredskapsledelsen i de fem deltakerkommunene.

**Læringspunkt:** Det tok et halvt år før organisasjonen satte seg, og det første halvåret brukte organisasjonen kjernepersonellet til å håndtere en rekke administrative oppgaver. Det var i denne perioden enheten hadde den største sårbarheten i forbindelse med en sterk økning i testbehov. Sett i ettertid burde nok enheten vært tilført mer administrative ressurser i starten, slik at kjernepersonellet som sykepleiere og lege først og fremst kunne konsentrert seg om det faglige arbeidet.

Helt til slutt ønsker vi å påpeke at luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp var en helt ny organisasjon med helt nye oppgaver, der behovene vokste frem etter hvert.

Vi ønsker også å understreke at det er mange positive ting med måten luftveislegevakten og teststasjonen vokste frem på. Ledelse og kjernepersonell ble gitt stor autonomi og myndighet, og fikk å bygge opp enheten fra grunnen av, på bakgrunn av faglige vurderinger og behov. Kombinert med den akutte krisen landet og kommunene har stått ovenfor, ser det ut til at dette har utløst en dugnadsånd, kreativitet og arbeidsinnsats som har vært avgjørende for det positive resultatet.

## 7.10 SMITTESPORING

### 7.10.1 INNLEDNING

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

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

Kommuneoverlegen får tilsendt svar over de som er positive, kartlegger situasjonen, kontakter den smittede, isolerer denne og innhenter kritisk informasjon. Deretter aktiveres smitteoppfølgingsteamet.

### 7.10.2 AVSTAND, KARANTENE OG ISOLERING

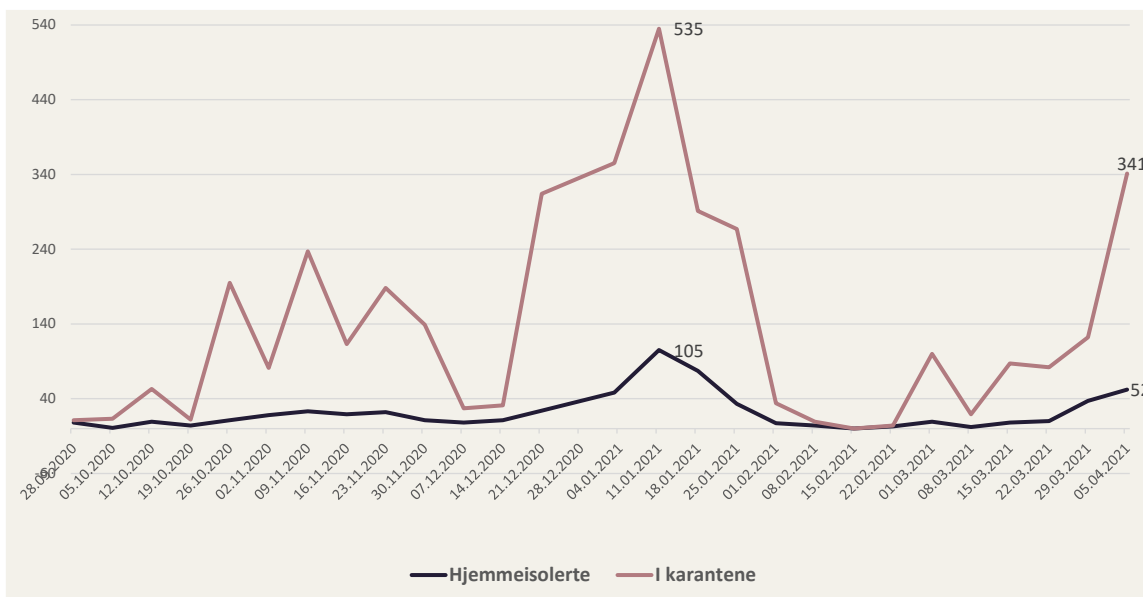
I figuren under viser vi skillene mellom almene råd om avstand, karantene og isolering.



### 7.10.3 UTVIKLINGEN I ANTALL ISOLERTE OG ANTALLET I KARANTENE

I figuren under viser vi den ukentlige utviklingen i antall isolerte og i karantene.

Figur 10 Ukentlig utvikling i antall isolerte og i karantene



Det finnes denne type statistikk tilbake til 10.08. Fra denne uken og frem til 28.09 var det veldig få isolerte og i karantene i Sandnes. Det er også et moderat antall smittede frem til midten av desember. Årsaken til det høye antallet personer i karantene i enkelte høstuker er primært smitteutbrudd på skoler, som betyr mange nærkontakter.

Den store veksten i antallet smittede kommer i løpet av julen 2020, og litt utpå nyåret. Dagene før jul begynner smitten å stige litt, og mange av de smittede er nærkontakter. Det er blant annet enkelte lærere som er smittet. Selv om antallet er lavt, er det mange som må i karantene. I romjulen eksploderer det. I møtet i beredskapsledelsen den 29.12 forteller kommuneoverlegen «om en formidabel utvikling i smittespredningen nå i forhold til det vi har hatt i regionen tidligere». Det er ikke rapportert inn tall for romjulen, men vi ser at antall smittede er høyt i januar.

I møte i beredskapsledelsen den 29.12 ble det rapportert om 258 nye tilfeller på Nord-Jæren, om at det ble testet 2000 den 28.12, og at 90 av disse var positive. Dette gav en andel positive på 4,5 prosent. Det var Stavanger, som hadde en «formidabel smittespredning», og dro opp tallene. Utbruddet var knyttet til taxi-næringen og det somaliske miljøet. Klepp hadde et større utbrudd rundt den ene ungdomsskolen.

I begynnelsen av januar var det et jevnt høyt smittetrykk, selv om det varierte litt fra dag til dag. Det var smitte via nærkontakter som dominerte.

I midten og slutten av januar gikk antall smittede raskt nedover. I midten av januar er de smittede nærkontakter av allerede smittede, noe som betraktes som «rester etter nyttårsfest<sup>63</sup>». Og mot slutten av januar er utbruddet i all hovedsak slått ned og man endrer smittescenario fra tre til to,

<sup>63</sup> Referat fra møte i beredskapsledelsen den 14.1.21.

dvs. fra *økende spredning* til *kontroll med klynger*, slik det var før utbruddet. I den mest intense perioden ved årsskiftet vippet smittenivået mellom økende og utbredt spredning<sup>64</sup>.

Vi er inne i en ny smittebølge i mars/april. Da var det også første gang personer på institusjon ble var smittet i Sandnes (2 Rovik, 1 SHS og 1 dagsenter Rundeskogen)<sup>65</sup>.

#### 7.10.4 GRUNNLEGGENDE TRINN I SMITTESPORINGEN I SANDNES

I denne delen beskriver vi relativt kort hvordan smittesporingen foregår i Sandnes.

##### **Begreper:**

- **Indekstilfellet:** Person med påvist covid-19 som utløser smittesporingen.
- **Nærkontakt:** Person som kan ha vært utsatt for smitte etter kontakt med indekstilfellet<sup>66</sup>
- **Smittesporer:** Person som deltar i arbeidet med smittesporing
- **Smittesporing:** Også kalt kontaktsporing eller smitteoppsporing. Prosessen med å finne, informere og eventuelt følge opp eller teste nærkontakter.

Når et covid-19 tilfelle bekreftes utløses smittesporing etter følgende trinn i Sandnes kommune<sup>67</sup>:

1. **Varsling av kommunelegen:** Diagnostiserende laboratorium og rekvirerende lege til det påviste covid-19-tilfellet varsler kommunelegen i smittedes bostedskommune.
2. **Samtale med indekstilfellet:** I utgangspunktet skal vakthavende kommuneoverlege ringe indekspasienten, og informere om at personen vil bli ringt opp av en smittesporer.
  - Det er ikke alltid dette blir fulgt. I noen situasjoner har kommuneoverlegen nok å gjøre og delegere ansvaret til smittesporerne. Da kontaktes vakthavende smittesporer, og smittesporer starter arbeidet.
  - Dersom det er større hendelser, for eksempel konfirmasjon, bryllup, konserter eller lignende, vil det være behov for flere smittesporere. Vakthavende smittesporere er da være ansvarlig for å mobilisere et smittesporingsteam.

---

<sup>64</sup> Fire scenarier for tiltak frem til tidlig januar, kontroll, kontroll med klynger, delvis kontroll og utbredt smitte. Fra 11.01 bruker beredskapsledelsen disse scenariene: Kontroll, kontroll med klynger, økende spredning, utbredt spredning og ukontrollert spredning.

<sup>65</sup> Jf. tall fra kommunen 05.04.21.

<sup>66</sup> Med nærkontakter menes personer som har hatt tett kontakt med en person som er bekreftet syk med covid-19, fra 48 timer før pasienten fikk de første symptomene (for asymptomatiske; fra 48 timer før prøvetaking), og til personen er avisolert (per 29.10.20).

<sup>67</sup> Hentet fra dokumentet «*Vaktordning smittesporing*» i Smittesporingsgruppen i Teams. Tatt ut 29.10.20. Supplert med opplysninger mottatt i epost samme dag. Ifølge FHI's retningslinjer er det lagt opp til at det er kommunelegen som utfører steg 1-8. Som vi kan se av kulepunktene er mye av dette i arbeidet i Sandnes delegert til smittesporerne, selv om kommuneoverlegen sitter på det formelle ansvaret.

- I andre tilfeller får smittesporerne beskjed fra en annen kommune om indekspasientene. Da videreføres beskjeden til kommuneoverlegen og smittesporerne får noen ganger beskjed om å ringe indekspasient. Men er det medisinske spørsmål eller behov medisinske avklaringer er det kommuneoverlegen som ringer pasient
  - Det finnes egne skjema som brukes i smittesporingsarbeidet. Det skilles mellom pasientskjema og skjema for nærkontakter.
3. **Definering av nærkontakter:** Kommunelege og smittesporere vurderer identifiserte nærkontakter etter kontakttype. Som regel er det smittesporerne som gjør dette, etter å ha snakket med indekspasient.
  4. **Samtale med nærkontakter:** Smittesporerne snakker med nærkontaktene, gir dem nødvendig informasjon, og bestiller test.
  5. **Oppfølging av nærkontakter:** Kommunelegen følger opp og sørger for at nærkontakter varsler kommunelegen dersom de utvikler symptomer på covid-19, og at det utføres testing.
  6. **Vurdering av utvidelse av smittesporing:** Kommunen vurderer fortløpende behov for utvidelse av smittesporing til flere ledd og kommuner basert på informasjon om sannsynlig eksponering som hentes inn fra nærkontakter. Dette gjøres ofte av smittesporerne, men også i samråd med kommuneoverlege.
  7. **Registrering av data: Smittesporerne registrerer det meste av informasjonen i smittesporingsverktøyet ReMin.** Det er som regel kommuneoverlegen som registrerer indekspasienten, men av og til gjøres også dette av smittesporer.
  8. **Oppsummering og rapportering:** Kommunelegen og smittesporerne holder oversikt over antall smittede og nærkontakter under oppfølging, og kommunelegen rapporterer relevante klynger og utbrudd til FHI.

**Utfyllende kommentarer:** Noen ganger vil det være behov for å ta kontakt flere ganger, for det viser seg ofte at indekspasientene husker flere ting etter hvert. Kontakten med smittesporerne er utelukkende knyttet til sporingen av smitte. De uttaler seg ikke om helserelevante spørsmål, men det er selvsagt mulighet for indekspasientene å fortelle hvordan de føler seg.

Den medisinske oppfølgingen av smittede er lagt til fastlegen. Det betyr at fastlegen holder kontakt med den smittede og vurderer den kliniske tilstanden<sup>68</sup>. Ved tvil skal det være lav terskel for å benytte seg av Luftveislegevakten på Sandnes eller Klepp<sup>69</sup>. Hovedregelen her er at smittede

---

<sup>68</sup> Jf. rutiner for oppfølging av smittede (oppdatert) og tilbakemelding i intervjuer.

<sup>69</sup> Jf. brev fra oktober, som ble sendt fra kommunelegen til fastlegene (Kilde: Teamskanal).

med symptomer kontaktes daglig. Ved få eller ingen symptomer kan de kontaktes sjeldnere. Kommunelegen understreker at det er viktig at smittede har anledning til å komme i kontakt med fastlegen raskt dersom symptomene øker<sup>70</sup>.

En av de viktigste funksjonene til fastlegen er å avgjøre når den smittede kan avisoleres og så gi beskjed til en av kommunelegene at den smittede er avisolert.

I et brev av 3. juli 2020 minner Helsedirektoratet om at kommunen «*..har ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner overholder de tiltak de er pålagt i form av karantene og isolasjon, og at virksomheter følger de smittevernfarene og veiledere som til enhver tid gjelder for ulike bransjer. Tilsyn vil kunne ha god preventiv effekt mot smittespredning*<sup>71</sup>»

**Dette har så langt ikke vært praktisert i Sandnes kommune, med unntak av et knippe enkelttilfeller<sup>72</sup>.** Vi får opplyst fra smittesporerne i midten av mars 2021 at de har etterspurt en slik ordning. Smittesporerne var ikke kjent med hvordan tilsynet skulle organiseres i Sandnes, på dette tidspunktet. Det pekes videre på at man har sett behov for dette når det eksempelvis gjelder innreise og arbeidskarantene, hvor det våren 2021 kom strengere nasjonale føringer og arbeidstilsynet fikk også et større mandat. Smittesporergruppen har også sett behovet for dette i ungdomsmiljøer hvor man opplever at det er utfordringer mht. forståelse og tillit.

Fra april 2021 har Sandnes og elleve andre kommuner i Sør-Rogaland etablert et samarbeid om tilsyn ved reisekarantene. Kommunen har i den forbindelse inngått en avtale med Rogaland brann- og redning IKS ved miljørettet helsevern som har engasjert tidligere politiansatte til å føre tilsyn sammen med forebyggende avdeling i brannvesenet. Tilsynet er i hovedsak rettet mot innreisekarantene for innbyggere og besøkende som er i innreisekarantene. Dette er et forebyggende tiltak som skal i å forebygge smitte. Vi får opplyst at det skal vurderes om denne tjenesten kan utvides også til å foreta stikkprøver med andre risikogrupper.

#### 7.10.5 ORGANISERING AV SMITTESPORINGEN FRA MARS TIL SOMMEREN 2020

**Organiseringen av smittesporingsarbeidet i Sandnes kommune har endret seg betraktelig fra mars 2020 og frem til våren 2021. Av den grunn bruker vi litt plass på å beskrive utviklingen av den nåværende organiseringen, og fordeler og ulemper med denne.**

Før tolvte mars var det primært kommunelegene som gjorde smittesporingsarbeidet. Etter hvert fikk de bistand fra andre, i perioder av rådgivere fra helse- og velferdsstaben, og i andre perioder fra helsesykepleiere.

Fra luftveislegevakten på Klepp ble det gitt signaler til kommunene om at de senest i juni burde ha klart egne smittesporersteam og en vaktordning for smittesporerne.

---

<sup>70</sup> Samme kilde.

<sup>71</sup> Ansvar følger etter smittevernloven § 7-1 jfr. covid-19-forskriftens § 18. Jf. brev fra Helsedirektoratet 3. juli: *Operasjonalisering av testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) ved covid-19 i kommunene*

<sup>72</sup> Opplyst av kommuneoverlege og beredskapssjef 26.03.21.



Sommeren 2020 var det ingen slik vaktordning, men et lite knippe helsesykepleiere som var smittesporere, sammen med kommunelegene.<sup>73</sup> Parallelt med en del lokale utbrudd rundt om i landet sensommeren 2020, ble det tydelig at organiseringen av smittesporingen i Sandnes var sårbar, spesielt dersom det kom et større smitteutbrudd.

- Referat fra møte i beredskapsledelsen 13.08: *Kommunen må være forberedt på å øke bemanning for TISK – arbeidet. Helsesykepleiere brukes til smitteoppsporing ifortsettelsen, det skal vurderes om rutinekontroller kan utsettes for å frigjøre kapasitet».*
- Referat fra møte i beredskapsledelsen den 20.08: *«Vi hadde en avtale med to helsesykepleiere som gikk ut søndag kveld. Da det onsdag var behov for disse, så var de opptatt, og Torvik (kommuneoverlegen, vår anm.) måtte selv ringe rundt<sup>74</sup>.»*

I august/september 2020 fikk kommunen etablert en mer permanent og mer robust smittesporingsgruppe (tre kommuneleger og seks smittesporere), samt en beredskapsgruppe bestående av 22 tilkallingsvakter. Dette kom etter et ønske fra kommunelegen<sup>75</sup>. Parallelt med dette fikk man på plass smittesporingsverktøyet ReMin. Før dette hadde man brukt Excel.

#### 7.10.6 ORGANISERING AV SMITTESPORING – FRA HØSTEN 2020

I figuren under viser vi hvordan smittesporingsarbeidet i Sandnes kommune er organisert.

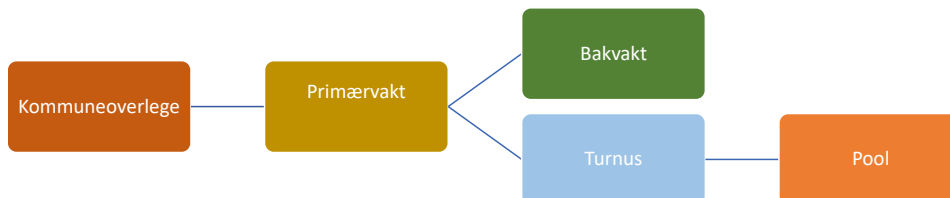
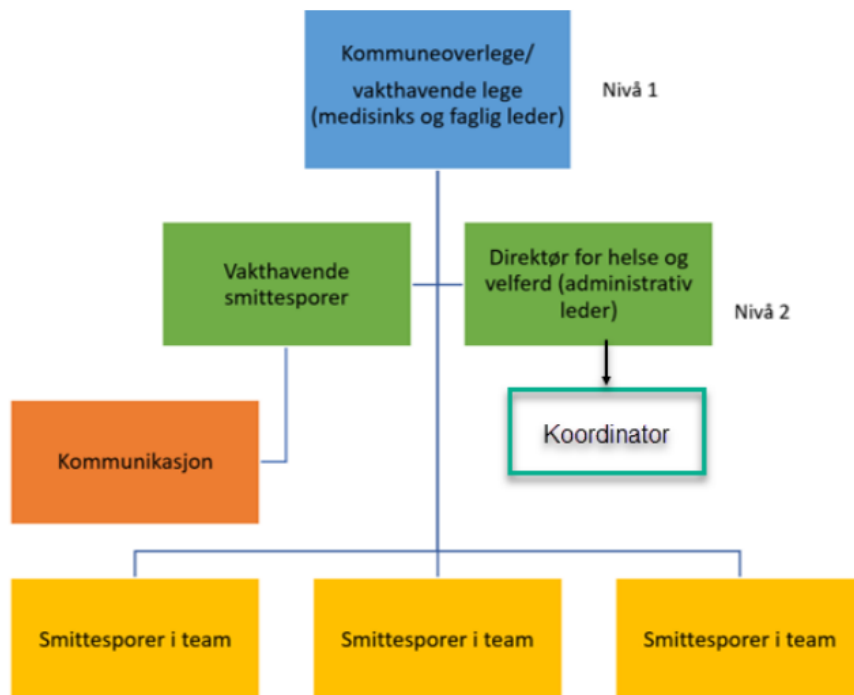
---

<sup>73</sup> Jf. møter i beredskapsledelsen 13.08 og 24.06.

<sup>74</sup> Protokoll fra møtet den 20.08:

<sup>75</sup> Kilde. Smittesporingsgruppens Risikovurdering, desember 2020

Figur 11 Organisering av smittesporing i Sandnes kommune<sup>76</sup>



**Kommuneoverlege:** Interkommunal beredskapsvaktordning mellom 8 kommuneoverleger (Sandnes, Gjesdal, Hå, Klepp og Time), hvorav 3 tilhører Sandnes kommune. Vakhavende kommuneoverlege tar kontakt med vakhavende smittesporer, dvs. primærvakt.

