

# Krisehåndtering og lærdommer i forbindelse med koronapandemien

Gjesdal kommune, juni 2021



# INNHOOLD

Oppdraget.....	5
Sammendrag .....	6
Kommunedirektørens kommentar .....	13
1 Innledning.....	14
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	14
1.2 En krypende eller snikende krise .....	16
1.3 Faser i en krise.....	17
1.3.1 Kriseerkjennelse og forberedelser.....	17
1.3.2 Krisehåndtering .....	18
1.3.3 Etterkrisefase og læring .....	19
1.4 Avgrensning, kriterier og metode.....	19
2 Smitteutvikling .....	21
2.1 Innledning.....	21
2.2 Smitteutvikling .....	21
3 Forberedelser .....	23
3.1 Revisjonskriterier .....	23
3.2 Forberedelsesfasen vinteren 2020 .....	25
3.3 Varsel om krise og lokal respons .....	25
3.4 Planverk .....	27
3.4.1 Kommunens planverk .....	28
3.5 Vurdering.....	35
4 Smittevernustyr .....	37
4.1 Revisjonskriterier .....	37
4.2 Innledning .....	38

4.3	Smittevernustyr i planverk .....	38
4.4	Oversikt over smittevernustyr .....	39
4.4.1	Mangel på smittevernustyr i starten .....	39
4.5	Vurdering og læringspunkter .....	43
5	Organisering og samarbeid .....	45
5.1	Revisjonskriterier .....	45
5.2	Innledning .....	46
5.3	Organisering .....	46
5.4	Bruk av CIM som krisestøtteverktøy .....	49
5.5	Samarbeid .....	50
5.6	Vurdering og læringspunkt .....	51
6	Tiltak innenfor kommunens helsetjeneste .....	53
6.1	Revisjonskriterier .....	53
6.2	Innledning .....	54
6.3	Føringer for testing og smittesporing .....	56
6.4	Organisering av testing .....	57
6.5	Smittesporing .....	63
6.6	Avstand, karantene og isolering .....	65
6.7	Vurdering TISK .....	68
6.8	Utvalgte virksomheter innen Helse og velferd .....	71
6.9	Vurdering og læringspunkt .....	75
7	Tiltak for å ivareta sårbare barn og unge .....	76
7.1	Innledning .....	76
7.2	Revisjonskriterier .....	76
7.3	Føringer/ Retningslinjer .....	77
7.4	Organisering .....	78
7.5	Kommunens tilbud .....	79

7.6 Omsorgstilbud i barnehagene og ved skolene under nedstengningen .....	80
7.7 Utvalgte virksomheter innen oppvekst.....	85
7.7.1 Barnehager .....	86
7.7.2 Skoler .....	89
7.7.3 Helsestasjonstjenester .....	93
7.7.4 Barnevern .....	96
7.7.5 PPT .....	99
7.8 Ungdomstilbud .....	102
7.9 Vurdering og læringspunkt.....	102
8 Vedlegg.....	106

# OPPDRAGET

<p>Bestilling:</p> <p>Kontrollutvalget i Gjesdal kommune bestilte 28.04.2020 en forvaltningsrevisjon av krisehåndtering og lærdommer i forbindelse med koronapandemien.</p>	<p>Problemstillinger</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan har kommunens ledelse organisert og håndtert beredskapsarbeidet i ulike faser av korona-utbruddet? Hva har vært vellykket? Hva har vært utfordrende?</li><li>• Hvilke tiltak er innført innenfor kommunens helsetjeneste?</li><li>• Hvilke tiltak er innført for å ivareta sårbare barn og unge?</li><li>• Hvordan har implementeringen av tiltak ute i organisasjonen fungert, og hvordan har samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder vært?</li><li>• 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?</li><li>• Hvilke lærdommer kan trekkes av håndteringen av korona-utbruddet?</li></ul>
<p>Formål:</p> <p>Formålet med prosjektet er å evaluere kommunens håndtering av koronapandemien med sikte på å identifisere læringspunkter.</p>	

*Prosjektleder for denne rapporten har vært forvaltningsrevisor Therese Kristiansen og rapporten er kvalitetssikret av senior forvaltningsrevisor Ståle Opedal og gjennomgått av oppdragsansvarlig Rune Haukaas.*

# SAMMENDRAG

Formålet med dette prosjektet har vært å evaluere kommunens håndtering av koronapandemien med sikte på å identifisere læringspunkter. Parallelt har vi gjennomført tilsvarende evalueringer i Stavanger, Sandnes og Strand kommune. Perioden vi har undersøkt er fra januar 2020 frem til mars/ april 2021. Den 29. april var det registrert 109 smittede og ett koronarelatert dødsfall i Gjesdal kommune.

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

Rapporten er lang og omfattende og gir relativt detaljerte beskrivelser av kommunens krisehåndtering i løpet av pandemien. Rapportens omfang gjør at den kan inngå som en del av kommunens kollektive hukommelse om det ulike aktører og tjenester har vært igjennom i denne krisen. Siden rapporten er omfattende er det laget en kort leseveiledning i slutten av sammendraget til de som ønsker å fordype seg i utvalgte temaer som rapporten belyser.

## Hovedintrykk

- Kommunen har håndtert koronapandemien 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 har beholdt kontrollen under pandemien, har slått ned de mindre smitteutbruddene som har vært, og har i stor grad klart å skjerme risikogruppene.
- Gjesdal hadde ingen oversikt over samlet beholdning av smittevernutstyr da pandemien brøt ut. Da man fikk oversikt viste det seg at beholdningen var svært begrenset, men den ble bygget raskt opp ved egne anskaffelser og den statlige innkjøpsordningen.
- Kommunens faktiske beredskapsorganisering i forbindelse med pandemien ligger tett opp til den organiseringen man så for seg i kommunens beredskapsplan, og har fungert tilfredsstillende som en ramme for krisehåndteringen.
- Gjennomgangen tyder på at god og tydelig organisering og ansvarsdeling, effektiv og handlingsrettet beredskapsledelse, erfaren og tilgjengelig kommunelege, nærhet til tjenestene og etablerte samhandlingsstrukturer har vært avgjørende for en vellykket krisehåndtering.
- Vi finner enkelte mangler i kommunens planverk. Kommunens pandemiplan er lite konkret når det gjelder testing, smittesporing, isolasjon og karantene.
- Kommunen er sårbar når det gjelder behov for ekstra bemanning ved kriser.
- Kommunen har klart å ivareta sårbare barn og unge på en relativt god måte, og det er tydelig at fokus på sårbare barn og unge har vært og er en tydelig prioritering i kommunen. Men alle de inngripende smitteverntiltakene skaper nye sårbarheter, ensomhet og utenforskap. Derfor er det viktig for kommunen å følge konsekvensene for brukerne over tid for å avdekke langtidsvirkningene.

## Forberedelser

Da koronapandemien brøt ut i mars var ikke kommunens overordnende ROS-analyse eller beredskapsplan oppdatert siden 2017. Plan for helsemessig og sosial beredskap var sist revidert i 2019 mens kommunens smittevernplan og pandemiplan var sist revidert i 2017. Virksomhetene utarbeidet kontinuitetsplaner i mars 2020, og et stykke ut på våren kom føringene for scenarioplanleggingen og virksomhetene oppdaterte kontinuitetsplanene.

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 og en egen pandemilegevakt (som ble luftveislegevakten på Klepp). 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 målrettede virkemidler.

Gjennomgangen tyder på at det overordnede planverket hadde relativt lite å si for Gjesdal kommunes 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. Fortløpende planlegging ser ut til å ha hatt større verdi enn planene. Dette var også en viktig lærdom etter terrorangrepet på Utøya, det vil si 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 krisehåndteringene enn planene. Selv om alle planene ikke var oppdatert da pandemien brøt ut har vi inntrykk av at kommunen visste hvordan de skulle rigge seg og at organiseringen har fungert.

## Smittevernutstyr

Det forelå ingen eksakt oversikt over hvor mye smittevernutstyr kommunen hadde da landet stengte ned 12. mars 2020, og situasjonen oppgis å ha vært uoversiktlig. Avdelingsleder for fysio- og ergoterapiavdelingen ble tildelt hovedansvar for smittevernutstyret i slutten av mars. Første rapportering til Statsforvalteren i starten av april 2020 viser at kommunen hadde et svært begrenset lager for smittevernutstyr. I den første fasen ble utstyrmangelen løst gjennom dugnadsånd og rasjonering. Etter noen uker fikk kommunen kontroll på situasjonen og oppgir at de ikke har opplevd bekymring knyttet til tilgjengelig smittevernutstyr etter at ordningen med leveranse fra nasjonalt lager ble opprettet. Kommunens lagerlokaler oppgis å være lite egnet og gjør det vanskelig å bruke det eldste utstyret først. Ettersom noe av utstyret har begrenset holdbarhet kan en risikere at noe av utstyret går tapt. Kommunen har heller ikke egnet logistikksystem, og manuelle beregninger gjør det vanskelig å ha oversikt over tilgjengelig utstyr til enhver tid.

## **Regionalt samarbeid**

Kommunens regionale samarbeid har bidratt til å styrke den samlede krisehåndteringen og til å skape en mer ensartet krisehåndteringspraksis i regionen.

Kommunen har interkommunal beredskapsgruppe med Hå, Klepp og Time kommune. Gjennom hele pandemien har Jærkommunene hatt egne beredskapsmøter hvor beredskapskoordinator og andre aktuelle personer har deltatt. Her samarbeider kommunene på tvers og drar nytte av kunnskap og erfaringer fra hverandre. Kommunen har felles legevakt med Sandnes og Gjesdal og Sandnes deler kommunelege. Gjesdal inngår i Helse Stavangers opptaksområde og helsefelleskap som omfatter Sør-Rogaland og deler av Ryfylke. I intervjuene fremgår det at kommuneoverlegen har hatt stor betydning for kommunens håndtering av pandemien. Han beskrives som en enorm trygghet og han har vært tilgjengelig gjennom hele pandemien. Kommunelegen har vært ansvarlig for smittehåndteringen lokalt og har sørget for at Gjesdal har vært koblet på det som har skjedd på Nord-Jæren, blant annet gjennom regional smitteverngruppe. Samarbeidet om luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp har også vært avgjørende for kommunens håndtering av pandemien.

Gjennomgangen i alle de fire kommunene tyder 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.

## **TISK- virkemidlene**

Gjennomgangen tyder på at kommunens TISK-arbeid (testing, isolering, smittesporing 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 testasjonen på Klepp og smittesporingsteamet tok det lang tid før organisasjonene satte seg, cirka 6-8 måneder. Organiseringen av smittesporingen var spesielt sårbar de første 6-8 månedene etter nedstengningen. Etter vår vurdering kunne kommunen fått problemer med å håndtere en rask smitteoppblomstring i denne perioden. Organiseringen endret seg underveis etter hvert som man fikk erfaringer og smitten i kommunen økte.