**Primærvakt** er vakhavende smittesporer, som har fullmakt til å hente inn ressurser ved behov. Primærvakt har også koordineringsrollen og vil kommunisere direkte med vakhavende

<sup>76</sup> Kilde: Intern presentasjon av TISK – smittesporing fra 09.02.21. Den nåværende organiseringen er valgt på bakgrunn av en evaluering av daværende organisering, i oktober (jf. møtereferat fra 26. oktober)

kommunelege og kommuneoverlege i Sandnes kommune. Vakhavende smittesporer deltar også i beredskapsmøter og har ansvaret for opplæring av smittesporere<sup>77</sup>.

**Bakvakter/ sekundærvakter.** Deres hovedoppgaver er å ringe til nærkontaktene, innhente og gi ut nødvendige opplysninger. I likhet med primærvaktene har sekundærvaktene tilgang til smittesporingsverktøyet ReMin. De kan også delegere oppgaver til turnusvaktene

**Turnusvakter.** Deres oppgave er å ringe nærkontakter.

**Pool.** Kommunen har også en egen pool med smittesporere som kan bistå teamet ut fra tankegangen «*raskt opp og raskt ned*».

Per mars 2021 er det seks primærvakter, ni sekundærvakter, og tolv turnusvakter (totalt 27 personer). Det er per i dag fire ansatte på hver vakt, hvorav en primærvakt, en sekundærvakt og to turnusvakter. En vakt er i utgangspunktet planlagt å vare fra 16.00-23.00, men i praksis jobber smittesporerne ofte fra morgen til kveld, spesielt dersom smittetrykket er høyt.

Per 4. mars 2021 er det 16 personer i poolen, men disse har så langt kun fått en presentasjon om hva det vil si å være smittesporer. Det er planlagt en videre opplæring av disse.

Ifølge administrasjonen kan smittesporing utføres av andre enn helsepersonell, så lenge de får opplæring og er under veiledning av kommuneoverlegen. Smittesporerne i Sandnes representerer ulike deler av kommuneorganisasjonen, dvs. Helse og velferd, HR, skole, barn og unge, teknisk, kultur osv.

Sandnes kommune startet ordningen med primærvakt og bakvakt i uke 46, dvs. 9.- 13. november. Bakgrunnen for dette var en intern evaluering man gjorde i oktober i smitteverngruppa. Før dette hadde man seks vakthavende smittesporere og en pool med ansatte som kunne tilkalles ved behov.

I oktober/november stod det 22 smittesporere på en tilkallingsliste, og disse representerte ulike deler av kommuneorganisasjonen Disse skulle etter planen bli mobilisert ved behov. I begynnelsen av november viste det seg at disse ikke lenger var disponible, og man stod igjen med fem personer, og man var usikre på om fire av disse ville kunne frigjøre seg fra det ordinære arbeidet.

Den økte smittespredningen i kommunen og klyngeutbrudd i resten av landet illustrerte at dette var en «*svært sårbar*» ordning<sup>78</sup>. Det ble i november rapportert om lange arbeidsdager for den enkelte smittesporer, og mange uttrykte «*bekymringer knyttet til store arbeidsbelastninger per ressurs. Smittesporer går lange vakter med stort press og trykk over tid. I tillegg kan det trykkes i ordinær stilling da alle innehar en 100% stilling i tillegg til smittesporingsarbeidet. Kritisk kompetanse som våre kommuneleger trekkes også frem som en sårbarhet i kommunen. I tillegg til å ta medisinske beslutninger, er det også stor arbeidsbelastning på vurderinger som ikke omhandler medisinsk kompetanse. Det*

---

<sup>77</sup> Det er et fast telefonnummer som andre (kommuner) kan kontakte kommuneleger og smittesporere på og motsatt. Det finnes en liste med direktetelefonnummer til smittesporere i nabo- og samarbeidskommuner, og en rekke andre relevante kommuner.

<sup>78</sup> Risikovurdering smittesporing, desember 2020.

*fremkommer også en bekymring knyttet til økt smitte i kommunen og at kommunen da ikke har ressurser og kapasitet til å håndtere dette, eksempler som trekkes frem er Bergen og Oslo tilstander.<sup>79</sup>»*

I risikovurderingen pekes det på at dimensjoneringen av smittesporingsarbeidet må være dynamisk slik at man fort kan oppskalere til det nivået som til enhver tid er nødvendig. Det blir pekt på at for mange smittesporere vil gi lite kontinuitet og informasjon vil glippe, samtidig som for få kan medføre for stor arbeidsbelastning og være sårbare for fravær. En sentral ambisjon er å finne balansen mellom teamets evne til oppskalering og samtidig beholde en kontinuitet av smittesporere og informasjonsflyt i arbeidet.

Dermed ble det søkt etter nye smittesporere via HR-avdelingen og intranettet<sup>80</sup>. I november ble det gjennomført opplæring av 21 nye smittesporere gjennom en øvelse ifm. et faktisk smitteutbrudd. Dette har ført til at man har fått en rekke nye smittesporere, og referatene i smittesporingsgruppa tyder på at disse kom raskt i gang med smittevernarbeidet. Det ble også gjennomført en opplæringsrunde for 17 nye smittesporere i midten/slutten av januar. Vi får opplyst fra smittesporingsgruppen at det har vært en stor stabilitet i smittesporergruppen etter dette.

Det er ingen i Sandnes som arbeider som smittesporer på fulltid. Jobben som smittesporer kommer i tillegg til ordinær jobb i kommunen, og de må fritas fra sine ordinære arbeidsoppgaver dersom smittesporingen foregår på dagtid.

I Stavanger er det 3 koordinatorene (tilsvarer primærvakter) som jobber fulltid og en som jobber 50 prosent. I tillegg er det ti ansatte i turnus som arbeider 60 prosent. Stavanger kommune har også valgt en organisering som muliggjør rask opp- og nedskalering. Smittesporingsteamet i Stavanger består av 25 personer pluss 20 i en slags vikarpool (kalt sirkel tre). Mens Sandnes kommune altså har 27 personer som inngår i vaktordningen, og 16 i poolen.

I figuren under viser vi antall dagsverk brukt til smittesporing per uke i Sandnes, og hvor mange smittesporere som har vært involvert i smittesporing sist uke. Dette vitner fremfor alt om at kommunen og teamet evner rask- opp og nedskalering av antall smittesporere

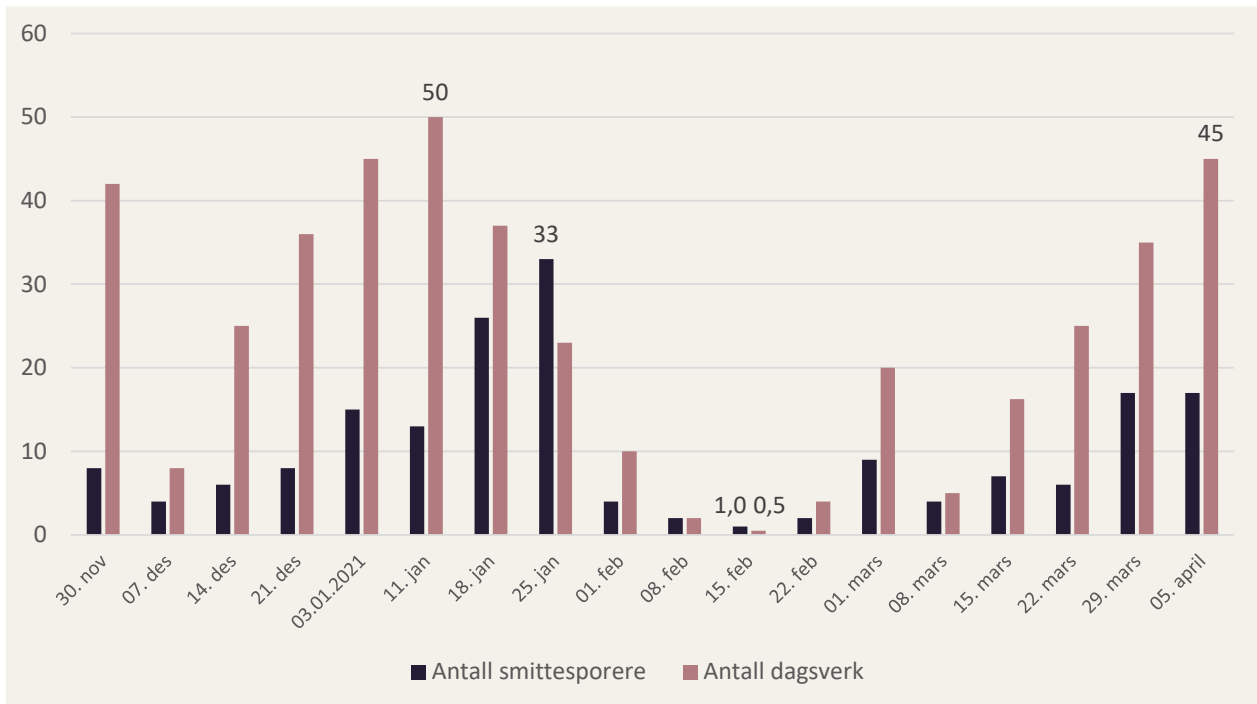
*Figur 12 Antall dagsverk brukt til smittesporing per uke i Sandnes<sup>81</sup>*

---

<sup>79</sup> Risikovurdering smittesporing, desember 2020:8. Gjennomført i november, ferdigstilt i desember.

<sup>80</sup> Jf. referater i smittesporingsgruppen.

<sup>81</sup> Det foreligger ikke tall på dette før i slutten av november.



### 7.10.7 SAMORDNING, KOORDINERING OG LEDELSE

Med så mange smittesporere på deltid i sving har det dukket opp visse ledelses-, koordinerings- og samordningsutfordringer. Dette kommer også til uttrykk i møtereferatene fra smittesporingsgruppa, og i risiko og sårbarhetsvurderingen.

I takt med økende trykk i smittesporingsarbeidet så man behovet for en risikovurdering<sup>82</sup> for å belyse mulige sårbarheter i arbeidet og i organiseringen av arbeidet (november). Hensikten med dette var å redusere risiko ved valgt organisering og arbeidsmetodikk, dvs. å sikre at kommunen hadde tilstrekkelig personell, å sikre at smittesporingsarbeidet kan oppskaleres til det nivået som til enhver tid er nødvendig, å sikre kontinuitet av personell samt ivaretagelse av personell over lenger tid.

Ifølge risikovurderingen tok det for lang tid før beredskapsledelsen ble enige om hvilken leder som var ansvarlig for smittesporingsteamet<sup>83</sup>. Smittesporingsteamet trengte en administrativ leder, og i november ble det besluttet at direktør for helse og velferd fikk ansvaret for det administrative delen av arbeidet.

Flere opplevde på dette tidspunktet at beredskapsledelsen og beredskapssjefen var fraværende og lite påkoblet, samt at det var en avstand mellom smittesporingsteamet og beredskapsledelsen. I risikovurderingen gis det uttrykk for at det har tatt for lang tid før de fikk de nødvendige avklaringene fra beredskapsledelsen (ref. administrativ leder),<sup>84</sup> og man mener dette kan ha

<sup>82</sup> For å sikre at risikoanalysen skulle bli et felles dokument med et felles eierskap ble total 15 ansatte som har arbeidet med smittesporing har fått mulighet til å delta i en anonym spørreundersøkelse, hvor av 10 svarte.

<sup>83</sup> Dette gjaldt administrativ ledelse, alle visste at den medisinske og faglige ledelsen lå hos kommunelegen.

<sup>84</sup> Andre eksempler. Beredskapshotell. Hvem som skulle levere medisiner til de som satt i isolasjon, nøkler og utvasking av leilighet – dvs. alt det praktiske og administrative arbeidet som oppstod som følge av smittesporingsarbeidet.

bidratt til å skape avstanden. I risikovurderingen hevder alle respondentene også på at kommunen har et utydelig skille mellom medisinsk beredskap og kommunalberedskap.

Ifølge risikovurderingen medførte manglende lederskap uklare føringer og økt arbeidspress. Jobben som smittesporer kommer på toppen av den ordinære jobben i kommunen. I tillegg måtte smittesporerne utarbeide retningslinjer, struktur, informasjonsskriv, foreta rolleavklaringer, foreta en rekke praktiske avklaringer, de måtte lære opp nye smittesporere, revidere organiseringen av smittesporingsarbeidet og evaluere egen arbeidspraksis.

#### 7.10.8 BEDRE STRUKTUR OG ROBUSTHET NÅ

Fra andre november har direktør for helse og velferd vært administrativ leder for smittesporingsteamet. I tillegg har en av smittesporerne, som også er i direktørs fagstab, fått rolle som koordinator. Dette innebærer at vedkommende er bindeleddet mellom smittesporere og direktør<sup>85</sup>. Den 10.02.21 ble det opprettet en egen stilling som sjefssmittesporer<sup>86</sup>.

Smittesporergruppen har hatt en egen informasjonsdelingsgruppe i Teams siden oktober, og man startet også med ukentlige møter i smittesporingsgruppen da. Her deltar smittesporere, kommuneleger, og direktør. Det er også etablert faste møter mellom lege og smittesporere (primærvaktene) for å sikre at nye retningslinjer og betydningen av disse blir forstått riktig. Det er også etablert faste møter mellom primær- og sekundærkontaktene som et svar på et sentralt punkt i risikovurderingen om at den interne informasjonsdelingen i gruppa ikke var god nok.

En annen ting som fremheves som svært positivt er den nære kontakten de har med de tre kommunelegene. Sammen med smittesporerne omtales de som «storfamilien innen smittesporing». De er en «*fin gjeng*», det er en god «*team-følelse*» og det er kultur for å «*brette opp ermene*» når det røyner på. Det faktum at smittesporerne representerer så mange ulike fagfelt og ulik kompetanse har også vist seg å være et pluss i en del sammenhenger. Det er kanskje noen som har god kartkompetanse, mens andre har godt kompetanse på å hente ut nødvendige dokumenter. Begge deler kan være «gull verdt» ifm. smittesporingen.

De får også gode skussmål fra andre hold. HAMU 3.12.20: *Smittesporingsteamet fikk mye skryt fra rådmann og direktør for oppvekst skole. Arbeidet oppleves ryddig og profesjonelt. Rektorer som hadde opplevd smitte på skolene tilbakemelder godt støtteapparat og at de blir ivaretatt av smittesporingsteamet.*

Smittesporerne opplever dessuten at de etter hvert har fått det nødvendige gjennomslaget fra beredskapsledelsen, og at strukturen og fleksibiliteten i smittesporergruppen er god mht. rask opp- og nedskalering av smittesporingen.

I møte i smittesporingsgruppen den åttende februar stilles følgende spørsmål: **Er vi dimensjonert for to epidemier samtidig? Hvordan kan vi best mulig organisere oss dersom/når trøkket øker igjen?** Vi gjentok dette spørsmålet i intervju med smittesporerne en knapp måned senere. Det enkle svaret på dette er ja. De forklarer dette med at kommunen nå har

---

<sup>85</sup> Jf. intervju med smittesporer, den 09.03.21.

<sup>86</sup> Hensikten med denne stillingen var å sikre en mer koordinert informasjonsutveksling mellom smittesporerne og beredskapsledelsen, og mellom smittesporerne og beredskapskoordinatorene innenfor de ulike tjenestoområdene.

bygget opp en stor gruppe med smittesporere og en pool man kan hente nye smittesporere fra dersom man når en ny topp. Det blir pekt på at man lærte av julen der man var for tynt dimensjonert på vaktene, men der folk trådte til når det var behov. De har planlagt for både grønt, gult og rødt nivå, og med den nåværende bemanningen og organiseringen mener de at de vil kunne håndtere rødt nivå, selv om folk må være innstilt på å jobbe mye i de mest intense periodene.

I slutten av januar kalles det inn til faste møter mellom primær- og sekundærvakter. Formålet med dette var få til en likere praksis i gruppa, i tillegg til å diskutere felles utfordringer og løsninger.

#### 7.10.9 SAMARBEID

Mens luftveislegevakten og testingen er et interkommunalt samarbeid, er smittesporing håndtert av kommunene alene. Slik har det i alle fall vært i våre fire undersøkte kommuner, dvs. Stavanger, Sandnes, Strand og Gjesdal.

Det er heller ikke noe formalisert samarbeid mellom kommunene om smittesporing, selv om de har vurdert å avholde øvelse sammen.

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 kontakt per telefon, og de som har smittesporervakt i de respektive kommunene avholder også Teams-møter sammen. Da er det vanlig at også kommunelegene deltar.

Vi er kjent med at det har være diskutert om også smittesporingen bør være et interkommunalt samarbeid, på samme måte som testingen. Det er korte avstander mellom kommunene, viruset kjenner ingen kommunegrenser, og alle kommunene bruker smittesporingsverktøyet ReMin (med unntak av Time kommune). I tillegg er det noe dobbeltarbeid i forbindelse med overføring av nærkontakter som bor i en nabokommune.

Samtidig pekes det på at det ikke er gitt at smittesporingen bør være et interkommunalt samarbeid, og en bør i alle fall ikke endre noe mens krisen pågår. Mulige utfordringer med en interkommunal løsning som løftes frem i intervjuene er; det kan ta tid å sikre nødvendige administrative og økonomiske avklaringer, og det blir også lenger avstand mellom kriseledelse og smittesporingsteam.

#### 7.10.10 BEREDSKAPSBOLIGER/BEREDSKAPSHOTELL

Kommunene er pålagt å ha et botilbud for smittede innbyggere som bor i tette husstander og ikke har mulighet til å holde seg isolert fra resten av familien i eget hjem. Sandnes kommune hadde andre halvår 2020 følgende beredskapsboliger disponible:

- Langgata 2a (ett-roms – ukjent antall kvadratmeter)
- Holberggaten 33 – toroms leilighet – 39 m<sup>2</sup>
- Daleveien 2 – toroms – 35 m<sup>2</sup>
- Monsamyurveien 4b – treroms - 52 m<sup>2</sup>

- Underberge – Forsand – fireroms (Benyttes som beredskapsbolig for diverse helseutfordringer)

Frem til januar 2021 hadde disse boligene blitt benyttet elleve ganger, der oppholdene varte fra ett til elleve døgn.<sup>87</sup>

Både intervjuene og oversikten over bruken av beredskapsboliger tyder på at det har vært en del praktiske utfordringer knyttet til bruken. Vi får opplyst at man på grunn av interne kommunikasjonsutfordringer opplevde at alt ikke var klart når folk skulle flytte inn. Eksempler: Sengetøy manglet, TV fungerte ikke og nøkler var ikke klar, det tok lang tid å få ordnet smittevask.<sup>88</sup>

Disse boenhetene brukes ikke lenger som beredskapsboliger, og ordningen ble faset ut i desember, selv om en av leilighetene ble brukt frem til midten av januar.

Den 14.12 inngikk Sandnes kommune inn en avtale med Kronegruppen AS om å bistå med isolasjons- og karantenehotell.

Thon hotell Sandnes er i avtalen definert som isolasjonshotell<sup>89</sup>, mens hotell Sverre er definert som karantenehotell. Per 10. mars er det totalt vært 18 personer som har hatt isolasjonsopphold og 2 som har hatt karanteneopphold. Av disse har 18 hatt opphold på hotell Sverre og 2 på hotell Thon. Det er altså hotell Sverre som i praksis er brukt som både isolasjonshotell og karantenehotell, mens Thon hotell er brukt unntaksvis.

**Sandnes helsesenter** ble i mars 2020 utpekt som stedet for å isolere Covid-19-smittede som var for syke til å isoleres hjemme.