Luftveislegevakten på Klepp savnet mer administrativ støtte og hjelp i forbindelse med oppbyggingen av enheten. For smittesporingsteamet ser det ut til at manglende koordinering i starten, ettersom ingen var 100 prosent dedikert til arbeidet, skapte utfordringer. 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 testasjonen på Klepp er et interkommunalt samarbeid, er smittesporing håndtert av kommunen alene. Slik har det vært i alle våre undersøkte kommuner, det vil si Gjesdal, Stavanger, Sandnes og Strand. 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. Dette har så langt ikke vært praktisert i Gjesdal, men vi får opplyst at kommunen har daglig kontakt med personer i isolasjon og hyppig kontakt med personer i karantene. Det er positivt at kommunen kom i innreiseregisteret til Rogaland brann og redning, miljørettet helsevern, 25.04.21, for kontroll av innreisekarantene. Ut ifra hvor lenge pandemien har vart er dette nokså sent. Ifølge intervjuer i Stavanger kommune har regelverket for innreisekarantene vært for diffust tidligere til at tilsyn var hensiktsmessig. Trondheim kommune har derimot hatt 5-6 politipensjonister det siste året som har utført tilsyn og påstår at det er noe av forklaringen på lav smitte i området.

### **Tiltak innen helse og omsorg**

Gjennomgangen viser at kommunen har implementert kontaktreducerende tiltak og beskyttelsestiltak i sitt helse- og omsorgstilbud. Flere grep ble gjort i forkant av nedstengningen. Beredskapsmøter med virksomhetslederne, kontakt med pårørende over Facetime og fokus på hvilke retningslinjer som var gjeldende til enhver tid, oppgis å være avgjørende å få på plass i virksomhetene da pandemien brøt ut.

Tilbakemeldingene fra virksomhetslederne tyder på at implementeringen av de ulike smitteverntiltakene hovedsakelig har gått fint, men at det har vært noen utfordringer. For det første har det vært utfordringer knyttet til bemanning og flere oppgir at de mest sannsynlig hadde fått utfordringer ved mange ansatte i karantene eller syke. Flere oppgir at det burde ha vært bedre samarbeid på tvers i kommunen angående personell, samt en overflyttingsplan som konkretiserte hvem de kunne få hjelp av og hvem de selv skulle hjelpe ved behov. For det andre oppgir flere at lokalene deres har vært en utfordring, særlig for de ansatte, og at dette har begrenset deres muligheter for samarbeid. Tilbakemeldingene tyder og på at det har vært en tydelig ansvars- og oppgavefordeling, og at virksomhetslederne har fått delegert ansvar til å ta lokale beslutninger.

### **Sårbare barn og unge**

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

Hovedinntrykket vårt er at Gjesdal kommune har ivaretatt disse barna på en relativt god måte gjennom pandemien, og at fokus på sårbare barn og unge har vært og er en tydelig prioritering i kommunen. Det er flere indikasjoner på dette. Aktuelle tjenestoområder innen Oppvekst rettet oppmerksomheten mot sårbare barn og unge umiddelbart etter nedstengningen. Etter vår vurdering valgte Gjesdal kommune en god fremgangsmåte for å identifisere de sårbare barna og familiene under nedstengningen. I tråd med ansvarsprinsippet i beredskapsarbeidet var det styrere og rektorer, med hjelp av føringer fra kommunalsjef, og i dialog med hovedsakelig barnevern og PPT, som hadde ansvar for å identifisere sårbare barn og unge som trengte et omsorgstilbud.

Det var betydelig flere barn og unge som fikk et omsorgstilbud i barnehagene og på skolene i Gjesdal kommune enn i Strand kommune, og mange fikk tilbud allerede fra første uken etter

nedstengningen<sup>1</sup>. En forklaring kan være at Gjesdal kommune har klart å fange opp flere sårbare barn og unge enn Strand kommune har. Det at Gjesdal kommune er en BTI-kommune hvor de er vant til å jobbe tverrfaglig, og at samarbeidsstrukturer var på plass i forkant av pandemien, kan ha gitt utslag her. I alle intervjuene innen Oppvekst får vi opplyst at de vet hvem de sårbare barn og unge er, uavhengig av om det er en pandemi eller ikke, og at de var samstemte når det gjaldt hvem som burde få et omsorgstilbud. En annen forklaring kan være at de to kommunene har hatt eller har praktisert ulike kriterier for hvem som fikk omsorgstilbud. I Gjesdal har vi fått opplyst at flere skoler og barnehager har vært romslige i forhold til hvem som har fått omsorgstilbud, dette gjelder særlig de som har fått tilbud en stund etter nedstengningen. Når det gjelder andel sårbare elever som fikk omsorgstilbud ligger Gjesdal cirka på samme nivå som fylkes- og landssnittet. I løpet av nedstengningsperioden har kommunen gjort en rekke tiltak i barnehagene og skolene, i samarbeid med skolehelsetjenesten, for å fange opp elever som utviklet sårbarhet på grunn av pandemien.

Utviklingen i antall bekymringsmeldinger til barnevernet er en indikator på kommunens evne til å fange opp sårbare barn og unge. Antallet bekymringsmeldinger i nye saker til barnevernet i Gjesdal er redusert med 12 prosent i 2020, sammenlignet med 2019. I mars 2020 mottok derimot barnevernstjenesten 75 prosent flere bekymringsmeldinger enn i mars året før. Den store økningen i bekymringsmeldinger i mars måned kan indikere - og underbygges av det som fremkommer av intervjuene - at det har vært stort fokus på de sårbare barn og unge, og at disse er fanget opp. En annen mulig tolkning er at konsekvensene av koronapandemien har gjort at det er blitt flere barn som lever under vanskelige forhold og at det dermed burde ha vært enda flere bekymringsmeldinger, men at en del ikke er fanget opp og meldt inn. Oversikt over antall meldere viser at antallet bekymringsmeldinger sendt fra barnehager har doblet seg i 2020, mens det for skolene er nokså likt som i 2019. Det har også vært en betydelig økning i antall meldinger fra privatpersoner og fra mor/far/ foresatte. Mange har vært mer hjemme enn normalt under pandemien. Dette kan ha bidratt til at flere har fanget opp barn de er bekymret for. Samtidig har sårbare barn og unge vært gjenstand for stor oppmerksomhet i media, noe som kan ha medført at fokuset på sårbare barn og unge har vært høyere i 2020 enn tidligere. Den største prosentvise nedgangen finner vi for meldinger fra lege/ sykehus og tannlege. Dette kan ha sammenheng med at de strenge smitteverntreglene har gjort at færre barn og unge har vært hos lege, sykehus og tannlege i denne perioden. Etter vår vurdering er ikke nedgangen i nye bekymringsmeldinger dramatisk. En del av endringene i antall bekymringsmeldinger kan skyldes tilfeldigheter og årlige variasjoner. Likevel bør barnevernstjenesten være oppmerksom på utviklingen i bekymringsmeldinger i 2021 for å se om trenden snur eller vedvarer.

Tilbakemeldingene fra PPT og helsesykepleierne på skolene om en økning i antall henvendelser våren 2021 kan indikere at senvirkninger av pandemien begynner å vise seg. Det foreligger ikke reelle tall på dette, men det er viktig at kommunen følger utviklingen nøye.

Tilbakemeldingene fra virksomhetene tyder på at informasjonsdeling, samarbeid og samhandling mellom fagstaber og virksomheter har fungert veldig bra under pandemien. Bemanningssituasjonen innen Oppvekst har derimot vært utfordrende gjennom hele pandemien,

---

<sup>1</sup> Det er en viss usikkerhet knyttet til de innrapporterte tallene fra Strand kommune.

særlig for skoler og barnehager. Kommunen har ved flere anledninger rapportert til Statsforvalteren at stort fravær blant ansatte i barnehager og skoler fører til driftsproblemer av praktisk og økonomisk art. Kommunen har utfordringer med å finne vikarer ettersom det er flere krav og hensyn som må tas. Flere virksomheter oppgir at de er usikre på om de klarer å sikre drift ved mange ansatte i karantene eller syke. Rødt nivå på skolene oppgis også som svært krevende å gjennomføre.

Det er positivt at kommunen gjennom hele pandemien har hatt et ungdomstilbud. I periodene hvor en måtte ha ungdomshuset stengt på grunn av smittevernhensyn opprettet kommunen et online tilbud.

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

### **Anbefalinger**

Kommunens håndtering av koronapandemien har på mange måter lignet en krisedrevet innovasjonsprosess, der kommunen har handlet, erfart, lært og justert kursen underveis. Luftveislegevakten og testasjonen, samt smittesporingsteamet er eksempler på løsninger som er utviklet og implementert i forbindelse med pandemien.

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 og det i utgangspunktet ikke foreligger vaksine.

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

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

- Vurdere å inkorporere i ROS-analysen hvordan håndteringen av en krise på et område kan skape en ny krise/sårbarhet på et annet som begge krever effektiv håndtering.
- Oppdatere planverket slik at TISK-virkemidlene inngår som et permanent beredskapstiltak.
- Vurdere å inkorporere et punkt i beredskapsplanen for hvordan personell raskt kan omdisponeres for å kunne håndtere en langvarig krise.
- 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.
- 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.

## Læringspunkter Gjesdal kan ta tak i ganske fort. Vi anbefaler kommunen å:

- Føre tilsyn med enkeltpersoner som er i isolasjon og karantene gjennom stikkprøver. Dette vil kunne ha god preventiv effekt med hensyn til smittespredningen. Stikkprøvene kan målrettes, for eksempel ved at en velger ut bestemte risikogrupper.
- Følge utviklingen nøye i ulike tjenester for å vurdere koronaens langsiktige konsekvenser for brukere og ansatte over tid.
- Sette i gang tiltak for å gjøre de ansatte innen helse- og velferd bedre forberedt på å kunne omdisponeres til andre virksomheter ved behov.
- Ta stilling til hvordan man skal bruke krisestøtteverktøyet CIM i fremtiden, og hvilken type informasjon som skal inn der. Det bør også tas stilling til om verktøyet bør brukes annerledes i kortvarige versus i langvarige kriser. Kommunene bør også vurdere å kontakte DSB for å skape et mest mulig funksjonelt krisestøtteverktøy.

## Leserveiledning

- Kapittel 2: Smitteutviklingen i kommunen samt lokale faktorer som har hatt betydning for smitteutviklingen i regionen.
- Kapittel 3: Hvor godt forberedt kommunen var til å håndtere koronapandemien når det gjelder planverk.
- Kapittel 4: Hvor godt forberedt kommunen var når det gjelder smittevernsutstyr og hvordan dette bygget seg opp etter hvert.
- Kapittel 5: Kommunens organisering under pandemien samt samarbeid med andre.
- Kapittel 6: Tiltak innen kommunens helsetjeneste med hovedfokus på organisering, oppbygging og bruk av TISK-virkemidlene. I tillegg ser vi her på hvordan implementering av tiltak har fungert i utvalgte virksomheter samt hvordan samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder har vært.
- Kapittel 7: Hvilke tiltak som er satt inn for å ivareta de sårbare barn og unge. I tillegg ser vi her på hvordan implementering av tiltak har fungert i utvalgte virksomheter og hvordan samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder har vært.

# KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

Vi har mottatt kommunedirektørens kommentar 03.05.2021:

*«Rapporten er grundig og gir et godt bilde over hvilke tiltak som har blitt iverksatt gjennom pandemien. Som det påpekes i rapporten, har godt samarbeid og fleksibilitet vært sentralt i håndteringen av situasjonen. Samarbeid både internt i kommunen, men også med Klepp, Hå og Time kommuner, samt med statsforvalteren, helseforetak og felles kommunelege med Sandnes har vært avgjørende. Gjesdal har gjennomført ulike tiltak for å redusere risiko for smitte. Kommunedirektøren vurderer at kommunen i stor grad har funnet gode løsninger gjennom tett samarbeid med brukere, pårørende og ansatte.*

*Organisasjonen har gjennom hele pandemien fulgt ansvar, likhet, nærhet- og samvirkeprinsippet i planen. Grunner til suksess var blant annet at Gjesdal kommune er en organisasjon som er rigget til å være dynamisk og handlingsorientert, samtidig som en kan tenke prinsipielt. Kommunen hadde en god digital plattform som gjorde overgangen fra fysisk til digital hverdag enkel for de fleste.*

*Kommunedirektør og personal- og organisasjonssjef hadde i begynnelsen av pandemien daglige statusmøter med hovedtillitsvalgte og hovedverneombud. Frekvensen ble redusert etter hvert, men fortsatt er det hyppig kontakt. Dette medfører at løsninger og utfordringer fort ble løftet opp og ivaretatt i organisasjonen. Gjesdal kommune har vedtatt å bruke CIM som krisestøtteverktøy. I forbindelse med pandemien har kommunen valgt dette vekk, til fordel for kjente digitale plattformer som SMS, Teams og Outlook. CIM er kun brukt til å rapportere til statsforvalteren. Kommunedirektøren vil begynne et arbeid med å ta stilling til om man skal bruke -og eventuelt hvordan man skal bruke CIM i kriser, og om man skal skille mellom kortvarige og langvarige kriser.*

*Et viktig læringspunkt fra rapporten er å sikre hvordan ressurser innen Helse og velferd kan omdisponeres for å kunne håndtere langvarige kriser. Kommunedirektøren vil i beredskapsplaner konkretisere hvordan dette kan ivaretas på en bedre måte framover. En vil og lage en oversikt over smittevernutstyr og hvor dette er lagret.*

*I arbeidet framover vil kommunedirektøren oppdatere ROS-analyser og planverk, og sikre at TISK-virkemidlene inngår som et beredskapstiltak.»*

# 1 INNLEDNING

## 1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

---

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

Samme dag presenterte regjeringa en rekke tiltak for å hindre smittespredning i Norge. Statsminister Erna Solberg beskrev tiltakene som «*de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid*».<sup>2</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 oppholdsløyve, og forbud mot opphold på hytter utenom egen bokommune.

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

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

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

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 nye innstramminger fortsatte regjeringen med lettelser. Fra 12. oktober åpnet regjeringen for

---

<sup>2</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.

gjenåpning av breddeidretten for voksne og opphevede skjenkestoppen ved midnatt, samtidig som det ble tillatt med inntil 600 personer til stede samtidig på utendørsarrangementer, fordelt på grupper på inntil 200 personer. I kommuner med høyt smittetrykk åpnet staten opp for lokale restriktive tiltak ved smitteutbrudd.

Fra slutten av oktober trakk staten for alvor på bremsene. «*Vi står foran den mest alvorlige situasjonen med å snu smitten siden mars. Dersom vi tar et krafttak nå, er det mye større sjans for at vi kan få en normal julefeiring med storfamilien*», uttalte statsminister Erna Solberg. Fra 5. november anbefalte regjeringen at man ikke kan ha mer enn 5 gjester på besøk i tillegg til husstandsmedlemmer. Ved private sammenkomster på offentlig sted eller i leide eller lånte lokaler ble det satt en grense på 20 personer, mens maks antall personer på arrangementer innendørs ble satt til 50 deltakere, 200 hvis fastmonterte seter. Adgangen til å ha 600 personer til stede på utendørs arrangement ble begrenset til å gjelde arrangementer hvor alle i publikum kan sitte i fastmonterte seter. Også reglene for innreise fra utlandet ble innskjerpet. Utenlandske arbeidstakere som i de siste 10 døgnene hadde vært i «røde land», ble pålagt innreisekarantene i 10 dager. Tidligere var det tilstrekkelig med testing hver tredje dag. Det ble også stilt krav om negativ covid-19-test ikke eldre enn 72 timer ved ankomst til Norge, samt opphold på karantenehotell.

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

Den 10. november la regjeringen frem en tiltakspakke som var rettet mot sårbare grupper og mennesker som er rammet av ensomhet og isolasjon, og som skulle avhjelpe psykisk og sosial belastning som følge av koronapandemien og smitteverntiltakene. Smittenivået har vært høyere blant utenlandsfødte enn blant befolkningen ellers og regjeringen setter 8. desember ned 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 på alle barneskolene.

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

Etter hvert begynner den muterte virusvarianten å bre seg rundt i landet, spesielt i østlandsområdet. 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.

Gjesdal kommunes 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 innstramminger 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.

## 1.2 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>3</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 landegrenser, forvaltningsnivå, sektorer og politikkområder.

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

---

<sup>3</sup> Kilde: Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Læg Reid i Stat og styring 2:2020.

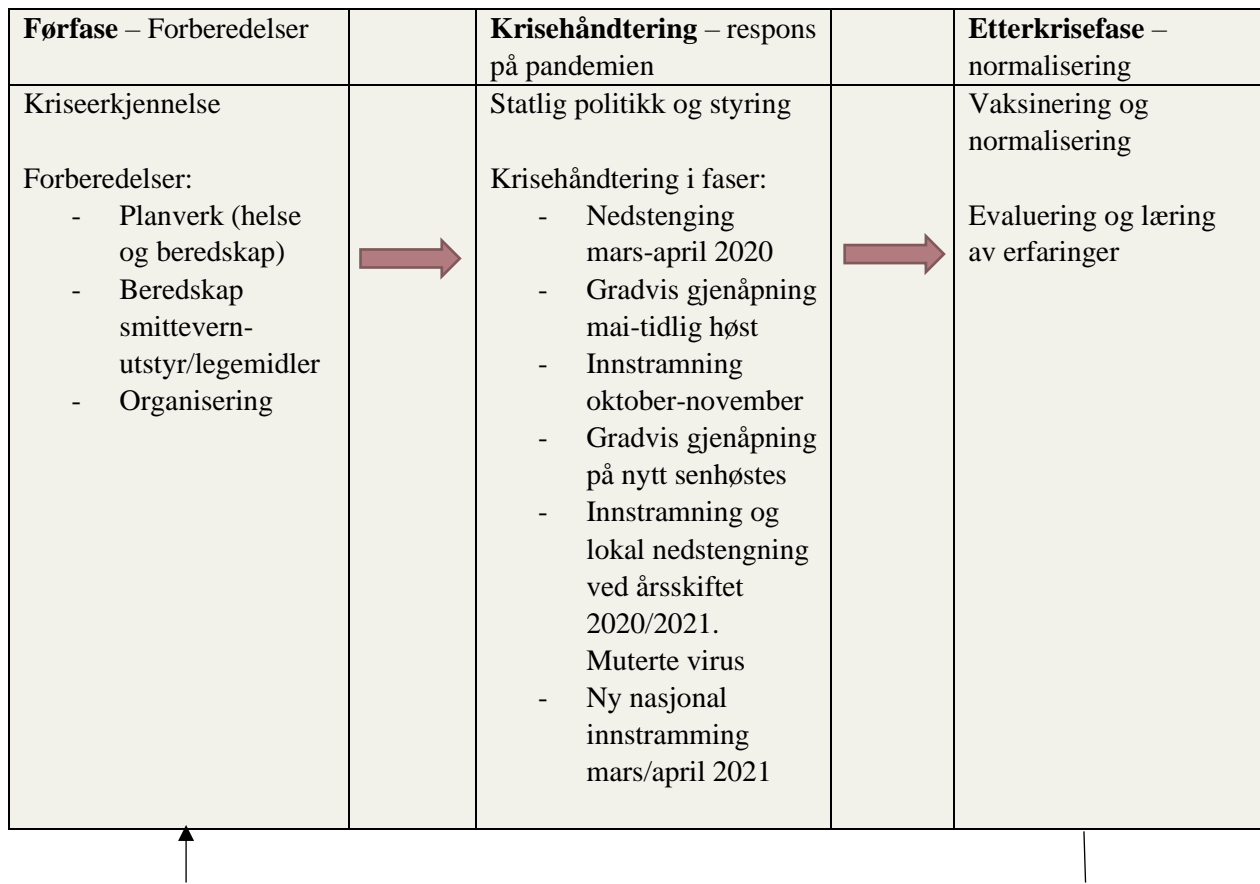


### 1.3 FASER I EN KRISE

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 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.



Læringspunkter i forhold til håndtering av neste pandemi

#### 1.3.1 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 det 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>4</sup>

### 1.3.2 KRISEHÅNDTERING

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.

---

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

<sup>5</sup> Kilde: Styringskapasitet og styringslegitimitet, Per Læg Reid 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.

- *Likhetsprinsippet*, innebærer at organiseringen av krisehåndteringen skal være mest mulig lik driftsorganiseringen, altså den daglige organiseringen. Dette prinsippet utdyper ansvarsprinsippet ved å understreke at ansvarsforholdene ikke skal endres under kriser.
- *Nærhetsprinsippet*, betyr at kriser skal håndteres på lavest mulig effektive beslutningsnivå. Den som har størst nærhet til krisen har best kompetanse til å håndtere den.
- *Samvirkeprinsippet*, innebærer et ansvar om å koordinere mellom relevante aktører internt i kommunen og med andre kommuner og regionale myndigheter.