#### 7.10.11 VURDERING

Smittesporerne er blant kjernetroppene i landets og kommunenes koronahåndtering, i likhet med de som jobber på luftveislegevakt og teststasjonen.

Gjennomgangen vår viser at Sandnes kommune har bygget opp et solid og fleksibelt smittesporersteam, som er i stand til rask opp- og nedskalering av smittesporingen, i takt med behov.

Jobben som smittesporer kommer i tillegg til ordinær jobb i kommunen, og de må fritas fra sine ordinære arbeidsoppgaver dersom smittesporingen foregår på dagtid. Til tross for dette, ser det ut til at Sandnes har etablert et robust og dynamisk smittesporersteam, som har greid få finne den fine balansen mellom evne til rask opp- og nedskalering og evne til å holde på personellet over tid.

---

<sup>87</sup> Oversikt over bruk av beredskapsboliger, på gruppens Teamsområde. Tatt ut 10.03.21.

<sup>88</sup> Eksempel. («Intern merknad til et opphold fra oktober 2020: «Det må følge med sengetøy. NB Beboer har sovet tre netter uten sengetøy. Dyne, pute og madrass må vaskes. Bestilt smittevask».

<sup>89</sup> Det vil si å være et mottakssenter for isolering av innbyggere eller personer som midlertidig oppholder seg i Sandnes, og som har fått påvist Covid 19, og som av praktiske hensyn ikke kan isoleres i eget hjem, eller som av medisinske grunner ikke kan isoleres i eget hjem. Kilde: Hotellavtale, datert 14.12.2020.



Men det tok relativt lang tid før man sikret en god og solid organisering av smittesporingen. Det første halve året var det kommunelegene som utførte smittesporingen, i perioder sammen med rådgivere fra helse- og velferdsstaben, i perioder med helsesykepleiere. I august ble det veldig tydelig at dette var en meget sårbar ordning, som ville kunne hatt store problemer med å håndtere en rask smitteoppblomstring.

I september og oktober begynte smittesporingsteamet å sette seg, men de manglet en administrativ leder og det kunne ta lang tid før de fikk nødvendige praktiske avklaringer i det daglige arbeid, noe som medførte en økt arbeidsbelastning.

Dette minner litt om utfordringene luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp opplevde. Også her savnet man mer støtte og hjelp til alle de administrative oppgavene som oppstod i forbindelse med oppbyggingen av testkapasiteten.

Men også de positive erfaringene med oppbyggingen av smittesporingsteamet minner om historien fra luftveislegevakten og teststasjonen. Nøkkelpersonell ble gitt stor autonomi og myndighet, og fikk bygge opp enheten og enhetens struktur fra grunnen av, på bakgrunn av faglige vurderinger og behov. Teamet har jevnlig evaluert egen evne til å håndtere smittetrykket og utviklet en rekke retningslinjer og en god organisasjonsstruktur.

Gjennomgangen tyder på at nøkkelpersonene i teamet har blomstret under oppbyggingen av egen organisasjon. Også her ser det ut til at dugnadsånd, kreativitet og en stor arbeidsinnsats har vært avgjørende for det positive resultatet. Men det er viktig at kommunen ikke glemmer alle de verdifulle erfaringene man har gjort seg med oppbyggingen av smittesporingsteamet, slik at man raskt kan mønstre et solid og velorganisert smittesporersteam ved en eventuell ny pandemi eller et nytt større smitteutbrudd.

Mens luftveislegevakten og testingen er et interkommunalt samarbeid, er smittesporing håndtert av kommunene alene. Slik har det vært i alle våre undersøkte kommuner, dvs. Stavanger, Sandnes, Strand og Gjesdal. Det er heller ikke noe formalisert samarbeid mellom kommunene om smittesporing, selv om de har vurdert å avholde øvelse sammen. Etter vår vurdering bør kommunene også vurdere om smittesporingen bør være en interkommunal løsning i fremtiden eller om man er best tjent med at den enkelte kommune gjør dette viktige arbeidet på egen hånd. Det er korte avstander mellom kommunene, viruset kjenner ingen kommunegrenser, og de fleste kommunene bruker smittesporingsverktøyet ReMin. I tillegg er det noe dobbeltarbeid i forbindelse med overføring av nærkontakter som bor i en nabokommune.

Men det er ikke gitt at smittesporingen bør være interkommunal, og en bør uansett ikke foreta noen endringer mens krisen pågår. Mulige utfordringer med en interkommunal løsning er at det trolig blir lenger avstand mellom kriseledelse og smittesporingsteam og det kan ta lengre tid å sikre nødvendige administrative og økonomiske avklaringer.

# 8 BEMANNINGSKONTORET

## 8.1 INNLEDNING

---

For at kommunen skal lykkes med å håndtere smittesituasjonen og samtidig opprettholde en mest mulig normal drift med mye smitte og flere syke ansatte, må kommunen sørge for å kunne skaffe til veie nok personell på relativt kort varsel. I denne delen vurderer vi kommunens evne til rask omdisponering av ansatte, når det er behov for det. Dette er historien om bemanningskontoret.

## 8.2 STARTEN

---

Sandnes kommune opprettet et eget bemanningskontor kort tid etter nedstengningen. **Det ble bestemt i beredskapsledelsen den 13. mars, og var operativt halvannen uke etter**<sup>90</sup>.

Hensikten med kontoret var å skaffe nok bemanningsressurser til å håndtere koronasituasjonen.

**Dette skulle gjøres på to måter:**

- **Omdisponere ansatte i kommunen** – som helsesykepleiere, og de som ble «overtallige» i kommunen på grunn av nedstengningen, for eksempel ansatte innen, barnehage, kultur og rengjøring. **Den valgte ordningen.**
- Hente inn eksterne ressurser – veldig ressurskrevende og ikke brukt i praksis

## 8.3 BEMANNINGSKONTORET VÅREN 2020

---

Bemanningskontoret bestod på det meste av ti ansatte våren 2020 (ikke årsverk).<sup>91</sup> Det var både ansatte fra HR og noen representanter fra oppvekst (skole, barn og unge) og helse og velferd: *Stabene har vært spesielt viktige mht. å velge ut og kvalitetssikre eksterne kandidater som blir intervjuet mht ønskede kvalifikasjoner.* Vi får opplyst at det var i alt ca. 1500 eksterne som meldte seg, men at mange av disse ikke hadde ønsket kompetanse. Det var også en del av de som hadde rett kompetanse, men som ikke hadde tenkt godt nok gjennom hva det innebar å verve seg til dette arbeidet. De hadde andre jobber å ivareta og kunne ikke gå inn i det kommunale helsearbeidet sånn uten videre. Det hevdes at å hente inn ressurser eksternt viste seg både å være en arbeidskrevende løsning for bemanningskontoret (gjennomgang av søkerlister, innkalling til intervju, skaffe til veie politiattester etc.) og potensielt dyr løsning for kommunen.

Gjennomgangen tyder på at det fort ble en intern kamp om sykepleierne, etter at myndighetene kort tid etter nedstengningen ga signaler om sårbare barn og unge skulle prioriteres, og at helsesykepleiere ikke skulle omdisponeres til smitteforbyggende arbeid. Dette ble formulert sånn fra leder av legevakten: *«Etter en uke fikk vi spørsmål om når de kunne få dem tilbake? Vi hadde brukt ukesvis på å lære dem opp, men plutselig hadde sentrale myndigheter fokus på sårbare barn og unge. Hvem skal avgjøre hvor det er viktigst å ha folk?»*

---

<sup>90</sup> Jf. Rapport – Swot-analyse, Covid 19

<sup>91</sup> De jobbet ikke med dette hundre prosent, selv om det i den mest intense perioden var veldig stor del av stillingene som var knyttet opp mot bemanningskontoret. Opplyst i intervju 18.09.20.

I starten var det for noen virksomheter vanskelig å gi avkall på medarbeidere, for verken bemanningskontoret eller virksomheten som mottok de ansatte visste hvor lenge de trengte de ansatte. Det var også en diskusjon om hvem som skulle betale for de som ble omdisponert – virksomheten som avga ressursene eller virksomheten som mottok dem. Man ble enige om at førstnevnte betalte grunnlønnen, mens sistnevnte betalte for eventuelle turnustillegg etc.

Virksomhetslederne for sykehjemmene måtte avveie ressursbehovet opp mot smitterisikoen. De ville for all del unngå å risikere å importere smitte inn på sykehjemmene, spesielt i de første ukene med lite utstyr og begrenset testkapasitet.

Det blir videre pekt på at det gikk to-tre uker fra sykehjemmene fikk et tilbud om ekstra bemanning til de fikk folkene. Årsaken til dette var at bemanningskontoret ikke hadde myndighet til å omdisponere ressursene, og måtte forhandle med virksomhetslederne.

Et annet moment som ble trukket frem av virksomhetslederne for sykehjemmene var at når de først fikk ansatte, hadde de ikke myndighet til å disponere dem slik de hadde behov for: *«De ville bare jobbe dagtid og ikke turnus og helg. Dermed ble de nesten ingen ressurs. Dette burde vært avklart.»*

## 8.4 EN REKKE POSITIVE ERFARINGER

---

Selv om det var litt «knirk» i starten var det også en rekke positive erfaringer med Bemanningskontoret. Både i intervjuene våre og i kommunens egen SWOT-analyse (august 2020) pekes det på følgende positive erfaringer med bemanningskontoret:

- Kommunen responderer på omgivelsene og reagerer raskt i situasjonen
- Fleksibilitet, dvs. at kommunen i stor grad har nyttiggjort tilgjengelige ressurser, og omdisponert disse for å fylle behov som har oppstått
- Ansatte viser vilje til å påta seg nye oppgaver, teste ut nye metoder, løsninger, oppgaver og tilegne seg ny kompetanse
- Felles kriseforståelse og stor vilje til å samarbeide på tvers i organisasjonen.
- Bemanningskontoret betraktes som en nyttig tilvekst for rask mobilisering av ressurser

## 8.5 DE STØRSTE UTFORDRINGENE

---

Det er også pekt på en del utfordringer med Bemanningskontoret (intervjuer og SWOT-analyse).

- Mangelfulle strategiske føringer (Hvordan skal man prioritere og hvor er det kritisk å fylle på med kompetanse? Hvem trenger hjelp når), noe som har påvirket kommunikasjon og dialog på operativt nivå.
  - Tvetydige føringer trekkes frem av både de som avgir (ressurseierne) og de som skal motta ressurser. Det pekes også på at ansatte har vært for lite forberedt på at de kan omdisponeres. De som skulle avgi ressursene etterspurte tydelige prioriteringer. Det er ulike oppfatninger om hvordan man skulle prioritere og hvor ressursene skulle omdisponeres.
  - Ressurseierne ser muligheten i å kunne forberede ansatte på at de kan omdisponeres til andre oppgaver og bestillere trekker frem muligheten i å utarbeide et strategisk rammeverk i «fredstid»

- Bemanningskontoret hadde ikke et system for å håndtere omdisponering av interne ressurser og en oppdatert oversikt over tilgjengelig personell. Listene endret seg raskt og arbeidet måtte gjøres manuelt.
- Ifølge analysen og møtene i beredskapsledelsen<sup>92</sup> sommeren 2020 hadde kommunen fremdeles en sårbarhet mht. kritiske kompetanse, og spesialkompetanse som er vanskelig å levere. Dette er fortrinnsvis helsepersonell, sykepleiere og helsearbeidere

Før sommerferien ble det gitt tydelige føringer for disponering av ressurser innen Helse og velferd ifm. ferieavviklingen, ved å tydeliggjøre arbeidsgivers styringsrett ved fravær av bemanning knyttet til Covid 19<sup>93</sup>. Styringsretten omhandlet omdisponering internt i den enkelte virksomhet eller mellom virksomhetene, dersom en virksomhet ikke klarte å opprettholde forsvarlige og nødvendige helsetjenester gjennom interne tiltak. Sistnevnte situasjon utløste følgende rett: *«Virksomhetsleder i den kriserammede virksomheten kontakter virksomhetsledere i Helse og velferd som har ansatt aktuelle yrkesgrupper. Virksomhetene har plikt til å bistå gjennom å avgi eget personell jf. den forberedelse som avgivende virksomhet har gjort i forkant.»*

Både i evalueringen/SWOT-analysen og i vår intervjuer høsten 2020 etterlyste man en tilsvarende styringsrett på tvers av tjenesteområdene, dvs. i hele kommunen.

## 8.6 BEMANNINGSKONTORET HØSTEN 2020/VÅREN 2021

---

Bemanningskontoret har gjort seg en del nyttige erfaringer, som er oppsummert i SWOT-analysen, og kommunen har grepet fatt i disse. Etter dette har man rigget det slik at alt er klart dersom kommunen må *«trykke på den røde knappen»*. *«Alt er klart, både hvem som skal administrere og hvordan de skal jobbe»*.<sup>94</sup>

Bemanningskontoret har også et tydelig mandat nå, slik at man skal kunne omdisponere ansatte på en effektiv måte, i en tid der kommunen både skal håndtere pandemien og samtidig ivareta sårbare barn og unge.

Bemanningskontoret har ingen instruks mht. den interne omdisponeringen av ressurser, denne oppgaven er lagt til direktøren for hvert tjenesteområde. Det betyr at bemanningskontoret ikke skal involveres ved intern omdisponering, men iverksettes først når bemanningsutfordringene ikke kan løses internt.

**Bemanningskontoret var operativt første halvår 2020, men ikke operativt andre halvår 2020, og «gjenoppstod» januar 2021**, i tråd med økt behov for personell til vaksinerings. Denne gangen har man valgt to personer (under HR) som fikk hovedansvaret for å ta imot bestillinger, og håndtere disse.

Tilbakemeldingene tyder på at bemanningskontoret har fungert bra etter *«gjenoppstandelsen»*. Dette skyldes at man har gjort en del justeringer etter evalueringen og at behovet for personell nå

---

<sup>92</sup> Referat fra møte i beredskapsledelsen 24.06.

<sup>93</sup> Vedlegg til scenarioplan: *Rutine for kriseberedskap bemanning knyttet til Covid 19 –sommeren 2020, Helse og velferd*

<sup>94</sup> Jf. epost 26.11.20

er mer spisset, dvs. knyttet opp mot vaksineringsen. Bemanningskontoret har rekruttert personell som har bistått med vaksineringsen, primært pensjonerte sykepleiere og helsesykepleiere.

Selv om ikke bemanningskontoret var operativt høsten 2020, jobbet man likevel i «kulissene» med å skaffe til veie nok helsepersonell som kunne stå på en tilkallingsliste, og som kunne trå til dersom behovet økte. Per 11.03 hadde Bemanningskontoret:

- 52 eksterne kandidater. Felles for disse er at de aller er helsefaglig utdannet. Her finnes både fagarbeidere, sykepleiere, vernepleiere osv. Det finnes også enkelte leger.
- 47 interne kandidater med helsefaglig utdanning, som ikke arbeider innen helse og velferd.
- 85 helsesykepleiere (ikke organisert under helse og velferd)
- 15 merkantile som direktørene har meldt inn kan omdisponeres når situasjonen krever det

Hvordan den interne omdisponeringen av ressurser mellom tjenesteområdene skal være er det kommunedirektør i samråd med berørte direktører som avgjør. Et mulig scenario vil være virksomheter som mangler kritisk kompetanse på grunn av smitte eller karantene. Da vil det være aktuelt å omdisponere personell, men ut ifra en totalvurdering av hva som er plussene og minusene med en slik omdisponering. Det er en betydelig sårbarhet knyttet til å ta personell både fra barnevern, barnehage, skole og helsestasjonstjenestene.

Intervjuene tyder også på at de ansatte på bemanningskontoret har en restkapasitet som kan brukes dersom kommunen både skal håndtere en oppskalering av vaksineringsen og at enkelte virksomheter blir slått ut av pandemien. I tillegg kan også bemanningskontoret benytte seg av de 15 merkantile dersom det skulle knipe til.

## 8.7 VURDERING

---

Bemanningskontoret ble opprettet raskt, allerede dagen etter nedstengningen. Hensikten med dette var å gjøre kommunen i stand til å skaffe nok folk til å håndtere et eventuelt behov for omdisponering eller rask oppskalering av personell under pandemien. Bemanningskontoret bestod på det meste av ti ansatte fra ulike direktørområder, men bestod i mars 2021 av to personer fra HR som har ansvar for å ta imot bestillinger og håndtere disse.

Bemanningskontoret har fungert bra, men hadde enkelte utfordringer de første månedene. Blant annet viste det seg at rekruttering av personell utenfor kommunen var en veldig arbeidskrevende og potensielt dyr løsning. Det var også en intern kamp om sykepleierne, spesielt helsesykepleierne, i starten på grunn av motstridende signaler fra myndighetene. Det var dessuten vanskelig for enkelte virksomheter å gi avkall på medarbeidere fordi verken de eller bemanningskontoret visste hvor lenge det var behov for folk.

Mandatet og myndigheten til bemanningskontoret var også uklart i starten, men dette er justert og korrigert nå, etter at man evaluerte ordningen.

Etter vår vurdering har kommunen gjennom bemanningskontoret funnet en god måte å omdisponere personell på under pandemien. Bemanningskontoret er også en fleksibel konstruksjon, som iverksettes eller nedlegges dersom behovet oppstår eller bortfaller.

I Sandnes kommunens ressursliste for beredskapshendelser er omdisponering av personell ved større beredskapshendelser lagt til leder av HR/HMS, slik at ansvars plasseringen her synes å

være ivaretatt. Kommunen bør også vurdere å inkludere et punkt om bemanningskontoret og noen refleksjoner rundt hvilke beredskapshendelser som vil kunne utløse et behov for å iverksette bemanningskontoret igjen.

## 9 TILTAK FOR Å IVARETA SÅRBARE BARN OG UNGE

### 9.1 INNLEDNING

---

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

Nokså raskt etter nedstengningen ble man nasjonalt og lokalt bekymret for hvilke konsekvenser dette kunne få for sårbare barn og unge og deres familier. Og det ble slått fast at sårbare barn også i krisetid skulle fanges opp, få hjelp og ivaretas<sup>95</sup>.

Barne- og familiedepartementets koordineringsgruppe hevder at utsatte familier og deres barn bærer en stor grad av tiltaksbyrden, «*samtidig som de i mindre grad løftes fram i debatten rundt smitteverntiltakenes forholdsmessighet*<sup>96</sup>. (...) *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 inngrepene tiltak i til sammen 25 kommuner.*»

Koordineringsgruppen er bekymret for den totale belastningen smitteverntiltakene har på barn og unge. De legger til grunn at myndighetene i vurderinger av nasjonale smitteverntiltak bør ha som overordnet premiss at tiltaksbyrden overfor barn og unge må være lavest mulig: *Belastningen øker med varigheten av tiltaket, og bekymringen for at sårbare barn ikke fanges opp eller ikke får god nok hjelp øker tilsvarende. Det er avgjørende at de universelle og spesialiserte tjenestene til barn og unge er åpne og tilgjengelige. Barn og unge bør i størst mulig grad få mulighet til å drive med fritidsaktiviteter og besøke hverandre hjemme*».

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

- Kommunen var tidlig ute med å prioritere sårbare barn og unge
- Barn i sårbare livssituasjoner har mottatt et omsorgstilbud i barnehagene og på skolen
- Elevene som mottok spesialundervisning, fikk tildelt de vedtatte timene

---

<sup>95</sup> Kilde: Sårbare barn og unge – statusrapport nr. 1 fra koordineringsgruppe til BFD, 20.04):

<sup>96</sup> Rapport nummer 11, side 5.