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

### 1.3.3 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.

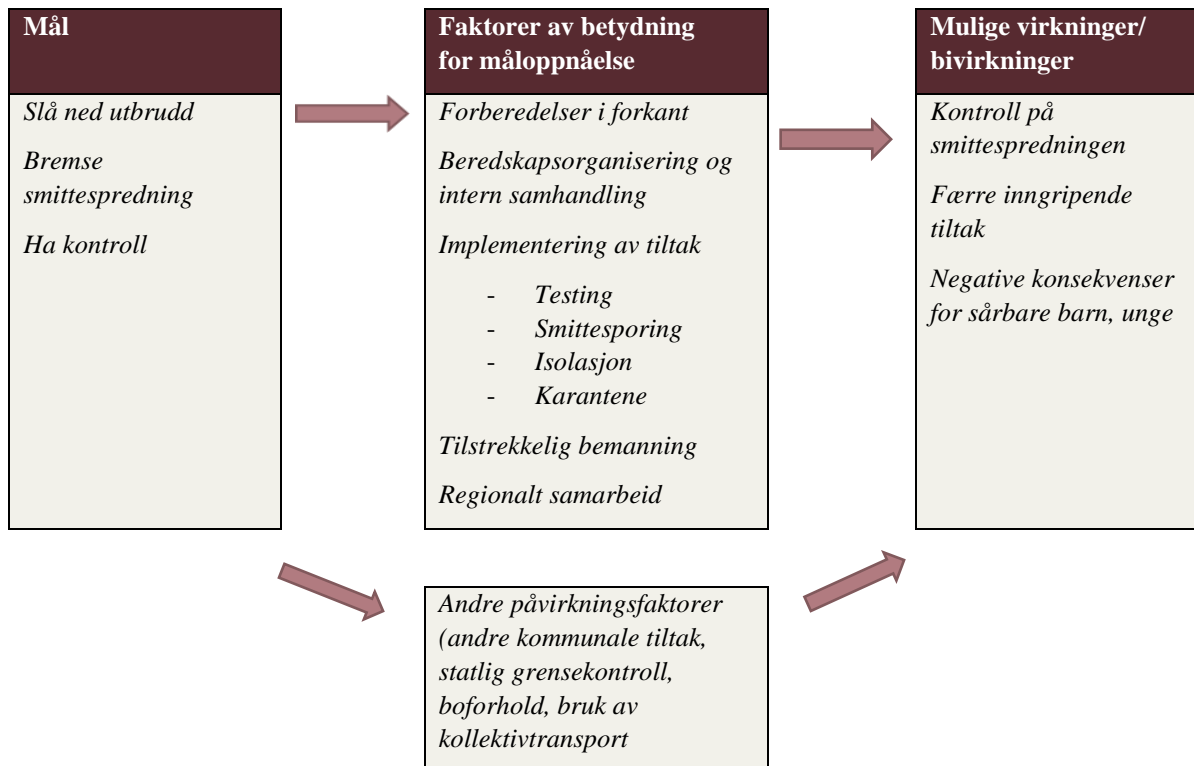
Samtidig viser erfaringen med koronapandemien og tidligere pandemier, at uansett forberedelser i førfasen, vil det ofte være et betydelig innslag av usikkerhet og overraskelse når krisen melder seg. Som vi har vært inne på tidligere i dette delkapitlet, stiller det uventede krav til spontan og situasjonstilpasset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

## 1.4 AVGRENSNING, KRITERIER OG METODE

---

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

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



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

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

Det som har vært spesielt med dette prosjektet er at «kartet» har endret seg hele tiden, dvs. at det har kommet nye føringer i et veldig høyt tempo, både nasjonale, regionale, kommunale og innenfor den enkelte virksomhet. Eksempelvis har regjeringen endret koronaforskriften 73 ganger i tidsrommet 30.03.20 og 19.01.21, dvs. i snitt hver 4,3 dag<sup>7</sup>.

Metodekapittelet finnes i [vedlegg](#).

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

## 2 SMITTEUTVIKLING

### 2.1 INNLEDNING

---

Frem til mai 2020 hadde regjeringen en strategi som gikk ut på å slå ned eller undertrykke smitten innledningsvis gjennom inngripende 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>.

### 2.2 SMITTEUTVIKLING

---

I denne delen ser vi litt på hvordan smitteutviklingen i Gjesdal har vært fra utbruddet startet og frem til 31. mars 2021. Vi sammenligner også med Strand kommune og viser til lokale faktorer i Stavanger-området som har hatt betydning for smitteutviklingen i regionen.

Smittevernloven pålegger kommunene å holde oversikt over omfanget av smittsomme sykdommer (§ 7-1) hvor kommuneoverlegen har et ansvar for å holde løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunene (§ 7-2, a). Forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer pålegger kommunene å rapportere om smittetilfeller til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet.<sup>9</sup> På den måten skal det etableres et helhetlig situasjonsbilde som gir grunnlag for å vurdere den epidemiologiske utviklingen i sammenheng med kapasitetsvurderinger og vurdering av behov for tiltak. Det er viktig at de ulike aktørene samarbeider for å sikre god overvåking og kontroll i samvirkeprinsippet. I meldingssystemet (MSIS) avgjør folkeregistrert adresse hvilken kommune smittetilfellet registreres i. Kommunen opplyser fortløpende på hjemmesiden om nye smittede, men det er ingen samlet oversikt på hjemmesiden hvor en kan følge utviklingen.

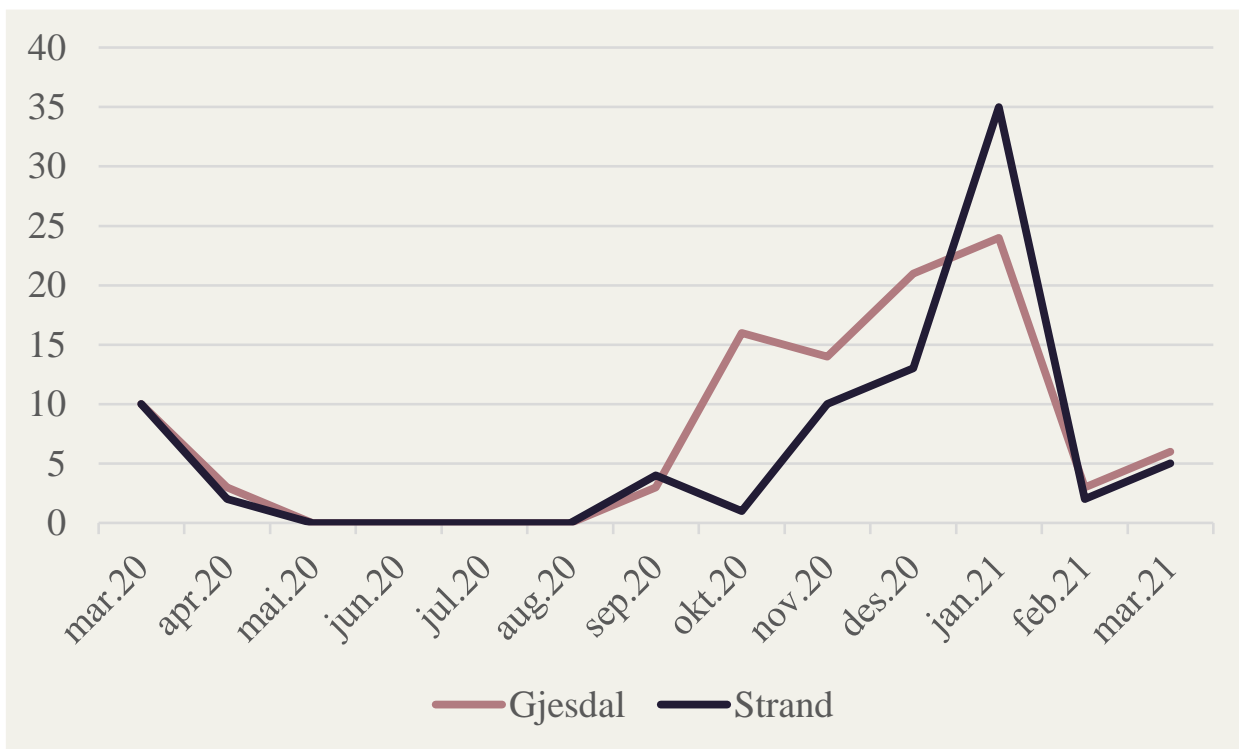
Figur 3 viser antall nye smittetilfeller i Gjesdal og Strand kommune fra mars 2020 til og med mars 2021.

---

<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.

<sup>9</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740>

Figur 3: Oversikt over antall smittetilfeller i Gjesdal og Strand kommune fra mars 2020 til mars 2021



Kilde: VG - MSIS

Av figuren ser vi at smitteutviklingen har vært nokså lik i begge kommunene, bortsett fra at Gjesdal får nye smittetilfeller en måned tidligere enn Strand på høsten 2020. Begge kommunene opplevde smittetilfeller i mars 2020. Vi ser at det utover høsten og vinteren kommer en del mindre og et nokså stort smitteutbrudd, men alle gangene klarer kommunen å få kontroll på smitten.

Hele Stavanger-området lå dårlig an i mars 2020, sammenlignet ned resten av landet. Den 9. mars uttalte FHI at Rogaland hadde flest smittetilfeller per innbygger. Hoveddelen av smitten kom fra alperregionene i Nord-Italia og Østerrike, der mange rogalendinger hadde vært på skiferie. Smitten i Nord-Italia var sterk på dette tidspunktet, og tidlig i mars rådet FHI kommunene til å teste alle som kom fra Nord-Italia. Smittevernoverlegene i regionen bestemte seg for også å teste reisende fra Østerrike og Sveits. Dette var et smart grep, ettersom det viste seg at det at mange av de smittede kom fra Østerrike. I tillegg ble det innført strenge besøksrestriksjoner på sykehjemmene i begynnelsen av mars, etter råd fra FHI. Man stoppet også store arrangementer med mer enn 500 deltakere den åttende mars.

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

kultur i regionen og de ansatte i oljebransjen ble tidlig pålagt strenge karantenereregler og hjemmekontor lenge før FHI rådet folk til å jobbe hjemmefra. Et annet moment er at bebyggelsen er mer spredt i vår region enn for eksempel Oslo, og kollektivbruken er langt lavere. Dette spiller også inn. Det er også slik at vår region har vinterferie en uke senere, noe som i 2020 gav helseledelsen i våre kommuner litt tid til å forberede seg på hva som kunne komme når folk kom hjem fra vinterferie.

Tabell 1 viser en oversikt over virksomheter i kommunen som har opplevd smitte i perioden mars 2020 til og med april 2021.

*Tabell 1: Oversikt over virksomheter i kommunen som har opplevd smitte (mars 2020- april 2021):*

Virksomhet	Når	Kommentar
Helsebanken legesenter	23.10.2020	
Flassabekken barnehage	29.10.2020	
Dirdal skole	02.11.2020	
Bamsebo barnehage	02.11.2020	
Oltedal skole	11.11.2020	
Solås bo- og rehabiliteringssenter	29.12.2020	
Oltedal barnehage	13.01.2021	
Solås bo- og rehabiliteringssenter	09.03.2021	Mutert virus

Kilde: Gjesdal kommunes nettside

## 3 FORBEREDELSE

### 3.1 REVISJONSKRITERIER

*Sivilbeskyttelsesloven og Forskrift om kommunal beredskapsplikt*

Kommunen skal utarbeide en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) hvor kommunen skal kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i lokalsamfunnet, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer, og hvordan disse hendelsene vil kunne påvirke lokalsamfunnet.<sup>10</sup>

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

- Hva kan gå galt hos oss?

<sup>10</sup> Jf. Forskrift om kommunal beredskapsplikt. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894>

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

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

Oppsummert skal beredskapsplanen gi svar på følgende<sup>11</sup>:

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

#### *Lov om helsemessig og sosial beredskap og smittevernloven*

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

Smittevernloven § 7-2a pålegger kommunelegen å utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer (smittevernplan/pandemiplan).

Alle kommuner har plikt til å ha en egen beredskapsplan mot pandemisk influensa, som omfatter plan for massevaksinerings, samt beredskap for å drifte kritiske funksjoner når mange er syke (kontinuitetsplaner).

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

#### **På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:**

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

<sup>11</sup> Kilde: Sivilbeskyttelsesloven § 15.



## 3.2 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>12</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.

## 3.3 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>13</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>14</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

---

<sup>12</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>13</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>14</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. Virusene som forårsaker MERS var frem til 2012 et hittil ukjent coronavirus.

store med om lag 8 000 dødsfall, 35 000–40 000 sykehusinnleggelse, svært store økonomiske tap og sosiale og psykologiske reaksjoner i befolkningen.<sup>15</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.

Tidlig i januar var det fortsatt usikkert om Kina ville evne å begrense spredningen av viruset ut av landet, og det var stor usikkerhet knyttet til virusets alvorlighet, smittsomhet og spredningspotensial. 20. januar fastslo kinesiske myndigheter at viruset smitter mellom mennesker. 24. januar informerte Statsforvalteren i Rogaland kommunehelsetjenesten i Rogaland om det nye viruset. 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>16</sup>

Gjesdal kommune var relativt raskt ute med å forberede seg på en mulig pandemi. 24. januar fikk kommunen henvendelse fra fylkesmannen om å opprette et kontaktpunkt i forbindelse med utviklingen av koronaviruset. Kommunalsjef helse og velferd fikk dette ansvaret sammen med kommuneoverlegen. Gjennom hele februar 2020 fikk kommunen jevnlig informasjon om koronautviklingen i andre land og kommunen fikk i oppgave å påse at kommunens smittevern- og pandemiplaner var oppdatert. På møtet i ledergruppen 2. mars 2020 hvor ordfører og kommuneoverlege også var til stede var koronasituasjonen tema. 4. mars startet arbeidet til tidligere kommunalsjef helse og velferd om å sørge for at innbyggerne får den informasjonen de trenger og at tjenesteområdene vet hvordan de skulle forholde seg til smittevern samt at det var nok helsepersonell. På samme tidspunkt – 4. mars etablerte kommunen en egen smitteverngruppe bestående av kommunalsjef helse og velferd, kommuneoverlege, leder for helse-, bo- og hjemmetjenester, kommunikasjonsansvarlig, personal og organisasjonssjef samt leder for helsestasjonstjenester og familiesenter. Alle tjenesteområdene ble deretter bedt om å kartlegge hva denne situasjonen ville kunne bety for dem, og legge en plan for oppfølging.

Tidligere rådmann reiste til Dublin få dager etter ledermøtet 2. mars, selv om han var i tvil om han skulle reise<sup>17</sup>. 9. mars møttes ordfører og rådmannens ledergruppe igjen sammen med kommuneoverlegen. Da var alt kommet mye nærmere og Italia og Østerrike var kjent som smitekilder. Med kommunalsjef for helse og velferd i spissen startet kommunen konkret å

---

<sup>15</sup> Se omtale i rapport fra tankesmien Agenda <https://www.tankesmienagenda.no/post/agenda-notat-laerdommer-fra-koronakrisen/details>

<sup>16</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>17</sup> Kilde: <https://www.gjesdal.kommune.no/tjenester/helse-og-velferd/lege-og-helsetilbud/lege/koronavirus/en-maned-med-korona-fire-ulike-tilbakeblikk.526118.aspx>

undersøke hva dette kunne bety for kommunen. 12. mars stengte Storahuset og de ansatte fikk beskjed om å jobbe hjemmefra. Samme dag - 12. mars - satte kommunen beredskapsledelse. Tidligere rådmann beskrev situasjonen i mars som å gå inn i en boble. I starten møttes beredskapsledelsen til digitale møter hver morgen og ettermiddag og brukte vel halvannen uke på å håndtere den prekære situasjonen som ble kastet over kommunen. Etter fire uker møttes beredskapsledelsen annenhver dag og fokuset var i større grad på daglig drift. Kommunedirektør og personal- og organisasjonssjef hadde daglige statusmøter med hovedtillitsvalgte og hovedverneombud. Frekvensen ble redusert etter hvert, men vi får opplyst at det fortsatt er hyppig kontakt.

Helseforetak og kommuner ble i januar bedt om å oppdatere beredskapsplaner og samarbeidsplaner, og planlegge for økt kapasitet i sykehusene, hos legevakt og fastleger og i kommunale institusjoner. Kommunene ble også bedt om å utarbeide kontinuitetsplaner for å sikre 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 i mars og virksomhetene påbegynte arbeidet med å oppdatere kontinuitetsplanene i februar/mars.

### 3.4 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.

Tabell 2 viser Gjesdal kommunes planer, i tillegg til nasjonale og regionale planer.

Tabell 2: Oversikt over nasjonalt, regionalt og lokalt planverk

Tabell xx. Oversikt over planverk av betydning for beredskapen i kriser.		
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> <li>- Regional helseberedskapsplan, Helse Vest 2019-2021</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> <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 Gjesdal kommune<sup>18</sup></li> <li>- Overordnet beredskapsplan<sup>19</sup></li> <li>- Virksomhetsnivå: Beredskapsplaner, ROS-analyser og kontinuitetsplaner<sup>20</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan for helsemessig- og sosial beredskap (2019)</li> <li>- Smittevernplan (2019)</li> <li>- Pandemiplan (mars 2020)</li> </ul>

### 3.4.1 KOMMUNENS PLANVERK

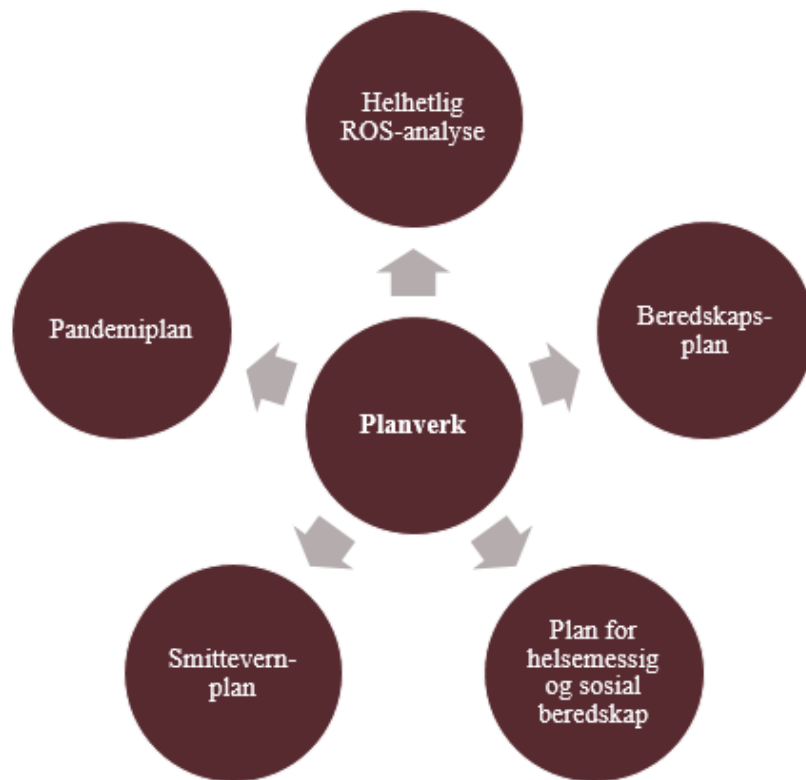
I figur 4 viser vi en oversikt over planverket i Gjesdal kommune, det vil si både overordnet beredskapsplanverk og helseberedskapsplanene. Vi går gjennom disse i avsnittene under.

<sup>18</sup> Vedtatt 16.10.2017

<sup>19</sup> Sist oppdatert august 2017

<sup>20</sup> Kontinuitetsplanene har vært virksomhetenes viktigste styringsverktøy under pandemien.

Figur 4: Oversikt over planverk i Gjesdal kommune



### Helhetlig ROS-analyse

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

Kommunens risiko- og sårbarhetsanalyse er vedtatt 16.10.2017, og er ikke revidert siden. ROS-analysen er utgangspunktet for kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Kommunen har i ROS-analysen analysert eksisterende og fremtidige risiko- og sårbarhetsfaktorer og hvordan disse kan påvirke hverandre. Kommunen har også analysert hvordan ulike risikofaktorer påvirker hverandre. Kommunen har ikke vurdert risiko- og sårbarhet utenfor kommunens geografiske område som har betydning for kommunen. Avslutningsvis i ROS-analysen presenteres en oppsummering av de uønskede hendelsene med forslag til tiltak og hvem som er ansvarlig.

Kommunens ROS-analyse sier følgende om pandemi:

*«Skulle det bryte ut smittsomme infeksjonssykdommer eller pandemi i Norge vil dette også få store konsekvenser for kommunen. Nasjonalt risikobilde vurderer sannsynligheten som rimelig høy med utbrudd mellom hvert 50. og 100. år. Helse- og omsorgstjenester vil komme under sterkt*

*press. I 2009, året med svineinfluensaen, klarte kommunen å håndtere situasjonen med massevaksineringen godt, men det var ikke en stor andel ansatte som er blitt syke. Virksomheter i kommunen bør lage enkle planer for situasjonen med et stort antall syke ansatte. I en slik situasjon vil ansatte måtte skifte oppgaver og arbeidssted.»*

I kommunens ROS-analyse oppgis at en epidemi vil påvirke følgende kritiske samfunnsfunksjoner; mat og medisiner, helse- og omsorgstjenester og informasjon. Epidemi og pandemi er et av 28 scenarioer som er vurdert i ROS-analysen. Hendelsen blir kategorisert som *mindre sannsynlig og katastrofalt*. Et av de planmessige tiltakene som nevnes i ROS-analysen er blant annet at *alle virksomheter bør lage egne ROS- analyser minst for bortfall av strøm, bortfall av telefoni, nett og IKT, PLIVO og pandemi*. Kommunens ROS-analyse er forankret i kommunestyret.

### **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.

Kommunens overordnede beredskapsplan bygger på den overordnede ROS-analysen og var da pandemien startet sist oppdatert i august 2017. Beredskapsplanen er forankret i kommunestyret. For de viktigste hendelsene som er nevnt i ROS-analysen er det laget handlingsplaner. Rådmannen, eller den som fungerer i stillingen, har fullmakt til å sette beredskapsplanen i verk, og til å sette i verk nødvendige tiltak for å avhjelpe en akutt krise. Ved større ulykker, katastrofer, kriser eller uønskede hendelser vedtar rådmann eller den som fungerer i hans stilling å etablere kriseledelse. Beredskapsplanen inneholder handlingsplaner for åtte hendelser som er avdekket i ROS-analysen, dette gjelder:

- Handlingsplan for evakuering
- Handlingsplan for opprettelse av pårørendesenter
- Handlingsplan for brudd i strømforsyning/strømrasjonering
- Handlingsplan for svikt i vannforsyning
- Handlingsplan for ekstremt snøvær
- Handlingsplan for atomulykke

Planen inneholder informasjonstjeneste, evakueringsplan, ressursoversikt, intern og ekstern varslingsliste samt definerer ansvar, roller og fullmakter for kommunens kriseledelse.