- Antall bekymringsmeldinger har ikke endret seg vesentlig i 2020, sammenlignet med foregående år. Antall bekymringsmeldinger er en indikator på kommunens evne til å fange opp de sårbare barna, selv om det er vanskelig å være for bastant i konklusjonene ved en nedgang/oppgang i meldinger.
- Helsestasjonstjenestene har klart å ivareta barn og sårbare grupper på en tilnærmet normal måte
- 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

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

I gjennomgangen anvender vi derfor sammenligninger for å få et bilde av hvordan aktivitetsnivået er i koronaåret 2020. Vi sammenligner Sandnes med andre kommuner. I tillegg sammenligner vi kommunens aktivitet rettet mot barn og unge i 2020 mot aktiviteten i 2019 (og i enkelte tilfeller i 2018).

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

## 9.2 FØRINGER FOR BARNEHAGER OG SKOLER UNDER NEDSTENGNING OG GJENÅPNING

---

### 9.2.1 BARNEHAGER

Vi får opplyst at det har vært et mål for kommunen å gi sårbare barn og unge tett oppfølging under pandemien. Virksomhetene innen Oppvekst vurderte hvem som var i sårbare livssituasjoner, etter føringer og veiledning fra direktør. Ifølge kommunens retningslinjer for 13.03 - 13.04 skulle følgende sårbare barn og unge få et barnehage tilbud i nedstengningsperioden<sup>97</sup>:

- Barn og unge med særskilte omsorgsbehov
  - Barn som har store psykiske eller fysiske funksjonshemninger
  - Barn som er omfattet av hjelpetiltak
- Barn og unge som bor sammen med foreldre som har psykiske vansker og/eller rusrelaterte vansker skal kunne få barnehage tilbud:
  - Barn under omsorg av foresatte med psykisk lidelse og/eller ruslidelse.

Men det er styrer som skal vurdere dette ut fra behov og smittevern hensyn: *«Alle vurderinger om barnehageplass for disse barna vil være enkeltsaker som styrer vurderer om en skal gi barnehageplass. Vurderingene skal være restriktive i forhold til smitteforebyggende hensyn. Dialog mellom tjenesten og barnehage/skole forutsetter selvsagt samtykke fra foresatte».*

Retningslinjene omhandlet også en **plan for å sikre en tilstrekkelig bemanning**. Eksempelvis ble det slått fast at det var styrer i den enkelte barnehage som hadde ansvaret for å sørge for

---

<sup>97</sup> Retningslinjer for barnehagedrift i Sandnes kommune i perioden 13. mars til 13. april, datert 26.03.20

tilstrekkelig bemanning. *Hvis barnehagen i løpet av denne perioden ikke har nok tilgjengelig personell, skal styrere i kommunalt eide barnehager kontakte virksomhetsleder. Hvis det ikke er nok personell i virksomhetsområdet, kontaktes kommunaldirektør. Privat eide barnehager tar kontakt med kommunaldirektør hvis en ikke har nok personell».* På bakgrunn av FHI's anbefalinger definerte kommunen gruppestørrelsene for barnehagene (maks tre barn, gjerne 2 barn og en voksen). I tillegg skulle barnehageaktiviteten holdes på et minimumsnivå.

### **Med utgangspunkt i retningslinjene utarbeidet barnehagestaben tre scenarier den 03.**

**april.** Disse dannet utgangspunkt for den enkelte barnehages kontinuitetsplanlegging. På tidspunktet for utarbeidelsen av dokumentet var det vanskelig å vite om regjeringen vil åpne barnehagene og skolene, og om dette vil gjøres helt eller delvis. I planen skisseres derfor tre scenarier, 1) et for fortsatt stengt barnehage, 2) et for delvis åpning og 3) et for full åpning. På bakgrunn av dette utarbeidet barnehagene planer for gjenåpningen.

**Det ble utarbeidet en ny kontinuitetsplan den 20.10.** Dette er en plan som var mer fullstendig og mer tydelig på flere punkter, for eksempel knyttet til mål med planen. Det var fire ulike mål som skulle balanseres i den nye kontinuitetsplanen:

- Å begrense smitte/antall syke,
- Holde barnehagen åpen så lenge som mulig,
- Gi et forsvarlig tilbud tilpasset situasjonen
- Sikre at barnehagene er i stand til raskt å trappe opp og ned på tiltak ut fra smittevernsituasjonen.

Planen var også mer konkret mht. ansvarsdeling og hvem som hadde ansvaret for håndteringen i virksomheten eller den enkelte barnehage dersom virksomhetsleder eller styrer ble syk. I planen pekes det på at dette ansvaret strakk seg lenger enn til en stedfortreder, og at stedfortredende leder skal ta over lederansvaret selv ved en dags fravær av styrer.

Det bør samtidig presiseres at det overordnede nasjonale målet ved gult og rødt nivå er at barn og ansatte har et begrenset antall kontakter og å holde oversikt over disse.

## 9.2.2 SKOLENE

Også **Sandnesskolen** utarbeidet egne retningslinjer ifm. nedstengningen<sup>98</sup>. Der ble det blant annet slått fast at alle elevene hadde rett på opplæring i perioden, og at det var skolens ansvar å sørge for dette. *«Alle skolene må derfor utarbeide en plan for opplæringen, slik at elevene kan jobbe hjemmefra.»* Det ble videre pekt på at det er *«...viktig at skolene er i tett dialog med hjemmet, særlig er det viktig for de minste elevene.»*

**Føringer for elever med særskilte omsorgsbehov under nedstengningen:** *Når det gjelder barn med store omsorgsbehov, vil kommunen ta individuelle vurderinger for å ivareta de aktuelle familiene. Rektor må ha en oversikt over aktuelle elever og ha en tett dialog med foresatte. Barnevernsjef fattet 16.03.20 beslutninger hvem som skal få tilbud om skoleplass. De er nå i gang med å tilby foreldre dette. Barnevernet kontakter aktuelle skoler.*

---

<sup>98</sup> Retningslinjer for Sandnesskolen i perioden 13. mars til 27. april.



Fagstab barn og unge og fagstab skole utarbeidet i mars et brev til alle aktuelle virksomheter i Helse og velferd og i spesialisthelsetjenesten<sup>99</sup>. Brevet tok utgangspunkt i helsedirektoratets anbefaling om at barn under omsorg av foreldre med psykisk lidelse og/eller ruslidelse fortsatt skulle få tilbud om barnehage, skole eller annet dagtilbud (Gjaldt barn i barnehagealder og elever i barneskolen og ungdomsskolen). Ansatte i aktuelle tjenester skulle gå i dialog med mulige foresatte om et slik dagtilbud, og ta kontakt med barnehagestyrer eller rektor dersom de benytte seg av dette tilbudet. Hensikten med dette var todelt: 1) Demme opp for omsorgssvikt, og 2) demme opp for økt symptomuttrykk hos foresatte.

**I forbindelse med gjenåpningen** utarbeidet skolene planer/sjekklistor for å få elevene tilbake til skolen. I disse planene ble det eksempelvis beskrevet hvor mange barn som var fordelt på voksne, bruken av klasserom, hvor mye uteskole det skulle være, og hvilken inngang de ulike trinnene skulle bruke.

Fagstab skole utarbeidet en **ny beredskapsplan før sommeren 2020 (dvs. 23.06)**. Ettersom alle elevene da var tilbake på skolen, var denne naturlig nok utelukkende knyttet opp mot smittevern. Målet med planen var å sikre at skolene skulle raskt være i stand til å trappe opp og ned på tiltak ut ifra smittesituasjonen. Smittevernmyndighetene avgjør hvilket nivå (grønt, gult, rødt) tiltakene skal legges på ut fra smittesituasjonen, og ikke den enkelte skoleeier eller skole/SFO. Eksempler:

- Rektor er ansvarlig for at skolene utarbeider egne beredskapsplaner for gult og rødt nivå.
- Rektor sikrer at skolene har en intern bemanningsplan for å sikre et forsvarlig opplæringstilbud for alle elever.
- Kommunedirektør, IT og rektor sørger for å ha nok tilgjengelige digitale enheter.

**Sommeren-høsten 2020:** Felles budskap fra FHI, Hdir og Udir<sup>100</sup>:

- Skoler skal ikke stenges som forebyggende smitteverntiltak, bare som målrettet tiltak som da må være godt begrunnet og forholdsmessig
- Stenging av skoler skal drøftes med myndighetene og godkjennes av Helsedirektoratet

### 9.3 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-høsten 2020 var budskapet fra FHI, Hdir og Udir at skolene ikke skulle stenges som forebyggende smitteverntiltak, kun som målrettet tiltak som måtte være begrunnede og forholdsmessige<sup>101</sup>. Stenging av skoler skulle drøftes med myndighetene og godkjennes av helsedirektoratet.

---

<sup>99</sup> Vi har basert oss på den reviderte versjonen den 25. mars.

<sup>100</sup> Alt det under er hentet fra en presentasjon fra utdanningsdirektør hos Fylkesmannen, og heter Gjeldende regelverk under koronapandemien

<sup>101</sup> Alt det under er hentet fra en presentasjon fra utdanningsdirektør hos Fylkesmannen, og heter Gjeldende regelverk under koronapandemien

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad konsekvensene for sårbare barn og unge ble av vurdert av kommunen ifm. de mest inngrepene smitteverntiltakene.

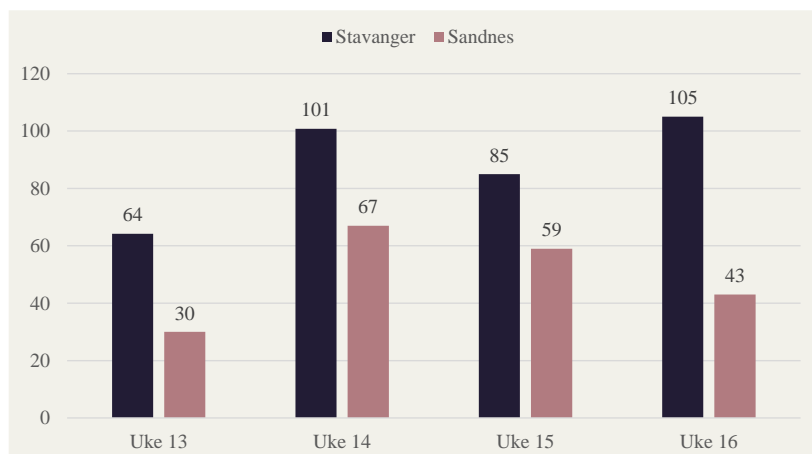
Det enkle svaret på dette er ja. Umiddelbart etter nedstengningen var dette perspektivet tydelig i føringene fra kommunedirektør.

## 9.4 BARN I BARNEHAGEN UNDER NEDSTENGNINGEN

I figuren under har vi sammenlignet antall sårbare barn med omsorgstilbud i Sandnes og Stavanger. Tallene er ikke hundre prosent sammenlignbare, men de gir likevel et relativt godt bilde av forskjellene<sup>102</sup>.

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 øyeblikkstall. Dette svekker figurens sammenligningsverdi.

*Figur 13 Barn i sårbare livssituasjoner med et omsorgstilbud i barnehagen under nedstengningen*



Vi ser en kraftig økning uke nummer to, og deretter er det en reduksjon i antall barn i Sandnes frem mot nedstengningen. Hovedforklaringen på nedgangen i uke 15 er at dette er påskeuka. Vi er usikre på hva som kan forklare den ytterligere nedgangen, men en sannsynlig forklaring er at Sandnes rapporterer tirsdagen etter påske, og at alle barna av den grunn ikke er kommet tilbake i barnehagen. Stavanger rapporterer gjennomsnittet for hele uka.

### 9.4.1 FREMGANGSMÅTE FOR Å NÅ BARN/FAMILIENE

[Korona-på-tvers-samarbeidet](#) var sentralt for å nå ut til de sårbare barna og familiene. Det ble som nevnt sendt et brev til virksomheter i Helse og velferd og spesialisthelsetjenesten, for at man skulle kunne gi et tilbud til barn under omsorg av foreldre med psykisk lidelse og/eller ruslidelse.

<sup>102</sup> 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 øyeblikkstall en bestemt dag. Rapporteringsdagene i Sandnes har vært 27.03, 03.04, 07.04, og 14.04.

Alle virksomhetene fulgte opp familier/barn som de mente hadde behov for et barnehage- og skoletilbud. Eksempelvis hadde ca. 25 barnevernsbarn et tilbud om barnehage eller skole per 31.03.

Fagstab Barn og unge var også i kontakt med Styrket barnehagetilbud for å finne ut hvem av barna de var bekymret for.<sup>103</sup> Dette ble formidlet videre til den enkelte barnehagestyrene, som ofte var bekymret for flere barn<sup>104</sup>. Dette kunne eksempelvis være hjem der styrerne visste at foreldrene var veldig slitne. Men mange av foreldrene takket imidlertid nei til et slikt tilbud<sup>105</sup>. De var naturlig nok like bekymret for smitte som andre foreldre; de ville ikke sende barna i barnehagen, spesielt i starten.

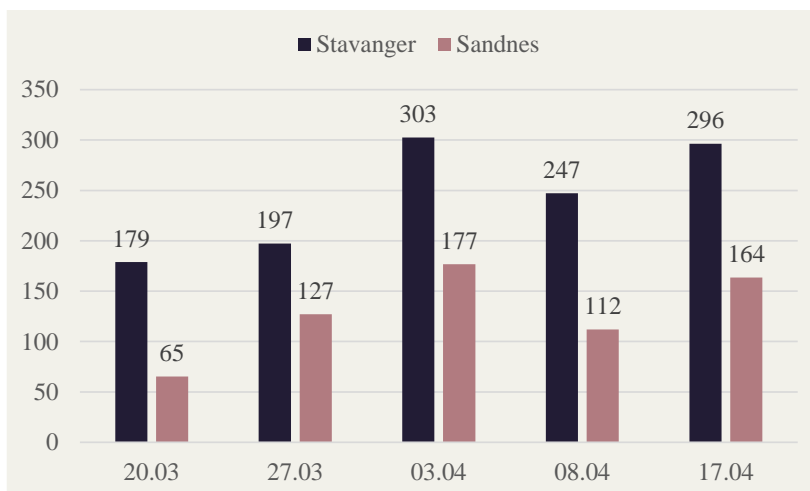
De barna og familiene kommunen var bekymret for og som takket nei til et omsorgstilbud, ble fulgt opp digitalt eller på telefon<sup>106</sup>. Noen familier fikk veldig tett oppfølging, og «veldig mange telefoner».

Når det gjaldt de øvrige barnehagebarna som ikke fikk et omsorgstilbud, var instruksjonen at disse skulle ringes en gang i uken. Dersom barnehagene trengte hjelp med å følge opp de sårbare barna, skulle de ta kontakt med andre tjenester, for eksempel helsestasjonen.

Både fra fagstab barnehage og fra fagstab skole ble det gitt uttrykk for at tidlig innsats skulle prioriteres.

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 14 Det totale antallet barn med omsorgstiltak i barnehagen under nedstengningen



<sup>103</sup> Styrket barnehage skal gi barnehagebarn spesialpedagogisk hjelp, sikre at barn med nedsatt funksjonsevne får et tilrettelagt barnehagetilbud og gi tilbud om sosial ferdighetstrening.

<sup>104</sup> Opplyst i intervjuer.

<sup>105</sup> Opplyst i intervjuer.

<sup>106</sup> Barnehagene, styrket barnehagetilbud, PPT, Senter for flerspråklige barn og unge, helsestasjonstjenester og barne- og familieenheten. Oppfølgingen ble koordinert etter beste evne. Eksempelvis viste deg seg at barnehagestyrene var bekymret for flere enn de som fikk et styrket barnehagetilbud, og da var det naturlig at barnehagene selv kontaktet disse (opplyst i intervjuer).

I snitt i denne perioden har det vært 90 prosent flere barn i barnehagene i Stavanger enn i barnehagene i Sandnes.

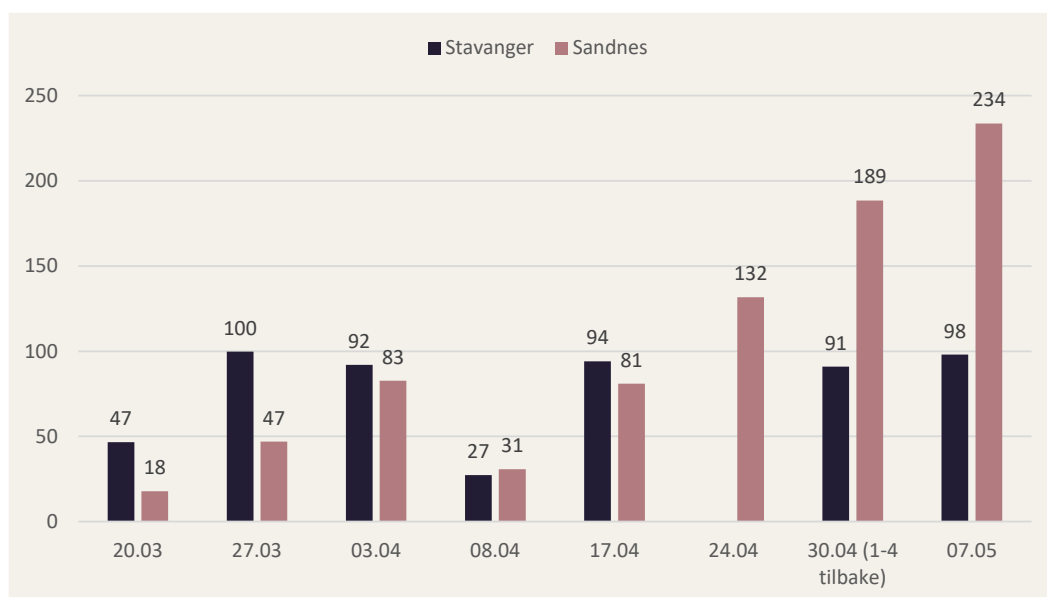
Men økningen i begge kommuner var betydelig, spesielt de første ukene. Den 13.03 møtte 18 barn, den 16.04 hadde antallet tidoblet seg. Vi ser at det var en liten dupp i uke 15 (figuren på forrige side) og den 08.04, dvs. påskeuka. Både barnehager og skoler hadde åpent for de prioriterte gruppene i påsken, men noen ønsket ikke å ta imot tilbudet.

Gjennomgangen tyder videre på at det er store forskjeller mellom barnehagene mht. hvor mange barn som har hatt et omsorgstilbud. Fem barnehager har ikke hatt et omsorgstilbud for noen barn noen dager, 13 barnehager har 0 barn i snitt i perioden, mens en av barnehagene har i snitt gitt et omsorgstilbud til åtte barn hver dag.

## 9.5 ELEVER PÅ SKOLEN UNDER NEDSTENGNINGEN

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<sup>107</sup>.

Figur 15 Barn i sårbare livssituasjoner som mottok et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen (gjennomsnitt per uke)<sup>108</sup>



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 kraftig 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 går på skolen fortsetter

<sup>107</sup> 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.

<sup>108</sup> Kilde: Tall mottatt fra Sandnes og Stavanger kommune.

å øke kraftig i Sandnes etter at småskoletrinnet er tilbake. Vi har ikke eksakte tall på antall barn i Stavanger de to siste ukene, men estimatene våre gir et brukbart bilde.

Uansett er det totale antallet barn som går på skolen hhv. 107 og 129 i Stavanger de to siste ukene. 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 redsel 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 skolen, hvis de selv mente de hadde behov for det<sup>109</sup>. Skolesjefen forteller at man ikke ønsket å stenge av denne muligheten hvis både elevene og foreldrene mente det var behov for det. I skolestaben innså man at man risikerte å komme i en situasjon der det ble for mange elever på skolen. Samtidig var det en felles erkjennelse blant fagstab og skolene «*at en del elever som strevde sannsynligvis ikke hadde godt av å være så mye hjemme*». Fagstaben hadde tett dialog med skolene for å følge utviklingen, og grunnholdningen hos skoleledere og fagstab var å være romslige mht. hvem som fikk komme på skolen og SFO.