Kommunens overordnede beredskapsplan er sist revidert 13.08.2020.

## Plan for helsemessig og sosial beredskap

Plansystemet for helsemessig og sosial beredskap i kommunen er oppbygd slik:

- Overordnet beredskapsplan
- Helsemessig og sosial beredskapsplan
- Beredskapsplan psykososialt kriseteam
- Planer for brann og evakuering
- Beredskapsplan for NAV Gjesdal
- Smittevernplan
- Plan for mediekontakt knyttet til overordnet beredskapsplan

Målet med kommunens plan for helsemessig og sosial beredskap er å:

- Minske sjansen for at innbyggerne blir utsatt for krisesituasjoner
- Sikre at innbyggerne får nødvendig hjelp og støtte i en krisesituasjon

Plan for helsemessig og sosial beredskap er overordnet, er sist revidert i 2019 og har ikke tatt inn nye føringer vedrørende koronapandemien. Planen sier at alle hendelser og kriser skal håndteres i henhold til nærhetsprinsippet på lavest mulig operative nivå. Ifølge planen har kommunen hansker og munnbind tilstrekkelig for å håndtere en krise-situasjon i 14 dager. Annet engangsutstyr er usikkert. I en krisesituasjon vil en ifølge planen tenke gjenbruk på en helt annen måte enn det en gjør til vanlig. Ifølge ressuroversikten i planen er det ikke opprettet eget kommunalt beredskapslager utover det som finnes på lager ved legekantorene, bo- og aktivitetssentrene, legevakten og helsestasjonene. Sykehjemmene og legevakten har medisin lager for ca. to uker normal forbruk.

## Smittevernplan

Smittevernplanen er en del av beredskapsplanen. Smittevernplanen var da pandemien startet sist revidert i juni 2017. Den er i etterkant revidert i juni 2020. Ifølge planen skal den revideres hvert andre år. Planen beskriver de tiltak og tjenester som kommunen har for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført, både i det daglige rutinearbeid og beredskapssituasjoner. Planen skal sikre at smittevernlovens krav til kommunen oppfylles, og at kommunen får en god samordning av tiltak og ressurser. Pandemi er ikke trukket frem som en del av risikobildet, men det er infeksjoner ved dråpesmitte. Planen inneholder tiltaksark for følgende spesielle situasjoner: Infeksjoner med dråpesmitte, vannbåren infeksjon, matbåren sykdom, legionellautbrudd, tuberkulose og meningitt.

## Pandemiplan

Kommunens pandemiplan fra 2017 sier følgende om pandemi:

*Pandemier er siste 100 år utløst av influensavirus. Det har vært 4 pandemier – 1918/19 spanskesyken, 1957/58 Asia-syken, 1968/69 Hong Kong-syken og 2009/10 svineinfluensaen. Bortsett fra biologisk krigføring er influensavirus det mest sannsynlige scenario for en pandemi. Influensavirus muterer regelmessig i områder hvor mennesker, ender og svin er kontinuerlig i nærkontakt med hverandre (Kina). Pandemisk influensa er en sykdom som skyldes et helt nytt virus som store deler av befolkningen mangler immunitet mot. Sykdommen kan spres raskt over hele verden. Det vil ta fra noen uker til måneder fra første sykdomstilfelle i verden, til den*

rammer Norge. Det er mulig at sykdommen kommer i flere bølger som kan vare et halvt år hver. En må regne med at det tar inntil 6 mnd. å utvikle en effektiv vaksine. I verste fall kan Gjesdal kommune blir rammet av en influensapandemi som er like alvorlig som spanskesyken når det gjelder antall syke, men vi har i dag langt bedre muligheter til å behandle syke for komplikasjoner enn vi hadde for 100 år siden. Med utgangspunkt i tall fra Helsedirektoratet kan dette føre til 25% (3 000) syke. Mer sannsynlig vil en ny pandemi ha en karakter som Asia syken. Det vil føre til 15% (1800) syke og mange sengeliggende noen dager.

Pandemiplanen fra 2017 inneholder lovgrunnlag, involverte etater, organisering når pandemi varsles, og tiltaksplan hvor ansvaret for tiltakene er plassert. Eksempelvis sier planen:

- *Kommunal smitteverngruppe opprettes og aktualiserer planen og initierer samarbeid med andre virksomheter og etater, ajourføre prioriteringslister og opprette regional smitteverngruppe ved behov.*
- *Legevakten (Sandnes legevakt) må forberede seg på økt tilgang i telefonhenvendelser. For å håndtere økt pågang, hindre smittespredning via venterommet på legevakten og gi et utvidet tilbud til befolkningen kan det bli aktuelt å opprette en egen pandemilegevakt, hvor et større legekantor leies etter vanlig arbeidstid, som kommunen har ansvar for å betjene. Pasienter blir triagert og henvist til legekantoret via telefonkontakt med legevakten.*
- *Fastleger. For å øke ø-hjelps beredskap skal fastleger redusere antall planlagte kontroller og øke antall ø-hjelps timer. Pasienter med mistenkt influensa skal tas imot enten i begynnelsen eller slutten av kontortiden for å redusere smittespredning. Av samme grunn kan det også bli nødvendig med økt antall hjemmebesøk, men det må avveies mot kapasitetsproblemer ved stor pasientpågang. Fastlegene vil også bidra med psykososial omsorg som ledd i legeoppfølgingen.*
- *Isolering, karantene og forbud mot folkesamlinger. Kommunen følger nasjonale anbefalinger under pandemien. Isolering skal så langt som mulig og medisinsk hensiktsmessig skje i pasientens eget hjem.*
- *Personellressurser. 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.*

Ifølge planen skal smittevernoverlege varsle beredskapssjef når en pandemisk influensa varsles av HOD/ FHI. Aktuelle planer skal gjennomgår og avtaler med interne og eksterne aktører bekreftes. Det står også følgende: «Siden det er stor usikkerhet knyttet til hvordan en pandemi vil utvikle seg, må planene tilpasses de aktuelle behovene.»

Ifølge kommunens tiltaksplan ved pandemi<sup>21</sup> skal innkjøp/ distribusjon av smittevernutstyr koordineres. Planen viser til tiltakskort i plan for helsemessig og sosial beredskap som sier at kommunen ikke har opprettet eget kommunalt beredskapslager utover det som nevnes over i plan for helsemessig og sosial beredskap. Kommunens pandemiplan er revidert i mars 2020.

---

<sup>21</sup> Kilde: Pandemiplan Gjesdal kommune, revidert i 2017



Ifølge kommunens pandemiplan må kritiske tjenester til befolkningen opprettholdes under en pandemi, og enhver kommunal virksomhet som leverer slike tjenester er ansvarlig for å ha oppdaterte kontinuitetsplaner. Vi får opplyst av beredskapskoordinator at de kommunale virksomhetene utarbeidet kontinuitetsplaner i mars 2020 og at de ble oppdatert i september 2020. Hver avdeling hadde ansvar for at dette ble gjort, mens beredskapskoordinator hadde ansvar for å ha oversikt at det faktisk foreligger. Innen opplæring startet arbeidet med kontinuitetsplanlegging tidlig i månedsskifte februar/ mars 2020. Veileder i kontinuitetsplanlegging<sup>22</sup> utarbeidet av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) ble benyttet som utgangspunkt, men vi får opplyst at formen ble noe ulik. Innholdet i kontinuitetsplanene ble diskutert og vi får opplyst at skoler og barnehager delte mye mellom seg. Kontinuitetsplanene ble samlet inn og lagret slik at de var tilgjengelige for alle. Det var ikke egne folk som gikk gjennom planene og vi har fått opplyst av kommunalsjef oppvekst at kvalitetssikringen ikke har vært god nok. Innen helse og velferd startet arbeidet med kontinuitetsplaner i begynnelsen av mars, også her ble veilederen fra DSB benyttet. Vi får opplyst at alle avdelingene hadde fullført første utkast av sine kontinuitetsplaner til rundt 12. mars og at disse da ble samlet i en egen kanal i en Teams-gruppe.

### **Fylkesmannens vurdering av kommunenes smittevernplaner**

Fylkesmannen fikk den 31.01.20 i oppdrag å samle inn og vurdere kommunenes smittevern- og pandemiplaner. Fylkesmannen har lagt vekt på om kommunen har omtalt følgende punkter:

Smittevernplan;

- Forankring og gyldighet
  - Sammenheng med annet planverk
  - Gyldighet, siste revisjon
- Lokale forhold
  - Risikovurdering
  - Kommunale ressurser
  - Samarbeidsinstanser
- Smittevern i beredskapssituasjon
  - Varslingsrutiner
  - Ansvar og arbeidsfordeling

Pandemiplan:

- Informasjonsarbeid mot befolkningen
- Organisering av personell
- Mottak for syke
- Kapasitet, herunder å ta imot pasienter fra sykehus
- Samordning med andre kommuner og helseforetaket
- Opprettholde kommunale tjenester og samfunnskritiske funksjoner ved høyt sykefravær
- Forsyning av beskyttelsesutstyr og legemidler

---

<sup>22</sup> 6. mars 2020 sendte Statsforvalteren i Rogaland endelig versjon av veileder i kontinuitetsplanlegging til kommunene.

I vurderingen har fylkesmannen konkludert med noen felles forbedringspunkter som går igjen hos flere kommuner:

- For det første kan det være en hjelp i utforming av planen å se for seg at man skriver for en lege, helsesykepleier eller annet helsepersonell som kommer fra en annen kommune eller annen kant av landet for å avhjelpe i en periode med høy sykdomsaktivitet og høyt sykefravær. Dette er jo særlig aktuelt i smittevern- og pandemiplaner.
- Det fleste planer inneholder formuleringer som «det kan være hensiktsmessig å samarbeide med omliggende kommuner», men det foreligger ikke konkrete avtaler om slikt samarbeid. Særlig vil kommuneoverlege og smittevernoverlege-ressursen være et knapphetsgode i en beredskapssituasjon innen smittevernet, da store utbrudd eller pandemier vil gå over tid, og det vil være hensiktsmessig å kunne avlaste hverandre.
- Ut fra dagens smittesituasjon bør den enkelte kommune ha konkrete planer for hvor mottak av syke skal skje.
- De fleste kommuner har punkter i sine beredskapsplaner om hvem som er ansvarlig for at det er lagt planer for å opprettholde drift og ivareta kritiske funksjoner under et utbrudd eller en pandemi. Det bør i tillegg være klart hvem som har ansvar for å tilse at dette er gjort og i hvilken fase av et utbrudd dette skal skje.
- En del kommuner har omtalt lagerhold av legemidler og forbruksmateriell. Få planer er konkrete på behovet, og det vil naturlig nok variere ut fra den aktuelle situasjonen. På det nåværende tidspunkt bør det vurderes hvor mye materiell kommunen vil kunne komme til å få behov for, og legge planer for innkjøp av dette. Videre bør kommunens fastleger minnes på at det vil kunne bli økt behov for forbruksmateriell.