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.

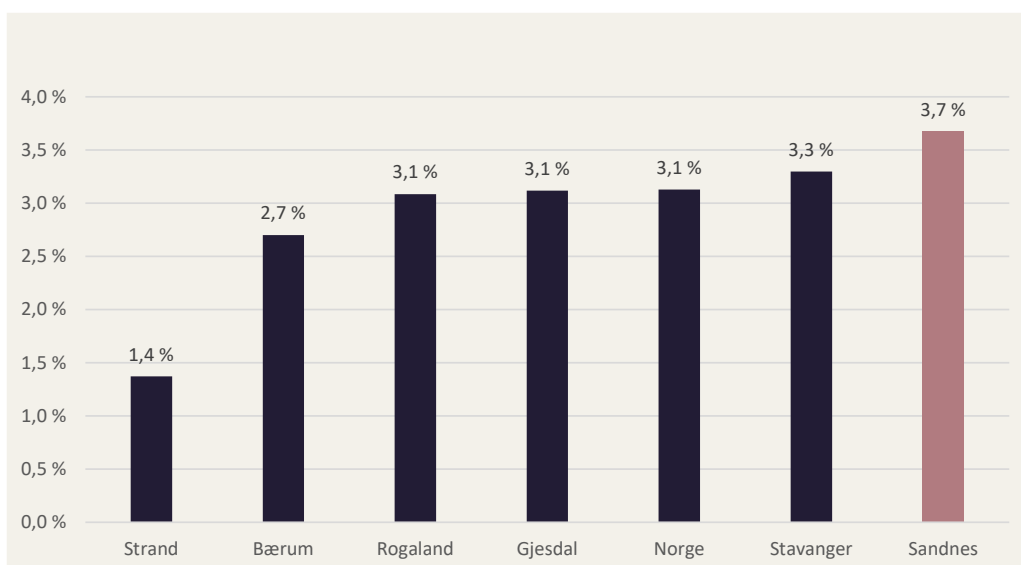
Skolene ble oppfordret til å ha en proaktiv holdning overfor sårbare barn og unge, og ha en lav terskel for å ta kontakt med dem som fikk undervisningen hjemme. Fagstaben førte daglig oversikt over hvor mange elever som benyttet tilbudet og så en klar økende trend gjennom hele perioden. Det ble også opprettet en egen hjertetelefon på hver skole, som var bemannet hele dagen og var et tilbud for alle som hadde behov for å snakke med noen på skolen.

I figurene under ser vi nærmere på andelen elever med omsorgstilbud på skolen under nedstengningen sammenlignet med andre kommuner. Tallene er hentet fra GSI, grunnskolen informasjonssystem.

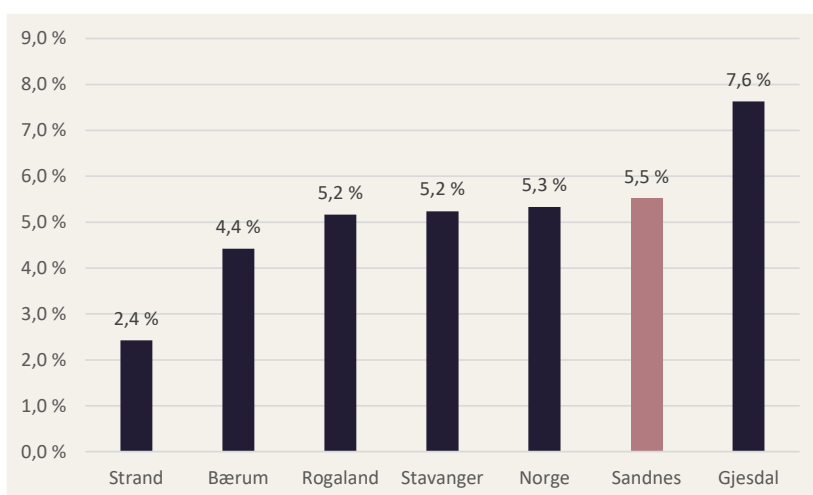
---

<sup>109</sup> Jf. intervju og opplysning i epost fra rådgiver i fagstab skole.

Figur 16 Elever i sårbare livssituasjoner som har mottatt et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen – andel i prosent av det totale elevtallet<sup>110</sup>



Figur 17 Det totale antallet elever som mottok et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen<sup>111</sup>



### 9.5.1 SPESIALUNDERVISNING

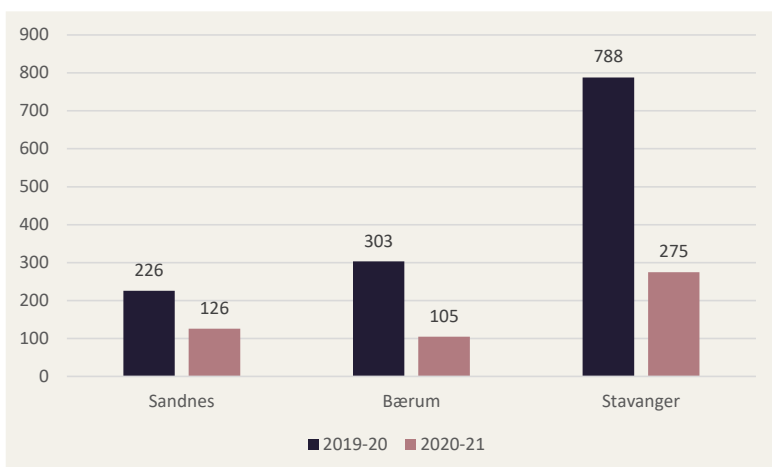
Skolene har rapportert til GSI på antall elever som har fått tildelt færre timer til spesialundervisning enn det som var planlagt/normalt. Indikatoren sier ingenting om hvor mye mindre spesialundervisning de har fått, dvs. om reduksjonen har vært på 2 eller 100 timer, eller hvor stor prosentandel det utgjør av de vedtatte timene. Den gir likevel et bilde, og kommunene

<sup>110</sup> Kilde: [https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/tema/konsekvenser\\_smitteverntiltak\\_GSI/](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.

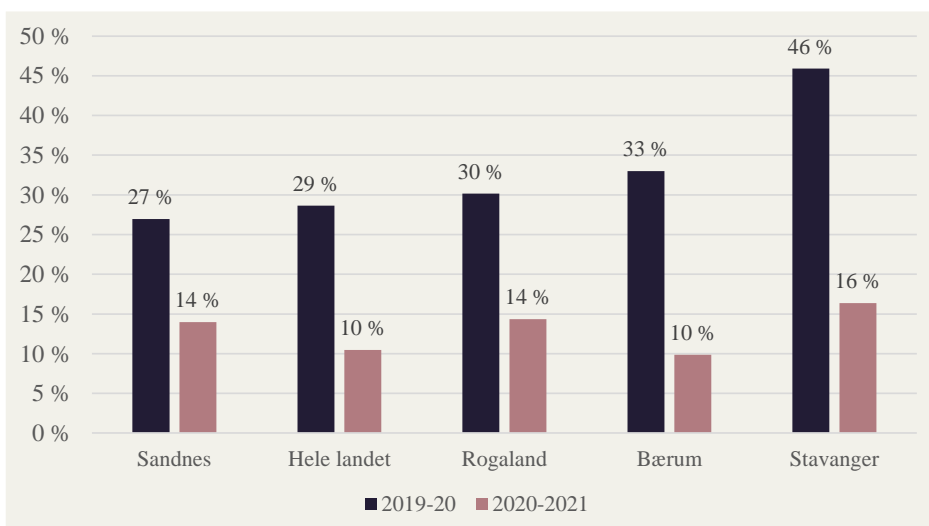
<sup>111</sup> Her er også elever med foreldre som er i et samfunnskritisk yrke inkludert.

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 førstnevnte representerer våren 2020 og sistnevnte høsten 2020.**

Figur 18 Antall elever som har fått færre timer med spesialundervisning de to siste skoleårene<sup>112</sup>



Figur 19 Andel elever som har fått færre timer med spesialundervisning de to siste skoleårene i prosent av de som mottar spesialundervisning

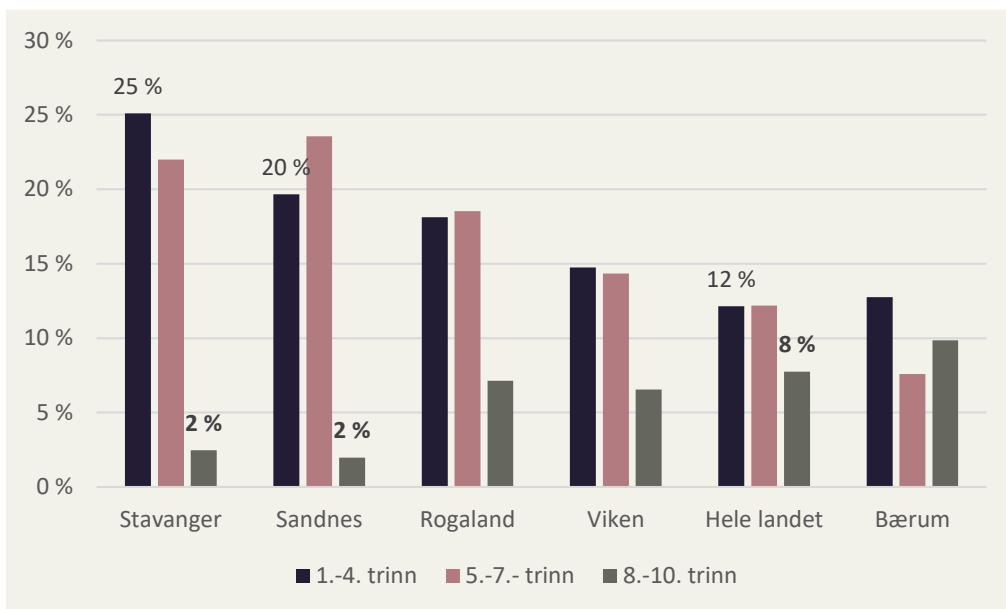


Vi ser at det i Stavanger er en likhet med andre kommuner var det en betydelig andel elever som fikk færre timer med spesialundervisning enn det som var vedtatt i 2020. Andelen er høyere våren 2020 enn høsten 2020, men høsten 2020 ligger Sandnes betydelig over landssnittet. Og det er små- og mellomskoletrinnet som har hatt den sterkeste reduksjonen, mens ungdomsskoletrinnet nesten er uberørt

<sup>112</sup> Selv om tallene 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.

I figuren under ser vi på andelen elever fra hvert trinn som får færre timer spesialundervisning i prosent av antall spresialundervisningselever 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 har fått færre timer med spesialundervisning. Det er små- og mellomskoletrinnet som har hatt den sterkeste reduksjonen.

Figur 20 Andel elever per trinn som fikk færre timer med spesialundervisning 2020/2021, dvs. høsten



Vi ser et tilsvarende bilde våren 2020 i Sandnes, hhv. 40 %, 38 % og 9 % på små-, mellom- og ungdomsskoletrinnet.

## 9.6 INFORMASJON OG SAMARBEID

### 9.6.1 BARNEHAGENE

Vi har intervjuet to barnehagestyrere 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 informasjonen som er kommet fra direktør/fagstab, og samarbeidet med fagstaben.

Tilbakemeldinger i intervjuene:

- Barnehagene mener de har fulgt opp sårbare barn og unge på en god måte. Det pekes på at pedagogisk leder og spesialpedagog fulgte opp barna hjemme, og at alle familier ble kontaktet på telefon.
- Informasjonen de har fått har vært god og Teams-kanalen som har blitt brukt, er oversiktlig. Det har vært jevnlig møter der informasjon har vært delt. I flere av disse har kommuneoverlegen deltatt. På møtene har barnehagene kunne spørre om endringer i smittevernreglene. Når det er kommet nye smittevernregler har de fått epost fra fagstab om hva som hva endringene innebærer for barnehagene.
- Både fagstab og styrerne i de utvalgte barnehagene karakteriserer samarbeidet ifm. koronasituasjonen som godt.



Videre opplever barnehagene at kommunens valgte tiltak for å forebygge smittespredning har vært effektive. «*Det var litt vanskelig i starten, men de ansatte har vært positivt innstilt til å gjøre dette best mulig. Det har ikke vært noen smitte på noen av barnehagene*». Det pekes videre på at det har gått fint med inndeling i kohorter.

Eksempler vi har fått i vår gjennomgang på barnehagenes oppfølging under nedstengningen: Sende videohilsen til barn og foresatte, direktesendt samlingsstund, sende en ide til lek til de foresatte, sende ukeplan med forslag til aktiviteter de kan gjøre hjemme og planlegge og gjennomføre foreldresamtaler via digitale hjelpemidler.

## 9.6.2 SKOLENE

Vi oppsummerer tilbakemeldingene fra våre fire utvalgte skoler i punktene under:

- **Tilfredsstillende oppfølging.** Ja, i stor grad ifølge våre informanter.
- Stor oppmerksomhet omkring de sårbare elevene. Det har vært lav terskel for å ta imot de sårbare elevene på skolen og gi dem et omsorgstilbud der. De barna som man mente hadde det bedre av å være på skolen, fikk et undervisningstilbud på skolen under nedstengningen. Noen av barna som fikk et omsorgstilbud, fikk det på bakgrunn av at de foresatte spurte om dette, fordi det hadde «*blitt for mye å ha de hjemme*».
- Den ene skolen rapporterer om utfordringer i starten da skolen plutselig ble stengt. Men etter noen dager «*fikk skolen bedre kontroll på barna*». Rektor mener de var der de skulle være i forhold til utsatte barn etter noen uker.
- Ved en av skolene hadde man hatt sårbare elever med egne tiltak, for eksempel en elev som hadde undervisning i et eget rom fordi denne eleven var svært utsatt for smitte.
- De rapporterer at **samarbeidet mellom skoleledelsene** og fagstab i Oppvekst skole har fungert godt.
- Informasjon. Skolene rapporterer at **informasjonen** de har fått fra ledelse og fagstab oppvekst i forbindelse med håndtering av pandemien har vært veldig god. Blant annet pekes det på at «*Google classroom har vært en god informasjonskanal som har vært oppdatert med all nyttig informasjon for ansatte og foreldre. De ansatte har også vært tilgjengelige på telefon*»
- Ved en av skolene sa man det slik: *Ved nedstengning var det en helt annen oppfølging fra fagstab enn før Koronaen (i positiv forstand). Har fått veldig god oppfølging angående spørsmål om smittevern og organisering. Har fått raske og gode svar fra fagstab.*
- Flere av skolene opplever at det var bra at fagstaben trakk inn kommuneoverlegen på et veldig tidlig tidspunkt: «*Samling med kommuneoverlege i januar var veldig bra, samt samtaler med fagstab*»
- Til tross for at man opplever informasjonen fra samarbeidet med og oppfølgingen fra fagstab som god, peker flere på at det har vært krevende å følge med på all informasjonen som er kommet i løpet av koronaperioden. *Vi har hatt litt problemer med å henge med i svingene. I en periode kom det nye direktiver hver uke. Vi driver med andre ting en korona fra skolen, så vi har ikke klart å oppdater nettsiden og holde den ajour hele tiden.*»

Fra flere hold, blant annet barnehage- og skolesektoren, får vi opplyst at mange ansatte merker en betydelig slitasje etter å ha jobbet under koronaen i et drøyt år. De må forholde seg til alle

smittevernrestriksjonene, sørge for at elevene gjør det samme, vaske overflater, kombinere fysisk og digital undervisning og håndtere raske endringer av smittevernreglene.

## 9.7 HELSESTASJONSTJENESTER

Utover våren/sommeren var føringene fra staten er at kommunene må planlegge for tilstrekkelig personell til TISK-oppgaver uten at det gikk på bekostning av nødvendig helsehjelp til barn og sårbare grupper.

Våren 2020 hadde helsestasjonstjenester utlånt personell til legevakten i Sandnes, koronatesting på Klepp, til smittesporing, sykehjemsdrift på Åse boas og Sandnes helsesenter og Kvinne og barneklubben på SUS.

Til tross for disse driftsmessige endringene og til tross for smitteverntiltak og høyt sykefravær opprettholdt Helsestasjonstjenester tilnærmet vanlig drift i helsetjenesten i 2020<sup>113</sup>. Det var redusert drift på Reisevaksinekontoret, og personellet ble omdisponert til skolehelsetjenesten.

I figuren under ser vi på hvordan aktiviteten har endret seg fra 2019 til 2020.

Tabell 5 Aktivitet Helsestasjonstjenester – endring fra 2019 til 2020

Aktivitet Helsestasjonstjenester	2019	2020	Endring	Endring %
Antall gravide	804	736	-68	-8 %
Fødsler	1 015	1 000	-15	-1 %
Hjemmebesøk jordmor	533	293	-240	-45 %
Barselkontroll jordmor individ		345	345	
Etterkontroll\prevensjon jordmor	110	233	123	112 %
Hjemmebesøk til nyfødte av helsesykepleiere	1 004	735	-269	-27 %
Førstegangskonsultasjon på helsestasjonen		209	209	
Oppfølgingsbarn på helsestasjon 0-5 år	2 121	2 224	103	5 %
Oppfølgingsbarn i skolen 6-16 år	4 190	4 258	68	2 %
Reisevaksinasjon konsultasjoner	4 465	3 119	-1 346	-30 %
Hjernehinnebet/Meningokokkvaksine i VGS	1 741	1 222	-519	-30 %

Det var færre hjemmebesøk fra jordmor, men dette ble erstattet med barselkontroll på helsestasjonen, for at man skulle kunne ivareta smittevernreglene. Totalt sett var det flere oppfølginger fra jordmor i 2020. Vi ser at det er en betydelig reduksjon i hjemmebesøk til nyfødte, men også her ble en betydelig andel førstegangskonsultasjoner tatt på helsestasjonen.

Hjemmebesøkene startet opp igjen i begynnelsen av mai. Antallet etterkontroller har doblet seg i 2020. Dette har sammenheng med at enheten begynte med tilbud om innsetting av langtidsvirkende prevensjon til kvinner som hadde fått oppfølging fra helsestasjonstjenestene.

<sup>113</sup> Resultatvurdering 2020 og basert på tilbakemelding fra leder

Det har også vært en liten økning i oppfølging av barn med spesielle behov, både barn i barnehage- og skolealder.

Helsestasjon for ungdom var stengt en kort stund ifm. nedstengningen, men etter få uker ble det åpnet for timeavtaler. Drop-in-besøk startet igjen etter sommerferien<sup>114</sup>.

Skolehelsetjenesten har vært til stede på skolene i hele 2020, med unntak av de to første ukene etter nedstengningen. I denne perioden hadde helsesykepleierne hjemmekontor og hadde telefonkontakt med elevene.

Selv om antallet vaksiner gikk ned i 2020, ble nasjonalt barnevaksinasjonsprogram fulgt<sup>115</sup>.

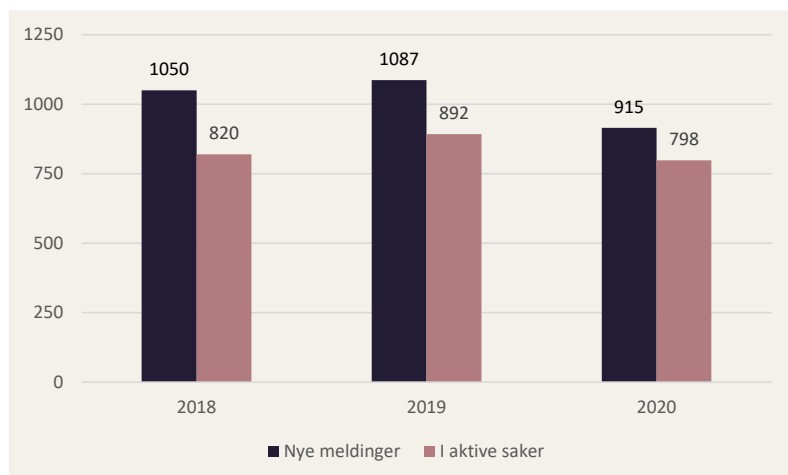
## 9.8 BARNEVERNTJENESTEN

I denne delen går vi nærmere inn på konsekvensene koronarestriksjonene har hatt for barneverntjenesten<sup>116</sup>. Det er utenfor vårt mandat å gå inn på alle mulige konsekvenser, og det vil heller ikke være hensiktsmessig. Det vi gjør i fremstillingen under er å se nærmere på om antallet bekymringsmeldinger til barneverntjenesten har endret seg i 2020, sammenlignet med tidligere. 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.

### 9.8.1 ANTALL BEKYMNINGSMELDINGER

I figuren under ser vi på utviklingen i antall bekymringsmeldinger til barnevernet i Sandnes de siste årene.

Figur 21 Det totale antallet bekymringsmeldinger og meldinger i aktiv sak i 2018, 2019 og 2020



<sup>114</sup> Opplyst i intervju med leder for helsestasjonstjenester.

<sup>115</sup> Resultatrapport 2020.

<sup>116</sup> Vi er klar over at barneverntjenesten er organisert under Barne- og familieenheten, men vi omtaler det som barnevernet eller barneverntjenesten, for enkelthets skyld.

Det totale bildet er at antallet bekymringsmeldinger er redusert, både dersom vi sammenligner med 2018 og 2019. Sammenlignet med 2019 er det nesten 16 prosent færre meldinger i 2020, og sammenlignet med 2018 er forskjellen 9 prosent. Det er størst nedgang i nye bekymringsmeldinger (hhv. 15 og 19 prosent lavere i 2020 sammenlignet med 2018 og 2019).

I Stavanger kommune har det vært en økning i nye bekymringsmeldinger på 3 prosent fra 2019 til 2020.

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 i 2019 161 flere nye bekymringsmeldinger enn i Sandnes, dvs. 15 prosent flere enn i Sandnes. I 2020 hadde antallet økt til 375, dvs. 41 prosent flere enn i Sandnes.

Fra barnevernledelsen i Sandnes pekes det videre på at 2019 var et toppår mht. bekymringsmeldinger, dvs. at det kom inn veldig mange bekymringsmeldinger. Kostratallene viser også at det viser at det har vært en jevn økning i barn med melding i Sandnes, fra 2017 til 2019. Denne indikatoren er ikke direkte sammenlignbar med de tallene vi har mottatt, men denne viser at antallet barn med bekymringsmeldinger er ni prosent høyere i 2019 sammenlignet med 2017<sup>117</sup>.

Stavanger rapporterte ikke på meldinger i aktive saker i 2019, men tallene fra 2020 viser at Stavanger har 900 meldinger mens Sandnes har 798 meldinger i aktive saker, dvs. at Stavanger bare har 13 prosent færre saker enn Sandnes.

I figuren under følger vi den månedlige utviklingen i bekymringsmeldinger i Sandnes i 2018 og 2019.

## 9.8.2 MÅNEDLIG UTVIKLING I BEKYMRINGSMELDINGER

Figur 22 Nye bekymringsmeldinger til barnevernet i Sandnes i 2019 og 2020 – måned for måned<sup>118</sup>



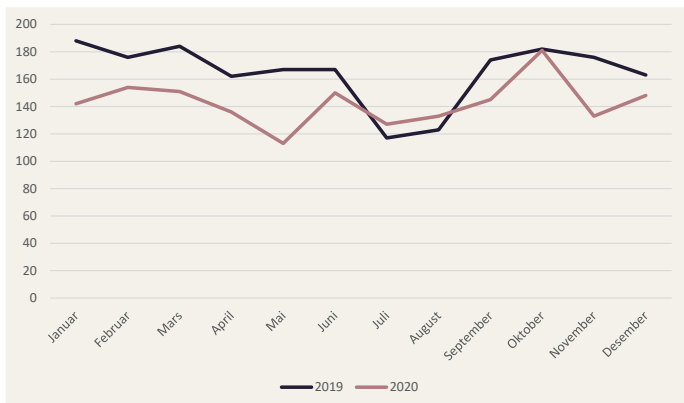
Vi ser at det jevnt over er et lavere antall nye bekymringsmeldinger i 2020, sammenlignet med 2019. Unntakene her er april og desember, der antallet bekymringsmeldinger er ørlite høyere i

<sup>117</sup> I 2016 var det faktisk flere barn med bekymringsmeldinger enn i 2019, 959 mot 948.

<sup>118</sup> Tall mottatt den 18.01.20 fra barne- og familieenheten. Vi får opplyst at tallene er blitt talt manuelt og kan derfor avvike litt fra tall som er rapportert til SSB/Statsforvalteren/Bufdir. Dette vil etter vår vurdering ikke ha betydning for hovedbildet.

2020. Jevnt over et lavere antall bekymringsmeldinger gjennom hele 2020, sammenlignet med 2019.

Figur 23 Bekymringsmeldinger i aktive saker i Sandnes i 2019 og 2020 – måned for måned



Når det gjelder bekymringsmeldinger i aktive saker er bildet mer broket. Det som er verdt å merke seg at det er relativt få bekymringsmeldinger i april og mai og mange i sommermånedene, spesielt juli - en måned der det de siste årene har vært få bekymringsmeldinger (25 i 2018, 45 i 2019 og 75 i 2020). Nesten 60 prosent av bekymringsmeldingene i aktive saker kom i forbindelse med pågående undersøkelser. Det er vanskelig å si hvorfor det er slik, men en mulighet er at flere var hjemme i sommerferien 2020, noe som kanskje gjør at det er flere som fanger opp barn de er bekymret for. Men dette blir kun spekulasjoner fra vår side.

### 9.8.3 HVEM MELDER?

Tabell 6 Antall bekymringsmeldinger per melder i 2019 og 2020

Melder	2019	2020	Endring	Endring %
Politi/lensmann	351	300	-51	-15 %
Lege/sykehus/tannlege	147	233	86	59 %
Andre offentlige instanser	172	189	17	10 %
Skole	267	182	-85	-32 %
Barneverntjenesten	192	165	-27	-14 %
Anonym	194	163	-31	-16 %
Mor/far/foresatte	92	86	-6	-7 %
Tjenester for oppfølging av rus	55	68	13	24 %
Andre private personer	75	62	-13	-17 %
Barnehage	75	57	-18	-24 %
Helsestasjon/skolehelsetjenesten	70	52	-18	-26 %
NAV	45	38	-7	-16 %
Barnevernvakt	133	37	-96	-72 %
Familie for øvrig	51	35	-16	-31 %
Psykisk helsevern, voksne	15	20	5	33 %
Krisesenter	11	11	0	0 %
Psykisk helsevern b/u	17	4	-13	-76 %

**Noen kommentarer:** Det er skolene som har den sterke nedgangen i antall bekymringsmeldinger, noe som nok kan tilskrives mer hjemmeundervisning, og mindre tid sammen med elevene. Den sterke økningen i meldinger fra lege/sykehus tannlege tror barneverntjenesten skyldes at SUS og Rogaland A-senter har jobbet aktivt med å etablere gode varslingsrutiner ved innleggelser, og at barnevernet kan få samme bekymring fra ulike avdelinger (legevakt, akuttpost, somatisk osv.).

Den sterke nedgangen i meldinger fra barnevernvakten er trolig ikke reell, men henger sammen med endrede registreringsrutiner. Tidligere har bekymringsmeldinger som barnevernvakten tok imot blitt registrert med barnevernvakt som melder. I realiteten er det ofte andre som er faktisk meldt, mens barnevernvakten kun har videreformidlet meldingen. I 2020 ble barnevernvakten kun ført opp som melder når det var deres meldeplikt som ble utløst.

Den prosentvise reduksjonen i antall bekymringsmeldinger fra psykisk helsevern barn og unge er svært stor, men det er totalt sett få meldinger herfra. Mulige forklaringer her er at nedstengningen gjorde at man «så» færre barn og unge i 2020 og derfor melder færre og at det var flere «tunge» saker med meldinger om samme barn.

#### 9.8.4 KONSEKVENSER FOR TJENESTETILBUDET

Like etter nedstengningen gikk barneverntjenesteledelsen gjennom alle sakene og delte dem inn i grønt, oransje og rødt, etter alvorlighetsgrad, og prioriterte deretter. De røde sakene, dvs. de mest alvorlige, ble prioritert i første omgang. Parallelt ble det foretatt en gjennomgang av hvilke brukere barnevernet mente burde få et omsorgstilbud i barnehagen og skolen.

I starten ble de mest alvorlige voldssakene prioritert, mens de mindre alvorlige voldssakene ble nedprioritert, dvs. de ble lagt på vent. Dette var saker som barnevernet mente kunne vente en stund, og det ble gjort totalvurderinger i hver enkelt sak.

Ettersom de aller fleste barna var hjemme i nedstengningsperioden, ble det gjennomført oppstart i hjemmet. Selv om man sørget for å holde barn og foreldre adskilt, er ikke dette gunstig.<sup>119</sup> Normalt i voldssaker er det slik at barnevernet snakker med barna (på skolen eller i barnehagen) før foreldrene. Det er også en sikkerhet for barna at de kan være på skolen i etterkant. Det er annerledes i ferier og det var annerledes under nedstengningen. Da ble ikke barna sett av andre voksne på samme måte.

Vi får opplyst at situasjonen ble normalisert i slike saker etter hvert som barnehagene og skolene startet opp igjen. Fra barnevernet pekes det på at man i etterpåklokskapens lys ser at de kanskje kunne startet opp sakene i de oransje og grønne sakene tidligere, men understreker samtidig at dette ble vurdert løpende under nedstengningen: «*Saken er at vi ikke visste hvordan vi skulle håndtere dette for vi visste for lite om hvor farlig viruset var*».

---

<sup>119</sup> Tilbakemelding i intervju den 01.02.21.

En annen utfordring under nedstengningen var samvær mellom biologiske foreldre og barn som bodde i fosterhjem. Hovedårsaken til dette var smittevernrestriksjoner og restriksjoner knyttet til reising<sup>120</sup>.

Barneverntjenesten rapporterte en periode til Bufdir, der de svarte på spørsmål knyttet til koronasituasjonens påvirkning på tilbudet<sup>121</sup>. Vi har oppsummert hovedinntrykket herfra i punktet under:

- I den første rapporten, fra 25.03, skriver barneverntjenesten at de i stor grad klarte å sikre et forsvarlig mottak og en forsvarlig håndtering av akutsaker. Barnevernet skriver videre at de ikke hadde identifisert barn som hadde behov for hjelp fra barnevernet som ikke fikk det. I april var tilgjengeligheten redusert. Hovedårsaken til dette var pass av barn. Denne måneden var det færre fysiske møter og langt oftere konsultasjoner på video eller telefon. Barneverntjenesten rapporterer at de i stor grad har gjennomført samvær i henhold til vedtak under koronautbruddet og at de i stor grad har opprettholdt hjelpetiltak til barn og familier, i likhet med Stavanger.

## 9.9 FRITID, BARN OG UNGDOM

---

De kommunale møteplassene for barn og ungdom har vært stengt eller drevet med sterkt redusert besøk store deler av året 2020. Dette har ført til et stort fall i besøkstall (se figur under). Antall besøk på digitale plattformer har økt<sup>122</sup>.

Også utlån, utleie og aktivitet i regi av frivillige foreninger i de kommunale bydelshusene og fritidssentrene har vært betydelig redusert i 2020, noe som har medført mindre aktivitet for bydelens innbyggere, og betydelig reduksjon i husleieinntekter.<sup>123</sup>

*Figur 1 Besøkstall i de kommunale bydelshusene og fritidssentrene de siste årene*

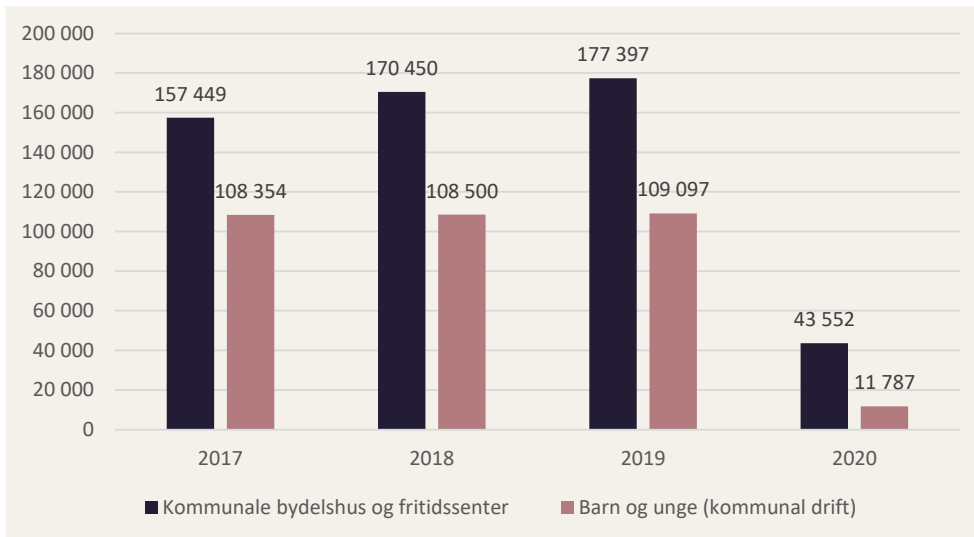
---

<sup>120</sup> Opplyst i intervju 01.02.21.

<sup>121</sup> Vi mottok disse tallene fra Bufdir i desember og januar 2020/2021. Fra Sandnes kommune ble det rapportert inn tall i slutten av mars og april, og i midten av mai og august, og i slutten av november. Det er etter vår vurdering ikke mulig å lage en fornuftig statistikk av denne rapporteringen. Derfor har vi valgt å oppsummere tilbakemeldingene i kulepunktene under, der vi trekker linjer over tid og der vi ser litt til hva som er rapportert i Stavanger og Bærum (som vi også fikk). Sammenligningen er nåsituasjon mot en normalsituasjon. Spørreskjemaene har en rekke indikatorer og barnevernet ble selv bedt om å vurdere hvordan situasjonen var i egen enhet på bestemte tidspunkt i 2020 opp mot normalen. Typiske svarkategorier var færre/mindre, flere/mer, uendret, i liten grad i noen grad, i liten grad, i stor grad, bedre og dårligere. Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at det noen ganger kunne være vanskelig å vite hva man skulle krysse av for. Likevel gir tilbakemeldingene fra barnevernet på ulike tidspunkt et bilde av tilbud, tilgjengelighet, henvendelser og oppfølging.

<sup>122</sup> Jf. resultatvurdering. Det står ikke hvor stor økningen har vært.

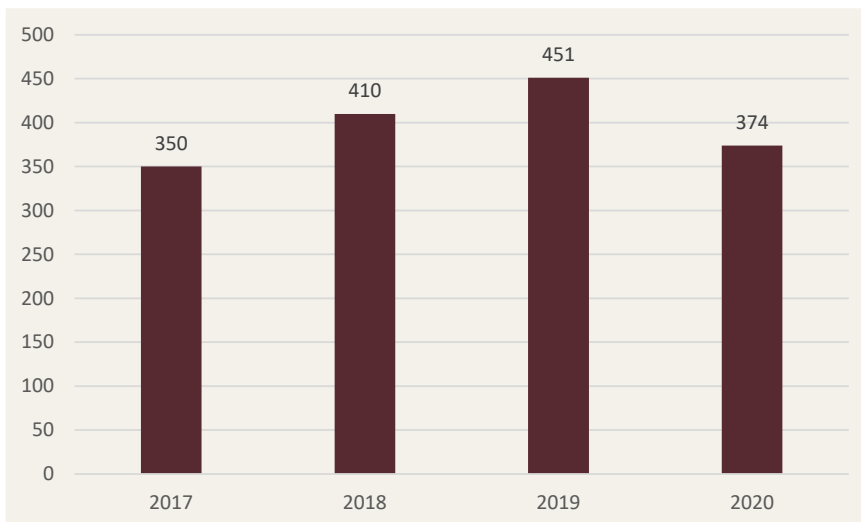
<sup>123</sup> Kilde: Årsmelding kulturavdelingen 2020 – kortversjon.



De kommunale fritidstilbudene for barn og unge var stengt i åtte uker i 2020, mens det i 24 uker var drift med restriksjoner på antall personer som kunne være i lokalene. Dette viser veldig tydelig igjen i en kraftig reduksjon i antall besøkende.

Tilrettelagte fritidsaktiviteter er for barn og unge med ulike utfordringer og disse får egne vedtak om et tilrettelagt fritidstilbud. Det tilrettelagte fritidstilbudet for barn og unge var stengt i samme periode, mens i perioder med strenge restriksjoner har det vært opprettholdt åpne tilbud i grupper utendørs med 5 deltakere per gruppe.<sup>124</sup> Vi ser at det er en nedgang i antall barn som har mottatt et tilrettelagt tilbud, men at nedgangen er langt mindre enn i de ordinære fritidstilbudene.

Figur 24 Besøktall i de kommunale bydelshusene og fritidssentrene de siste årene



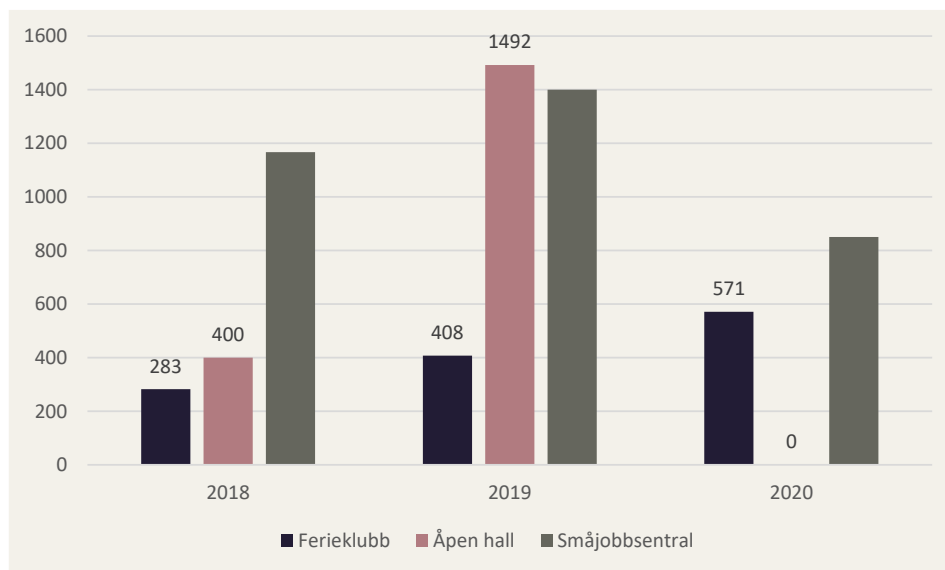
Også sommertilbudet har vært påvirket av koronasituasjonen. Åpen hall i Boganeshallen og Giskehallen ble avlyst, og det vanlige sommerjobbtilbudet ble avlyst og erstattet med «Sommerbasen», og hadde en reduksjon i antall deltakere. Ferieklubbene (Kongesommer) måtte

<sup>124</sup> Kilde: Årsmelding kulturavdelingen 2020 – kortversjon.



endre planene pga. smittevern og ble splittet opp i mindre grupper. Til tross for dette hadde de en kraftig økning i antall deltakere.

Figur 1 Sommertilbud



## 9.10 VURDERING

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

Hovedinntrykket vårt er at Sandnes kommune har ivaretatt disse barna på en relativt god måte, og en god ivaretagelse av barn i sårbare livssituasjoner har vært en tydelig prioritering gjennom hele perioden. Det er flere indikasjoner på dette.