### **Kommuneundersøkelsen 2020**

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sender hvert år ut en kommuneundersøkelse. Dette er en spørreundersøkelse om kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap. Noen spørsmål er gjennomgående for hvert år, mens andre varierer fra år til år. Hovedformålet med undersøkelsen er å sjekke status for kommunenes arbeid med kravene i forskrift om kommunal beredskapsplikt. Fylkesmannen har vurdert egenrapporteringen til kommunene opp mot egne tilsyn og rangert kommunene i «kommunetrappa». Resultatene blir fremstilt gjennom ulike trappetrinn og fargekoder (fra rød til grønn) som indikerer hvor godt kommunene arbeider med samfunnssikkerhet. Formålet med kommunetrappa er å gi et visuelt bilde av hvordan status er på samfunnssikkerhetsarbeidet i kommunen fra år til år – og hvordan resultatet er sammenlignet med andre kommuner i Rogaland. Gjesdal kommune har i 2020 oppnådd 32 av 40 mulige poeng. Med 32 poeng havnet Gjesdal kommune i gul sone på kommunetrappa for 2020. Dette er en nedgang fra 2019 hvor de fikk 32,25 poeng. Kommunen mister blant annet poeng på at ROS- analysen ikke omfatter risiko og sårbarhet utenfor kommunens geografiske område, at beredskapsplanen ikke er oppdatert og revidert siste år og for fylkesmannens vurdering av bruk av krisehåndteringsverktøyet CIM.

### **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 planene. I tillegg var det stadige endringer i smittetrykket og stadig nye føringer, noe som resulterte i hyppige endringer i virksomhetenes planverk.

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, at en har tenkt gjennom hvordan ting skal gjøres og hvem som skal gjøre det.

Intervjuene tyder på at det er andre forhold enn planverket som har hatt langt større betydning for håndteringen av pandemien. Det som nevnes er:

- God og tydelig organisering og ansvarsdeling, bruke linjen, ikke nye roller, effektiv og handlingsrettet beredskapsledelse, erfaren og tilgjengelig kommunelege, tett dialog og nærhet til tjenestene, internt og eksternt samarbeid og etablerte samhandlingsstrukturer. Det at kommunen hadde det digitale på plass og tidlig utpekte en person til kommunikasjonsansvarlig oppgis også som svært viktig for kommunens håndtering.

### 3.5 VURDERING

---

Gjesdal kommune var relativt tidlig ute med å forberede håndteringen av koronapandemien. 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.

Da koronapandemien brøt ut i mars var ikke kommunens overordnende ROS-analyse eller beredskapsplan oppdatert siden 2017. Plan for helsemessig og sosial beredskap var sist revidert i 2019 og har så langt ikke tatt inn nye føringer vedrørende koronapandemien. Kommunens smittevernplan og pandemiplan var sist revidert i 2017 da pandemien brøt ut. Virksomhetene utarbeidet kontinuitetsplaner, og et stykke ut på våren kom føringene for scenarioplanleggingen og virksomhetene oppdaterte kontinuitetsplanene.

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 og en egen pandemilegevakt (som ble luftveislegevakten på Klepp). 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 målrettede 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 når det gjelder TISK-virkemidlene ved neste revidering av pandemiplanen, det vil si 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.

Gjennomgangen tyder på at det overordnede planverket hadde relativt lite å si for Gjesdal kommunes 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. Fortløpende planlegging ser ut til å ha hatt større verdi enn planene. Dette var også en viktig lærdom etter terrorangrepet på Utøya, det vil si 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 enn planene.

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 og en rettesnor 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:

1. Samkjøre de overordnede plandokumentene, som tar opp i seg de mest sentrale momentene knyttet til den praktiske krisehåndteringen, ansvarsdelingen og den praktiske krisehåndteringen.
2. Utarbeide konkrete aksjons- eller handlingsplaner som tilpasses den aktuelle krisen man står i, men som tar utgangspunkt i den/de overordnede plan(en)e.

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 planen(e) som utgangspunkt.

Kommunen har i den overordnede ROS-analysen redegjort for hvordan ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer kan påvirke hverandre, men kommunen har ikke vurdert risiko- og sårbarhet utenfor kommunens geografiske område som har betydning for kommunen. 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 vurdere om det er risiko- og sårbarhet utenfor kommunen som har betydning, samt ta stilling til om denne type kjedereaksjoner også bør være en del av ROS-analysen, det vil si at en krise skaper en ny krise eller en ny form for sårbarhet.

## 4 SMITTEVERNUTSTYR

### 4.1 REVISJONSKRITERIER

---

Det foreligger ikke lovverk som inneholder detaljerte krav til hvor mye smittevernutstyr kommunene må ha på lager. I helseberedskapsloven § 2-2, fjerde ledd fremgår det at departementet kan gi forskrift om krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, herunder sette krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr, og til øvelser og opplæring av personell.

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>23</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>24</sup>

- 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.)

#### **På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:**

- Kommunen bør ha planer for å sikre tilstrekkelig smittevernutstyr.
- Kommunen skal ha tilgang til tilstrekkelig smittevernutstyr slik at brukere og ansatte ikke utsettes for unødig smittefare.

---

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

<sup>24</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging>

Hva som er «tilstrekkelig» vil vurderes opp mot utstyrsbehov, nasjonale forventninger og sammenligner med andre kommuner.

## 4.2 INNLEDNING

---

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

Lagerkapasiteten i de fleste land var på det tidspunktet begrenset, med unntak av Finland, som hadde store beredskapslagre av både smittevernutstyr og legemidler.<sup>25</sup> Mange land ville holde på eget utstyr, også produsentlandene, og prisene steg og de aller fleste norske kommuner manglet munnbind og annet smittevernutstyr senvinteren 2020.<sup>26</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.

## 4.3 SMITTEVERNUTSTYR I PLANVERK

---

Kommunen har ifølge plan for helsemessig og sosial beredskap hansker og munnbind tilstrekkelig for å håndtere en krise-situasjon i 14 dager. Annet engangsutstyr er usikkert. I en krisesituasjon vil en ifølge planen tenke gjenbruk på en helt annen måte enn det en gjør til vanlig. Ifølge ressursoversikten i planen er det ikke opprettet eget kommunalt beredskapslager utover det som finnes på lager ved legekantorene, bo- og aktivitetssentrene, legevakten og helsestasjonene. Sykehjemmene og legevakten har medisin lager for ca. to uker normal forbruk.

I pandemiplanen står det at nødvendig utstyr som MP3-masker, smittefrakk, hansker og håndsprit må anskaffes. Ifølge kommunens tiltaksplan ved pandemi<sup>27</sup> skal innkjøp/ distribusjon av smittevernutstyr koordineres. Planen viser til tiltakskort i plan for helsemessig og sosial beredskap som sier at kommunen ikke har opprettet eget kommunalt beredskapslager utover det som nevnes over i plan for helsemessig og sosial beredskap.

---

<sup>25</sup> <https://www.dagsavisen.no/debatt/kommentar/pandemirustning-i-nordiske-farger-1.1695269>

<sup>26</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>27</sup> Kilde: Pandemiplan Gjesdal kommune

## 4.4 OVERSIKT OVER SMITTEVERNUTSTYR

Avdelingsleder for fysio- og ergoterapiavdelingen ble tildelt hovedansvaret for smittevernutstyret i kommunen i slutten av mars. Hun deler ansvaret med rådgiver for helse og velferd. Leder fysio- og ergoterapiavdelingen er ansvarlig for:

- Oversikt over utstyr
- Bestilling av utstyr
- Rapportering til statsforvalter om beholdning

### 4.4.1 MANGEL PÅ SMITTEVERNUTSTYR I STARTEN

Det foreligger ingen eksakt oversikt over hvor mye smittevernutstyr kommunen hadde før og under nedstengningen. Vi får opplyst at situasjonen i starten var uoversiktlig ettersom hver avdeling har eget lager for smittevernutstyr og mange avdelinger er spredd rundt i kommunen. Ansvarlig for smittevernutstyr oppgir at kommunen manglet både visir og hårnett på sykehjemmet under nedstengningen. Dugnadsånden i kommunen ble aktivisert i denne perioden og det var flere bedrifter som blant annet tilbød vernebriller.

Det ble etter hvert bestemt at kommunene skulle rapportere inn tilgjengelig smittevernutstyr til Statsforvalteren. I figur 5 viser vi hvor mye utstyr Gjesdal kommune hadde fra starten av april 2020 til uke 38 (14. -20. september).

Figur 5: Oversikt over smittevernutstyr

Smittevernutstyr	Uke 14	Uke 18	Uke 22	Uke 27	Uke 32	Uke 35	Uke 38	Økning (%)
Smittefrakk	165	250	843	1135	2200	2381	2328	1311 %
Stellefrakk	400	750	1269	500	3900	6481	6200	1450 %
Åndedrettsvern FFP2	0	0	180	110	130	150	150	15000 %
Åndedrettsvern FFP3	0	0	20	44	24	24	24	2400 %
Hansker	18000	25900	51400	46800	56600	35650	13700	-24 %
Visir og briller	1	248	227	702	846	1180	1180	117900 %
Kirurgiske munnbind	1050	5620	6765	18775	18625	20900	20150	1819 %
Operasjonsluer	0	900	1050	2150	3050	3190	3090	309000 %

Kilde: Gjesdal kommune.

Av tabellen ser vi at Gjesdal kommune hadde svært begrenset av de fleste utstyrstypene i starten av april 2020, og at det har vært en betydelig økning i alle utstyrstypene bortsett fra hansker.

## Statlig medvirkning

I 2020 og et lite stykke ut i 2021 var det en statlig ordning for innkjøp av smittevernutstyr<sup>28</sup>. Ordningen ble etablert den 6. mars 2020, og Sykehusinnkjøp HF fikk ansvar for å kjøpe inn smittevernutstyr og legemidler<sup>29</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. Det er etablert et nasjonalt beredskapslager i forbindelse med koronapandemien<sup>30</sup>. I normaltid bestiller kommuner smittevernutstyr selv, mens Sykehusinnkjøp HF har ansvar for å skaffe utstyr til sykehusene.