Kommunedirektør og resten av organisasjonen rettet oppmerksomheten mot barn i sårbare livssituasjoner umiddelbart etter nedstengningen, og det har hele tiden vært et mål å følge denne gruppen tett. Til tross for dette var det relativt få elever som mottok et omsorgstilbud på skolen i starten av nedstengningen, men dette bildet endret seg kraftig. Mot slutten av perioden var det langt flere elever som mottok et omsorgstilbud på skolen i Sandnes enn i Stavanger. Sandnes er også den av alle våre utvalgte kommuner der flest barn i sårbare livssituasjoner har mottatt et omsorgstilbud under nedstengningen. Dette skyldes først og fremst at Sandnes kommune et lite stykke ut i nedstengningen åpnet skolen opp for alle som strevde og som mente de hadde behov for å komme på skolen.

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 Sandnes betydelig over landssnittet. Og det er små- og mellomskoletrinnet som har hatt den sterkeste reduksjonen, mens ungdomsskoletrinnet nesten er uberørt. Dette harmonerer dårlig med punktet i opplæringsloven om tidlig innsats, selv om det kan være smittevernfnaglige forhold som kan forklare dette.

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 er vedtatt.

Andelen barn med omsorgstiltak i barnehagen under nedstengningen tilsvarende nivået i Stavanger. Både i barnehagene og på skolene ble det gjort en rekke kreative fremstøt for å ha kontakt med barn og elever som var hjemme under nedstengningen.

Etter vår vurdering valgte Sandnes 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, med hjelp av føringer fra direktør, bistand fra det tverrfaglige Korona-på-tvers-samarbeidet og bistand fra øvrige kommunale hjelpeinstanser.

Tilbakemeldingene fra virksomhetene tyder på at informasjonsdeling, samarbeid og samhandling mellom direktører/fagstaber og virksomheter har fungert veldig bra under koronaen.

I Stavanger har det vært en liten økning i bekymringsmeldinger i 2020. Samtidig er det slik at barneverntjenesten i Sandnes mottar en høyere andel bekymringsmeldinger enn barneverntjenesten i Stavanger, også i 2020. I Sandnes pekes det dessuten på at 2019 var et toppår mht. bekymringsmeldinger. Etter vår vurdering er ikke nedgangen dramatisk. En del av nedgangen kan skyldes tilfeldigheter og årlige variasjoner. Likevel bør Barne- og familieenheten være oppmerksom på utviklingen i bekymringsmeldinger i 2021, for å se om trenden snur eller vedvarer. Ikke minst fordi skolene har hatt en så sterk nedgang i meldte bekymringer.

Tilbakemeldingene fra Barne- og familieenheten tyder på at barnevernet i stor grad har klart å opprettholde vanlig kvalitet på tilbudet. De kvalitetsmessige konsekvensene ser ut til å ha vært størst under nedstengningen, men situasjonen har vært nokså normalisert etter det.

Helsestasjonstjenestene har 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.

Fritidstilbud for barn og unge. De kommunale møteplassene for barn og ungdom har vært stengt eller drevet med sterkt redusert besøk store deler av året 2020. Dette har ført til et kraftig fall i besøkstall. Det har også vært færre barn med utfordringer som har mottatt tilrettelagte aktiviteter, men reduksjonen har vært langt mindre for denne gruppen.

Hovedbildet er altså positivt: Inntrykket vårt er at Sandnes kommune har klart å ivareta de mest sårbare barna på en god måte, i en krevende situasjon.

Men det er samtidig slik at både nedstengningen og omfattende sosiale restriksjoner over lang tid kan bidra til å 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 koronaåret er det største humanitære tilbakeslaget i landet vårt siden krigen<sup>125</sup>. De hevder at barn, unge og

---

<sup>125</sup> Velferdssamfunnet satt på prøve – Humanitære konsekvenser i kjølvannet av Covid-10-pandemien, Røde Kors 2021.

studenter er blitt vår “*koronagenerasjon*” og er svært hardt rammet av smitteverntiltakene som følge av pandemien. Spesielt barn og unge i sårbare situasjoner som allerede har det vanskelig hjemme, har vært utsatt. Ensomheten har økt betydelig, spesielt blant unge voksne. I rapporten pekes det også på at pandemien forsterker utenforskapet og forskjellene i samfunnet.

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

I midten av mars 2021 ble de nasjonale smittevernreglene strammet inn på nytt og til tross for nasjonale lettelser i midten av april, ble strenge smitteverntiltak opprettholdt ut april pga. smittesituasjonen.. Etter over et år med omfattende smittevernrestriksjoner, strammes altså grepet ytterligere. Blant annet innebærer tiltak betydelige sosiale begrensninger, og en anbefaling om maks to gjester på besøk.

Barn og unge trenger arenaer hvor de får utvikle seg, erfare vennskap, mestring og ha sosial kontakt. Under pandemien har de i lengre perioder mistet flere av de arenaene som skaper felleskap, utvikling og mestring. Det er ikke rimelig å tro eller forvente at kommunene fullt ut skal kunne kompensere for de sosiale og psykologiske skadene alle restriksjonene skaper.

Våren 2021 kommer denne type utfordringer tydelig til uttrykk for ungdommene i kommunen, og Sandnes vedtar i april 2021 en tiltakspakke på 5,5 millioner kroner for å møte disse utfordringene. Utgangspunktet for denne saken var at Kongesommer var fulltegnet og at rektorene i ungdomsskolene formidlet stor bekymring for elever med psykiske helseutfordringer som de ikke har personell til å følge opp. *«Både skole og skolehelsetjenesten ser at begrensninger i antall sosiale kontakter har medført at flere opplever utenforskap. Helsesykepleierne opplever et økt rykk og mer omfattende vansker. Denne økte pågangen er det særlig helsesykepleierne i ungdomsskolene som rapporterer.»*

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

# 10EKSTERNT SAMARBEID

## 10.1 INNLEDNING

---

En av problemstillingene er i hvilken grad kommunen har samarbeidet med andre aktører i forbindelse med krisehåndteringen, og i hvilken grad samarbeidet har styrket den samlede krisehåndteringen?

Koronaviruset tar ikke hensyn til kommunegrenser. Et felles bo- og arbeidsmarked på Nord-Jæren betyr at smitte i en av kommunene fort kan få konsekvenser for nabokommunene

Håndteringen av koronapandemien har derfor også en *regional dimensjon*, og effektiv innsats fordrer samordning på tvers av kommunegrenser. I henhold til samvirkeprinsippet har kommunen

et ansvar for å dele informasjon og koordinere krisehåndteringen med nabokommuner, fylkesmannen, fylkeskommunen, helseforetak og sentrale myndigheter, om situasjonen krever det.

Hva som menes med «regionalt» er imidlertid ikke entydig. Sandnes har beredskapssamarbeid med nabokommunene (STARASOSA), legevakt med Gjesdal<sup>126</sup> og inngår i Helse Stavangers opptaksområde og helsefelleskap som omfatter Sør-Rogaland og deler av Ryfylke.

Gjennomgangen vår viser at det finnes en rekke samarbeid, noe vi illustrerer i figuren under. Hoveddelen av samarbeidet foregår mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus. I stedet for å gi en beskrivelse av absolutt alle, illustrerer vi de ulike samarbeidene i tabellen under og prøver å oppsummere noen hovedpunkter. Deretter ser vi nærmere på to konkrete samarbeid for å gi eksempler på hvordan samarbeidene fungerer.

## 10.2 REGIONALT SAMARBEID UNDER KORONAHÅNDTERINGEN

Navn på samarbeid	Type	Deltakere
Regional smitteverngruppe	Helsefaglig	SUS pluss alle kommuneleger i Sør-Rogaland
Nord-Jæren-samarbeidet	Regional krisehåndtering	Ordførere, rådmenn, beredskapssjefer, smittevernleger
Strategisk samarbeidsutvalg	Helseadministrativt	Forankret i delavtale 11 med sykehus (fagråd)
Regionalt samordningsmøte	Administrativt/faglig	SUS og regionale aktører, kommuner i Sør-Rogaland
Feltsykehusgruppen	Helsefaglig	Nord-Jæren, prosjektsamarbeid
Forskriftsgruppen	Juss/smittevern	Nord-Jæren, prosjektsamarbeid
Luftveislegevakt og teststasjon	Helsefaglig - TISK	Sandnes, Klepp, Time, Hå og Gjesdal
Ordførermøter	Politisk	Nord-Jæren
Rådmannsmøte	Administrativt	Nord-Jæren
Plan- og analysesamarbeid	Situasjonsanalyse	Smittesituasjon og smittescenarier - Nord-Jæren
Beredskapsledermøter	Beredskap	Nord-Jæren
Storbysamarbeid (ASSS)	Faglig	Innenfor barnehage, skole, barnevern, helse osv.
Diverse samarbeid	Faglig	Nord-Jæren. Barnehage, skole, barnevern, helse
Diverse koordineringsmøter	Administrativt/politisk	Ved behov
Kontaktmøter statsforvalter	Status og infodeling	Fylkesmann, SUS og alle kommuner i Rogaland

Kommunene har samarbeidet med andre kommuner, sykehus<sup>127</sup> og andre instanser i stor utstrekning, og det har vært ulike type samarbeid på ulike nivå. Hovedinntrykket herfra er at samarbeidet gjennomgående har fungert bra, og at det har vært viktig for regionens samlede koronahåndtering.

Gjennomgangen tyder videre på at det har vært et meget godt samarbeid mellom kommunene/kommuneoverlegene og sykehuset. Partene skryter av hverandre i forbindelse med gjennomføringen av TISK-strategien. Blant annet peker kommuneoverlegen i Sandnes på at

<sup>126</sup> Og er legevakt for Klepp og Time om natten. Ifm. koronasituasjonen er Sandnes ordinær legevakt for innbyggere i Klepp. Det har under koronapandemien pågått diskusjoner om framtidens legevakt for folk på Jæren, der det ser ut til at Time og Klepp kommer til å gå sammen med Sandnes og Gjesdal om en felles legevakt.

<sup>127</sup> Strategisk Samarbeidsutvalg (SSU) ble etablert i 2019, etter modell fra Helse Sør. Det var 18 tilhørende kommuner for SUS da, og krevende å gjennomføre møter med representanter for alle. SSU har i dag et fem representanter fra de ulike kommunene (en fra hvert geografisk område) mens SUS har et tilsvarende antall representanter. I tillegg deltar styreleder i KS. Målet med utvalget er å styrke den strategiske samhandlingen på et overordnet nivå og ha et helhetlig blick på tjenesteutvikling, ut fra ulike krav, rammer og føringer.

analysekapasiteten på sykehuset har vært et sårbart punkt i TISK-strategien, men at sykehuset her i regionen har vært fremoverlente og gitt kommunene og innbyggerne kjappe testsvar.

### 10.3 GEOGRAFISK NEDSLAGSFELT FOR SAMARBEIDET

---

Hva som faller innenfor benevnelsen «regionalt» - det vil si geografisk nedslagsfelt – har variert fra saksområde til saksområde. Mye av Sandnes kommunes samarbeid er med de fire andre kommunene på Nord-Jæren, men ikke ifm. luftveislegevakt og teststasjon (eget avsnitt).

Vi ser også at det er et formelt samarbeid på de aller fleste områder, men ikke ifm. smittevernstyr og smittesporing.<sup>128</sup>

**Beredskapssamarbeidet** mellom de fire kommunene på Nord-Jæren er forankret i en felles risiko- og sårbarhetsanalyse og beredskapsplan for Stavangerregionen (siste versjon 2016). STARASOSA-samarbeidet er på strategisk nivå organisert i en regional koordineringsgruppe som koordinerer samarbeidet. Her er blant annet ordførerne og kommunedirektørene/rådmennene representert. Under koronapandemien har det som del av forberedelsene til møtet, vært faglige møter (smittevernoverlege/kommuneoverleger) og møter mellom kommunedirektørene /rådmennene, eksempelvis ved utarbeidelsen av lokal forskrift.

Andre saker der det har vært samarbeid mellom de fire kommunene, har vært forankret i andre organ. Eksempelvis var det Strategisk samarbeidsutvalg (SUS, kommunene, delavtale 11) som bestilte en utredning av felles «feltsykehus» for de fire kommunene på Nord-Jæren.

De tre andre kommunene på Nord-Jæren samarbeidet om isolasjons- og karantenehotell, men dette ønsket ikke Sandnes å bli med på fordi man kort sagt mente at det «kostet mer enn det smakte». Det har også vært **informasjonsutveksling og koordinering av besøksrestriksjoner på alders- og sykehjem.**

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. En utfordring har vært kommunikasjon til innbyggerne i de tilfeller det har vært uenighet mellom kommunene. Beredskapssjefene i de fire kommunene har også hatt jevnlige møter.

På **analyseområdet** etablerte Stavanger kommune tidlig i pandemien et samarbeid med Helse Stavanger. Konsulentselskapet Proactima ble engasjert allerede 12. mars av Stavanger kommune for å bistå med analyser, ROS-analyser og scenarier.<sup>129</sup> Målet var å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for felles regional situasjonsforståelse og planlegging av kommunenes håndtering av covid-19. Felles situasjonsforståelse skulle i neste omgang gi felles handling.

Beredskapsledelsen ønsket ikke å delta i dette samarbeidet fordi de mente det ikke var behov for det. De mente at deres behov for styringsinformasjon og analysegrunnlag var godt dekket gjennom ukesrapportene fra FHI og det man fikk gjennom møtene med SUS.

---

<sup>128</sup> Kommunene har samarbeidet på tvers av kommunegrensene i forbindelse med konkrete utbrudd, se over.

<sup>129</sup> <https://proactima.com/2020/12/stavanger-kommunes-koronahandtering/>

Kommuneoverlegen fra Randaberg har fra oktober 2020 laget en del felles statistikk for de fire kommunene i Power BI. Og det har vært hyppige regionale møter på ulike nivåer – faglig, administrativt og politisk – som har vært viktige for å etablere en felles regional situasjonsforståelse.

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. I Stavanger ble det i løpet av pandemien utarbeidet fire såkalte 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.

Innenfor rammen av fagråd 11 (SUS/kommunene) har det vært drøftet utarbeidelse av et såkalt «**brodokument**» eller **en felles regional helseberedskapsplan/pandemiplan**. Det ble konstatert at de opprinnelige pandemiplanene hovedsakelig dreide seg om influensapandemier og massevaksinering og derfor ikke passet med erfaringer fra Covid-19.<sup>130</sup> På den bakgrunn ble det vurdert å utvikle en regional helse-/pandemiplan delt i «administrativ plan» og «operativ plan» og et brodokument mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dette arbeidet var ikke slutført våren 2021.

På andre områder har det vært drøftet samarbeid uten at det førte fram. Eksempler er etablering av felles «koronasykehjem», noe som Stavanger ikke ønsket. Stavanger ønsket heller ikke å gå videre med en idé om å samarbeide om en felles bil som kunne dekke behov for hjemmetesting.

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

Det har også vært tett samarbeid med nabokommunene på Nord-Jæren på oppvekst- og utdanningsfeltet. Dette ble blant annet gjort for å samordne praksisen på Nord-Jæren, for eksempel i forbindelse med gjenåpningen. Ellers virksomhetene samarbeidet en god del med enkelte instanser. Eksempelvis har barnevernet og BUP hatt en utstrakt gjensidig informasjonsdeling, noe man opplever som nyttig.

Koronahåndteringen har også skapt nye eksterne samhandlingsarenaer, som man ønsker å fortsette med etter krisen. Et eksempel her er et samarbeid mellom barneverntjenestene i Stavanger og Sandnes, BUPA og representanter fra ungdom/fritid/kultur.

Det regionale samarbeidet har dermed vært mangfoldig og spent fra ren informasjonsutveksling og statusoppdateringer til samskapte tiltak hvor det har vært et tett og integrert samarbeid. Nedenfor har vi kort beskrevet to viktige samarbeid – sakene om «feltsykehus» og lokal forskrift.

---

<sup>130</sup> Jf. møtoreferat etter møte i fagråd 11, delavtale 11, 09.06.2020.

## 10.4 FORSKRIFTSGRUPPEN OG FELTSYKEHUS

---

### 10.4.1 FORSKRIFTSGRUPPEN

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 ved midnatt. 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 å vurdere om de nasjonale innstramningene var tilstrekkelige, eller om det var lokalt behov for å forsterke tiltakene gjennom en lokal forskrift. Stavanger kommune nedsatte en forskriftsgruppe, som etter hvert fikk deltakere fra de tre andre nabokommunene. Smittevernoverlegen i Stavanger og de tre kommuneoverlegene i de andre kommunene vurderte situasjonen som ustabil og på et vippepunkt med usikre prognoser. Overordnet beredskapsledelse i Stavanger så hen til den eskalerende smitteutviklingen i Oslo og Bergen, og ønsket å være i forkant for å unngå å havne i tilsvarende situasjon. Det ble derfor argumentert for en «moderat overreaksjon» i form av en lokal forskrift for å kunne forebygge en sterk vekst i smitten.

Stavanger formannskap brukte 9. november 2020 sin hastefullmakt etter kommunelovens § 11-8 og vedtok en midlertidig lokal forskrift om smitteverntiltak. I de øvrige kommunene brukte ordførerne sin hastefullmakt etter kommuneloven til å vedta forskriften. Selv om det også da var diskusjoner faglig, administrativt og politisk, framstod kommunene utad som enige. Forskriften ble vedtatt med varighet fram til 7. desember. Det ble kort tid etter etablert et felles apparat for de fire nabokommunene om håndtering av tolkningstilfeller (egen tolkningsgruppe).

3. desember 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 og reproduksjonen av smitte hadde stabilisert seg. Smittevernoverlegene/kommuneoverlegene mente fortsatt at situasjonen var ved et vippepunkt og anbefalte derfor å videreføre tiltakene gjennom julen. Det ble forventet økt risiko for smitte som følge av julefeiringen med økt sosial kontakt og økt tilreisning fra andre regioner. Faglig og administrativt var det dermed enighet om å forlenge tiltakene til over julen.

Politisk var det også enighet om hovedlinjene i forskriftene, men ordførerne i Sandnes, Sola og Randaberg vedtok, mot de faglige og administrative anbefalingene, å forlenge forskriften kun til 16. desember, samme dato for utløpet av de nasjonale smitteverntiltakene. Et enstemmig formannskap i Stavanger valgte å følge nabokommunene og forskriften ble forlenget til 16. desember.

Den 16. desember valgte de fire ordførerne å bruke sine hastefullmakter til å oppheve den lokale forskriften, men videreføre mange av de tidligere påbudene og forbudene i form av anbefalinger (for eksempel bruk av munnbind ved besøk på sykehjem). Kun ett punkt i forskriften ble videreført, om at arrangører av arrangementer med mer enn 20 deltakere skal sende melding om det til kommunen.

En drøy uke senere, økte smittetallene sterkt i Nord-Jæren kommunene, noe som både kommuneoverlegene og flere folkevalgte karakteriserte som uventet og overraskende. I mediene gikk legene ut med en oppfordring om å bruke munnbind blant annet på kjøpesentrene.<sup>131</sup> Folk ble også bedt om å begrense antall besøkende i jule- og nyttårsselskaper til maks 5 utover husstanden og redusere antall nærkontakter i løpet av en uke. Til tross for dette 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 til å innføre revidert forskrift, blant annet 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, men allerede 30. desember valgte de fire ordførerne på Nord-Jæren å vedta en revidert lokal forskrift som strammet til smitteverntiltakene. Blant annet ble påbud om munnbind utvidet og skjenkestopp kl. 22 ble innskjerpet. Forbud mot idretts- og fritidsaktiviteter for voksne over 10 personer ble forbudt. På det tidspunktet var det bred enighet i de fire kommunene om behovet for å skjerpe smitteverntiltakene. Stavanger hadde på det tidspunktet 148 smittede pr 100 000 innbyggere noe som tilsvarte det smittenivået i Bergen og Oslo hadde da de iverksatte sine sosiale nedstengingstiltak i november året før.

4. januar kom regjeringen med nye nasjonale innstramninger, som blant annet innebar rødt nivå for ungdomsskolene og de videregående skolene. Det ble 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. Ordføreren i Sandnes gjorde dette allerede helgen før. Barnehagene ble i Stavanger beholdt på gult nivå, men forberede seg på rødt. Den reviderte forskriften ble gjort gjeldende til 18. januar.

Den 18. januar argumenterte kommunedirektøren i Stavanger for å forlenge forskriften til 8. februar.<sup>132</sup> Risikopotensialet for Stavanger ble vurdert opp mot en situasjon der kommunen mister kontroll over smittehåndteringen og ikke lenger klarer å teste, spore, sette nærkontakter i karantene og isolere syke i tide. Konsekvensene kunne bli dødsfall, vesentlig bortfall av tjenester og behov for omfattende nedstenging med tilhørende omfattende konsekvenser for innbyggere og næringsliv. Kommunedirektøren anbefalte videre at forbudet mot gruppeaktivitet for mer enn 10 personer for voksne innen idrett- og fritid ble gjeninnført. Forbudet ble opphevet 16. desember etter en periode med lave smittetall. Han forventet at nabokommunene etablerte flere av de samme smittevernstiltakene som anbefalinger eller som lokal forskrift.

De tre andre kommunene 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 øvrige kommunene vedtok forlengelse av tiltakene til 26. januar, mens i Stavanger gjaldt de til 8. februar. Men allerede få dager senere, hadde formannskapet i Stavanger nytt møte hvor politikerne langt på vei valgte å samkjøre regler og anbefalinger i Stavanger med lettelsene i nabokommunene.

---

<sup>131</sup> Stavanger Aftenblad 17.12.2020.

<sup>132</sup> 8. februar står i sammendraget i saksframlegget, mens det står 15. februar i selve saken.



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.<sup>133</sup> I tabellen har vi satt søkelyset på hva som var forskjellene mellom Stavanger og de andre tre kommunene på dette tidspunktet.

Tabell 7 Forskjeller mellom Stavanger og Sandnes, Sola og Randaberg per 22. januar

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 opphevd regjeringen det nasjonale skjenkeforbudet, mens det ble beholdt i Stavanger.<sup>134</sup> Både kommuneoverleger 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 skjenkeforbudet med høyere smittetrykk og et større smittepotensial i et stort antall utesteder. I motsetning til i Stavanger vedtok de tre andre kommunene dessuten å åpne treningssentrene.

Med synkende smittetall utover i januar 2021 valgte ordførerne i de fire kommunene å oppheve den lokale forskriften. I Stavanger ble forskriften opphevet 05.02, med ett unntak, registreringsplikten ved gjennomføring av større arrangementer. Med stigende smittetall utover i mars, ble en reimplemtering av forskriften satt på dagsordenen i beredskapsledelsen i de fire kommunene. Regjeringens innstramminger før påsken gjorde det imidlertid ikke aktuelt med en ny lokal forskrift.

#### 10.4.2 FELTSYKEHUS

Kommunedirektørene/rådmennene 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 med sykehuset.

På beslutningstidspunktet var det stor usikkerhet om den framtidige smitteutviklingen.<sup>135</sup> Både FHIs scenarier og modelleringer gjort ved SUS, indikerte først en smittetopp i juli med rundt

<sup>133</sup> <https://opengov.360online.com/Meetings/STAVANGER/Meetings/Details/1795866?agendaItemId=229158>

<sup>134</sup> Stavanger formannskap vedtok i sitt møte 22. januar 2021 at kommunedirektøren løpende skulle vurdere om smittesituasjonen tillater ytterligere lettelse 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.

<sup>135</sup> 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 (Det var 1 smittet i Stavanger i juli).<sup>136</sup> Den situasjonen ble vurdert som overkommelig mht. innleggelser på SUS. Siden 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.<sup>137</sup> Det ble lagt til grunn at SUS alene kunne hanskes 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 innleggelser på SUS og behov for å frigjøre sengekapasitet.

Arbeidsgruppen leverte rapport med anbefaling 29. mai. 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. 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 tilbud på 1 ½ linjetilbud slik rapporten foreslo.

Forprosjektrapporten ble behandlet i SSU 12 juni 2020 og det ble vedtatt å jobbe videre med prosjektet. Arbeidsgruppen skulle beskrive fysisk rigging av tiltaket, bemannings- og kompetansebehov, utstysbehov, kostnader og kostnadsfordeling samt driftsform. Forslag til nødvendige avtaler mellom kommunen og sykehuset skulle også utarbeides. 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. 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 skulle fordeles etter bestemte regler, og personell skulle avstås fra de fire kommunene etter folketall. Randaberg, Sandnes og Sola skulle betale vederlag til Stavanger som skulle ha driftsansvaret.

Prosessen i forkant av 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/ rådmennene i deltakerkommunene.

---

<sup>136</sup> <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-innleggelser-i-helse-stavanger-i-juli>.

<sup>137</sup> 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.

## 10.5 VURDERING

---

Det har vært et tett og godt regionalt samarbeid i forbindelse med koronahåndteringen. Det regionale samarbeidets omfang er sannsynligvis uten sidestykke i nyere kommunehistorie i Sør-Rogaland.

Samarbeidet har både skjedd i allerede eksisterende fora, men det har også blitt etablert en rekke nye samarbeid, som har oppstått som en del av kommunenes samlede koronahåndtering. De ulike samarbeidene har i stor grad vært saks- og behovsprøvd.

Det regionale samarbeidet har utvilsomt styrket den samlede krisehåndteringen. Det er fattet felles beslutninger, det er blitt gjort nødvendige avklaringer i perioder med stor usikkerhet, og kommunene har vært mer koordinerte og samkjørte i håndteringen av pandemien.

Gjennomgangen tyder på at det har vært et veldig godt samarbeid i forbindelse med utførelsen av TISK-arbeidet. Den interkommunale Luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp er blitt en robust organisasjon med en svært god testkapasitet. Det ser ut til at samarbeidet mellom kommunene/kommuneoverlegene og sykehuset har fungert veldig bra, og partene skryter av hverandre. Blant annet peker kommuneoverlegen i Sandnes på at analysekapasiteten på sykehuset har vært et sårbart punkt i TISK-strategien, men at sykehuset her i regionen har vært fremoverlente og gitt kommunene og innbyggerne kjappe testsvar.

Hva som faller innenfor benevnelsen «regionalt» - det vil si geografisk nedslagsfelt – har variert fra saksområde til saksområde. Mye av Sandnes kommunes samarbeid er med de fire andre kommunene på Nord-Jæren, men ikke ifm. luftveislegevakt og teststasjon.

Mens luftveislegevakten og testingen har vært en interkommunal løsning, har [smittevernutstyr](#) og smittesporing vært håndtert av kommunene alene. Slik har det i alle fall vært i våre fire undersøkte kommuner, dvs. Stavanger, Sandnes, Strand og Gjesdal.

En observasjon fra eksemplene på regionalt samarbeid, er at det har vært enklere å oppnå faglig-medisinsk enighet og administrativ enighet enn politisk enighet. I de ulike fasene av arbeidet med lokal forskrift, har ordførerne stort sett blitt forelagt en felles faglig-administrativ anbefaling. Ordførerne har imidlertid på noen områder hatt ulike oppfatninger. Ved uenighet har regelen vært at ordføreren i Stavanger har ønsket strammere smitteverntiltak enn de tre andre ordførerne. Argumentet fra Stavanger har vært at smittesituasjonen ikke kan ses isolert i den enkelte kommune, og at smitten fort kan spre seg mellom kommunene. De andre tre ordførerne har vist til at smittetrykket (og at antallet skjenkesteder) er veldig ulikt i de fire kommunene, og at det derfor er nødvendig å gjøre lokale tilpasninger av smitteverntiltakene.

Selv om uenighetene om den lokale forskriften har fått mye oppmerksomhet i mediene, er hovedinntrykket vårt at kommunene i all hovedsak har vært nokså samstemte. Eksemplene med luftveislegevakt og teststasjon og med regionalt «feltsykehus» viser at det er mulig å komme til 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 implementeringen fortsatt ikke er testet ut.

I intervjuene med representanter for Helse Stavanger og Statsforvalteren i Rogaland er det uttrykt stor tilfredshet med det samarbeidet de har hatt med kommunene på Nord-Jæren. Et læringspunkt som særlig sykehuset har framhevet, er å gjøre bruk av de etablerte samarbeidsstrukturene når en krise inntreffer, og heller ha en fleksibel tilnærming til justeringer og tilpasninger etter hvert.

Også representanter for kommunene er i all hovedsak veldig tilfredse med samarbeidet som har vært. Det vil naturligvis være unntak her, og enkelte vil nok sitte med blandede erfaringer fra de ulike samarbeidene, ettersom vi snakker om et veldig høyt antall regionale samarbeidsorganer med ulik myndighet. Det er likevel vårt inntrykk at det regionale samarbeidet i all hovedsak er blitt tettere og bedre ifm. håndteringen av koronapandemien. Omfanget av det regionale samarbeidet vi har sett i forbindelse med koronahåndteringen er sannsynligvis uten sidestykke i nyere lokal kommunehistorie.

# 11 VAR SKOLENE FORBEREDT PÅ EN DIGITAL UNDERVISNING?

## 11.1 INNLEDNING

---

Pedagogisk bruk av digital læringsteknologi er et av innsatsområdene i *Kvalitetsplan for et helhetlig utdanningsløp i Sandnes kommune (2020-2024)*. Noen utdrag:

- I Sandnes skal vi jobbe for at alle barn og unge skal oppleve at ny teknologi og digitale hjelpemidler kan brukes for å gi økt mestring, kreativitet, læringsutbytte og inkludering.
- Digital læringsteknologi skal brukes på en hensiktsmessig måte med mål om at alle elevene skal oppleve livsmestring og lærelyst.
- I Sandnes har alle elever tilgang til egen digital enhet. Sandnesskolen har siden 2018 jobbet med kompetanseutvikling gjennom arbeid i lærende nettverk og arbeidet sees i tett sammenheng med fagfornyelsen. Samtlige skoler har pedagogiske IKT veiledere og det er etablert 3 kommunale ressurskoler som bistår de andre skolene i utviklingsarbeidet.

## 11.2 FUNN

---

I 2018 ble det i Sandnes gjort et stort digitalløft. Alle elevene fikk sin egen bærbare pc, og det ble investert i nye trådløse sendere ved skolene.

Tilbakemeldingen fra fagstaben tyder på at de aller fleste lærerne forut for nedstengningen hadde god trening i å bruk av digitale hjelpemidler og gjennomføre digital undervisning. De anslår at 5-10 av lærerne hadde liten erfaring med bruk av digitale verktøy. For dem ble læringskurven bratt ifm. nedstengningen, hevdes det.

I løpet av nedstengningsperioden og perioden på høsten 2020 har den digitale kompetansen bedret seg betydelig, følge fagstaben.

Alle elever og ansatte hadde Chromebooks som de brukte i den digitale undervisningen. Google Suite for Education er Sandnesskolens felles digitale verktøy.

**Den 11. mars**, dvs. dagen før nedstengningen, utarbeidet fagstab skole et dokument om streaming og hjemmeopplæring på Chromebook, som ble distribuert til skolene.

I Google Suite for Education er det **digitale samhandlingsløsninger** som Google Meet og Google Hangout, som gir mulighet til å strøme video direkte, lage opptak, gjennomføre videosamtaler med en eller flere elever og dele skjerm med hele klassen eller enkeltelever, og det kreves kun internettilgang for å bruke disse mulighetene.

**Den 13. mars** utarbeidet fagstab skole **ressurser til utvikling av undervisningsopplegg i Sandnesskolen**. Dette dokumentet understreker blant annet elevenes rett og plikt til undervisning og anbefaler lærerne på hver skole å lage gode pedagogiske opplegg, for eksempel via Google Meet. Andre eksempler:

- Forslag til ramme for ukeplan.
- Tilrettelegg av opplæring hjemme,
- klassemiljø (noen elever kan føle seg ensomme),
- hva som er viktig for de yngste elevene,
- lære av hverandre.
- Tips til hvordan en kan holde kontakt med elevene og hjemmet på (epost, meldinger, digitale læringsplattformer, telefon og videomøter.

Fagstaben har også opprettet et eget Korona informasjonsklasserom i Google for skoleledere. Her legges det fortløpende ut oppdatert informasjon om situasjonen og referater fra møter eller tilbakemeldinger fra skolene<sup>138</sup>. Her svarer fagstaben også ut spørsmål som skolelederne måtte ha, og som legges ut slik at alle skolelederne også ser svarene. Dette reduserer naturlig nok skolenes behov for å kontakte fagstaben.

Kommunaldirektør skole opprettet dessuten en egen Koronagruppe, som kun arbeidet med å følge opp skolene. Hensikten med dette var å være tett på skolen i forbindelse med koronasituasjonen. Koronagruppen bestod av kommunaldirektør og fire rådgivere, og var lokalisert i et eget beredskapsrom på rådhuset. Informasjonsbehovet var periodevis veldig stort og gruppen «svarte ut skolene døgnet rundt» i perioder. Det pekes på at gruppen var samsnakket og sørget for at samme informasjon nådde ut til alle skolene.

Fagstab forteller videre at flere av skolene har evaluert perioden med hjemmeundervisning (foreligger ikke noe skriftlig). En av de viktigste tilbakemeldingene er at flere elever forteller at de har blitt mer sett i denne perioden og mange forteller at de i større grad har kunnet være seg selv.

### 11.3 OPPSUMMERING

---

Gjennomgangen tyder på at kommunen var godt forberedt for en digital undervisning. Elevene hadde hatt egen pc noen år og de aller fleste lærerne var vant med å gjennomføre digital undervisning. Men nedstengningsperioden representerte en bratt læringskurve for enkelte, og verdifulle digitale erfaringer for de aller fleste.

---

<sup>138</sup> Vi har hatt tilgang til informasjonen som er lagt ut her.

Under selve nedstengningen ser det ut til at skolene har fått god oppfølging fra fagstab skole, som satte av mye ressurser for å kunne følge opp dem opp tett. Den digitale kommunikasjonen mellom fagstaben og skolene ser også ut til å ha fungert bra.

Det er samtidig liten tvil om at Sandnes kommune har vært litt heldige med timingen her. Hadde pandemien kommet for to-tre år siden, ville ikke elevene hatt bærbar PC, og forutsetningene for en velfungerende digital undervisning ville ikke vært til stede.

## 12 VEDLEGG

### 12.1 METODE

---

Vi vil rette en stor takk til Sandnes kommune som har latt oss få tilgang til møtene i beredskapsledelsen, delta i øvelse i smitteverngruppa og til å få tilgang til diverse grupper i Teams.

#### 12.1.1 INTERVJUER

- Kommunedirektør og økonomidirektør
- Beredskapssjef
- Direktør for helse og velferd
- Direktør for oppvekst barn og unge
- Direktør for oppvekst skole og to rådgivere
- Fem rådgivere/seniorrådgivere Oppvekst barn og unge
- Leder for BFE Leder for Helsestasjonstjenester
- Virksomhetsleder for Sandnes helsesenter og hjemmetjenester
- Kommuneoverlege og kommunelege
- Fem rådgivere i helse og velferdsstab
- Leder for luftveislegevakt og teststasjon
- Leder for legevakt
- Leder for samordningsenheten
- Leder for sykehjem Øst
- Leder for sykehjem Vest
- Fagleder Rovik
- Rektorer ved fire skoler
- Virksomhetsledere ved to barnehager, som representerer fire fysiske barnehager
- Fylkesberedskapssjef
- Smittevernoverlege SUS
- Beredskapssjef SUS
- Analysesjef SUS
- Fylkeslegen
- Fylkesberedskapssjef
- Samt 35 ledere/nøkkelpersoner i Stavanger, de fleste representerer oppvekst og helse og velferdsfeltet (15 fra hver)

- **Totalt 75 intervjuer**

## 12.1.2 ANDRE MUNTTLIGE KILDER

- Oppfølgingssamtaler/intervjuer vinteren 2020/våren 2021. **Ni personer**
- Deltakelse i møtene i beredskapsledelsen som observatør
- Deltakelse i forbindelse med øvelse i smittesporing den 03.11.20. Man hadde i utgangspunktet laget scenarier for øvelsen, men så var det en smittesituasjon på en skole, slik at man brukte det konkrete caset til å kjøre øvelsen.

## 1.1 DOKUMENTER

**Tilgang til følgende kanaler i Teams/Google classrom under koronahåndteringen, der den mest sentrale dokumentasjonen har blitt funnet:**

- All krisedokumentasjon i CIM
- Covid 19 (Primært ledere og nøkkelpersoner innen helse og velferd)
- Smittesporingsgruppen
- Korona på tvers (tverrfaglig)
- Ledergruppen koronaberedskap – Barne- og familieenheten
- Korona barnehager
- Korona skoler. Google Classroom. Skolesjef og fagstab opprettet et Korona informasjonsklasserom re der de kontinuerlig la ut oppdatert informasjon om situasjonen.
- Informasjon i disse kanalene: Retningslinjer, rutiner, planer organisasjonsstruktur, løpende informasjonsutveksling, møterefater osv.

### **Andre dokumenter:**

- Overordnet ROS-analyse 2020-2024 og beredskapsplan for Sandnes kommune 2020
- Smittevernplan (2019) og Pandemiplan (februar 2020)
- Referater og saksforberedelser i beredskapsledelsen
- Ukesrapporter ifm. Covid 19
- Rutine for kriseberedskap bemanning knyttet til Covid 19 –sommeren 2020, Helse og velferd
- Scenarioplaner, kontinuitetsplaner og ROS-analyser
- Risikovurdering smittesporing, desember 2020
- Beredskapsplan for Klepp og Time legevakt ved smitte Covid 19
- Intern presentasjon av TISK – smittesporing fra 09.02.21.
- Swot-analyse bemanningskontoret
- Powerpoint – bemanningskontoret
- Retningslinjer, føringer for Sandnesskolen
- Retningslinjer, føringer for barnehagene i Sandnes
- Årsmelding kulturavdelingen

- Resultatvurdering 2020 Helsestasjonstjeneste
- Brev fra NorEngros til kommunene fra mars 2020
- Nasjonale faglige råd ifm. Pandemiplanlegging, 13. november 2019
- Ulike nasjonale føringer, lover, forskrifter, rundskriv osv. refereres direkte til i teksten
- Diverse analyser og utredninger fra Hdir og FHI
- Rapporter fra barne- og familiedepartementets koordineringsgruppe, den første fra 20.04.20
- Diverse avisartikler
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sender hvert år ut en spørreundersøkelse om kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap
- Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Lægreid i Stat og styring 2:2020.

### 12.1.3 TALL

- Oversikt over omsorgstilbud i nedstengningsperioden, barnehager og skoler. Mottatt fra Sandnes og Stavanger kommune
- Tall på antall testede fra Luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp
- Tall på antall isolerte, i karantene og ressursinnsats ifm. smittesporingen. Fra kommunen
- Smittevernutstyr. Både fra kommunen og fra statsforvalteren. Brukte til slutt sistnevnte ettersom det også er sammenligningstall her
- Bruk av karantenehotell – fra Sandnes kommune
- Nøkkeltall fra Barne- og familieenheten, Helsestasjonstjenester og Kulturavdelingen
- Utdanningsdirektoratet – tall om elever og spesialundervisning:  
<https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-grunnskole/tall-om-elever-og-skoler/>
- Tall fra Bufdir som viser hvordan koronapandemien har påvirket tjenestetilbudet.
- Nøkkeltall bemanningskontoret
- Loggføringer i CIM