Kommunen har et lager som de ulike avdelingene og legekantorene kan hente utstyr fra og vi får opplyst at kommunen følger de nasjonale føringer og har lagerkapasitet på 8 måneder<sup>31</sup>. Per november 2020 får vi opplyst at kommunens lagerrom er fullt og det er funnet nye rom til bruk av lagerlokale, et på Solås- og et på Ålgård bo- og rehabiliteringssenter. I starten var det ansvarlig for smittevernutstyr samt et par til som skulle hente utstyr og levere til de som meldte fra om behov. Per november 2020 kan utstørsansvarlig på den enkelte avdeling i kommunen ta ut utstyr til enhver tid. Vi får opplyst at ansvarlig for smittevernutstyr ikke til enhver tid har total oversikt over tilgjengelig utstyr på hvert lager og at de som henter ut utstyr noterer dette på et skjema som henger på døren inn til lagerrommene. Opplysningene blir hentet inn og det beregnes hva som er igjen etter at avdelingene har utført bestillingene til NorEngros. Det rapporteres til fylkesmannen hvis det er endringer i lagerbeholdningen.

---

<sup>28</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-smittevernutstyr---tilbake-til-vanlige-ansvarsforhold/>

<sup>29</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>30</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>31</sup> November 2020.



Ansvarlig for smittevernutstyr har ikke opplevd bekymring i kommunen knyttet til tilgjengelig smittevernutstyr etter at ordningen med leveranse fra nasjonalt lager ble opprettet. I intervju med kommunalsjef og virksomheter innen helse og velferd får vi opplyst at kommunen opplevde mangel på utstyr i starten av pandemien, at de rasjonerte på utstyr i første fase samt at det var regler for når en kunne bruke utstyr. Flere opplyser at kommunen manglet system for smittevernutstyr og at dette gikk bedre når en dedikert person fikk ansvar for dette.

Avdelingsleder for Mestringssenteret oppgir at mangel på smittevernutstyr kunne ha fått alvorlige konsekvenser særlig hvis det hadde kommet et skikkelig utbrudd. De ble selv påvirket ved at de måtte være sparsommelige med utstyr. Eksempelvis brukte en kun munnbind i mars ved påvist smitte mens en nå<sup>32</sup> ved injeksjoner bruker munnbind både på ansatt og bruker.

Ansvarlig for smittevernutstyr har oppgitt at hun har gitt innspill til kommunen i forhold til at kommunen burde ha et stort felles lager for smittevernutstyr som avdelingene kan hente ut utstyr fra. Da kan en få oversikt over hva den enkelte avdeling henter av utstyr samt at en kan unngå at utstyr går ut på dato ved at det eldste utstyret blir brukt først. I januar 2021 var felles smittevernutstyrslager tema i smitteverngruppa og det fremgår at Helse og velferd vil endre på organiseringen rundt smittevernutstyr. Endringen innebærer at kommunen bør ha et hovedlaget og en person bør ha ansvaret for bestilling av alt utstyr.

### **Sammenligninger med Strand kommune**

I tabell 3, 4 og 5 har vi sammenlignet smittevernlageret i Gjesdal med smittevernlageret i Strand kommune. For å gjøre sammenligningen pedagogisk og oversiktlig har vi valgt ut tre uker, en uke i starten av pandemien, en uke etter sommerferien og en uke våren 2021. Begge kommunene rapporterer på et befolkningsgrunnlag på 12 000 innbyggere.

Tabell 3 viser estimert lagervarighet for smittevernutstyr i uke 15 i 2020. Lagervarigheten oppgis i uker og er av helsedirektoratet beregnet ut fra tilgjengelig utstyr sett opp mot forventet forbruk<sup>33</sup>. I juli gav Helsedirektoratet og fylkesmennene kommunene fargekodene grønn, gul og rød, alt etter hvor mange uker lageret varte<sup>34</sup>. Mindre enn to ukers lagervarighet gav rødt, under fem ukers lagervarighet gav gult og over fem uker gav grønt.

---

<sup>32</sup> Oktober 2020.

<sup>33</sup> Det er helsedirektoratet som beregner lagervarigheten, som er beregnet ut fra lagerbeholdning delt på forventet forbruk i kommende uke.

<sup>34</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 lagre, f.eks. rød på to uker eller mindre lager (Kilde: Epost fra seniorrådgiver i Helsedirektoratet, 26.02.21).

Tabell 3: Estimert lagervarighet (målt i uker) for uke 15 (2020) for Gjesdal og Strand kommune

Utstyrstype	Gjesdal	Strand
Åndedrettsvern FFP2	-	26,5
Åndedrettsvern FFP3	-	-
Hansker	3,9	18,36
Kirurgiske Munnbind	49	29,25
Operasjonsluer	-	32,2
Øye Visir Brilller	-	13,4
Smittefrakk	12	16,2
Stellefrakk	2,86	13,84

Kilde: Statsforvalteren

I starten av april 2020 (uke 15) ser vi at Gjesdal ligger på rødt og gult for de fleste utstyrstypene, mens kirurgiske munnbind og smittefrakk er på grønt nivå. Bortsett fra for kirurgiske munnbind har Strand kommune en bedre estimert lagervarighet for alle utstyrstypene i uke 15.

Tabell 4 og 5 viser faktisk lager for Gjesdal og Strand kommune i uke 34 i 2020 og uke 9 i 2021. Differansen viser hvor mye mer eller mindre utstyr det var i Gjesdal kommune i forhold til Strand kommune.

Tabell 4: Lagerbeholdning i Gjesdal og Strand, uke 34 (2020)

Utstyrstype	Gjesdal	Strand	Differanse i prosent
Åndedrettsvern FFP2	130	246	-89 %
Åndedrettsvern FFP3	24	578	-2308 %
Hansker	35550	30000	16 %
Kirurgiske Munnbind	18360	24200	-32 %
Operasjonsluer	3040	8480	-179 %
Øye Visir Brilller	822	1390	-69 %
Smittefrakk	2073	3610	-74 %
Stellefrakk	3800	4930	-30 %

Kilde: Statsforvalteren

Tabell 5: Lagerbeholdning i Gjesdal og Strand, uke 9 (2021)

Utstyrstype	Gjesdal	Strand	Differanse i prosent
Åndedrettsvern FFP2	160	486	-204 %
Åndedrettsvern FFP3	24	544	-2167 %
Hansker	144 150	665 100	-361 %
Kirurgiske Munnbind	28 166	165 200	-487 %
Operasjonsluer	2900	72350	-2395 %
Øye Visir Brilller	2129	5975	-181 %
Smittefrakk	25237	9834	61 %
Stellefrakk	2000	11377	-469 %

Kilde: Statsforvalteren

Rapporteringen på faktisk lager viser at Strand kommune har betydelig mer utstyr enn Gjesdal kommune både i uke 34 og i uke 9 (2021) bortsett fra når det gjelder hansker i uke 34 og smittefrakker i uke 9 (2021).

## Opplæring

Det er ikke gjennomført kommunalt arrangert opplæring innenfor bruk av smittevernutstyr under pandemien, men vi får opplyst at flere avdelinger har hatt praktisk kurs på avdelingene i bruk av smittevernutstyr.

## 4.5 VURDERING OG LÆRINGSPUNKTER

I likhet med resten av nasjonen, ble også Gjesdal tatt på sengen når koronapandemien kom til landet. Gjennomgangen viser at kommunen på det tidspunktet ikke hadde et lagersystem som ga oversikt over samlet beholdning av smittevernutstyr, det var heller ingen som hadde ansvar for utstyr totalt sett. Hver enkelt virksomhet hadde egne lager og innkjøpere. I slutten av mars 2020 fikk avdelingsleder for fysio- og ergoterapiavdelingen tildelt hovedansvaret for smittevernutstyret i kommunen og fikk blant annet ansvar for å ha oversikt over smittevernutstyr samt å rapportere til Statsforvalteren. Hun deler ansvaret med rådgiver for helse og velferd.

Det foreligger ingen eksakt oversikt over hvor mye smittevernutstyr kommunen hadde før og under nedstengningen og situasjonen oppgis å ha vært uoversiktlig. Vi får opplyst at sykehjemmet manglet både visir og hårnett under nedstengningen. Første rapportering til Statsforvalteren i starten av april 2020 viser at kommunen hadde et svært begrenset lager for smittevernutstyr. I den første fasen ble utstyrsmangelen løst gjennom dugnadsånd og rasjonering. Etter noen uker fikk kommunen kontroll på situasjonen og oppgir at de ikke har opplevd bekymring etter at ordningen med leveranse fra nasjonalt lager ble opprettet. Lagerrommet ble fullt og en måtte finne nye lokaler for oppbevaring. Lagerlokalene oppgis å være lite egnet og gjør det vanskelig å bruke det eldste utstyret først. Ettersom noe av utstyret har begrenset

holdbarhet kan en risikere at noe av utstyret går tapt. Kommunen har heller ikke egnet logistikksystem, og manuelle beregninger gjør det vanskelig å ha oversikt over tilgjengelig utstyr til enhver tid. Felles smittevernutstyrslager var tema i smitteverngruppa i januar 2021 og det fremkommer her at kommunen bør ha et hovedlaget og at en person bør ha ansvaret for bestilling av alt utstyr.

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. Gjesdal kommune lå i uke 9 i 2021 langt over dette minimumskravet for alle utstyrstyper det er rapportert for.

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>35</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. 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.

Kommunens pandemiplan sier at nødvendig utstyr som MP3-masker, smittefrakk, hansker og håndsprit må anskaffes samt at innkjøp/ distribusjon av smittevernutstyr må koordineres. Men det står ingenting 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>36</sup>. Det står

---

<sup>35</sup> <https://www.aftenposten.no/norge/i/qLa12w/i-et-rom-her-satt-opproerte-leger-de-hadde-akkurat-faatt-vite-at-de-had>

<sup>36</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

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>37</sup>. Etter vår vurdering er det nødvendig at kommunen har en oversikt over nødvendig utstyr og hvor dette er lagret. Det er sannsynligvis mest naturlig å ha dette som et vedlegg til pandemiplanen (eller beredskapsplanen), og ikke i selve pandemiplanen, ettersom mengden av utstyr trolig vil endre seg relativt hyppig.

## 5 ORGANISERING OG SAMARBEID

### 5.1 REVISJONSKRITERIER

---

På et overordnet plan er det lagt til grunn fire prinsipper for alt beredskapsarbeid:

- Likhetsprinsippet innebærer at organiseringen man opererer med til daglig og den som benyttes i beredskapssituasjoner skal være mest mulig lik.
- Ansvarsprinsippet innebærer at den som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon, også har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for å håndtere beredskapssituasjoner innenfor det samme området.
- Nærhetsprinsippet innebærer at beredskapssituasjoner organisatorisk skal håndteres på lavest mulig nivå.
- Samvirkeprinsippet innebærer at det stilles krav til at enhver organisasjon har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging og håndtering av beredskapssituasjoner.

I henhold til forskrift om kommunal beredskapsplikt § 5 bør det etableres samarbeid mellom kommuner om lokale og regionale løsninger av forebyggende og beredskapsmessige oppgaver, med sikte på best mulig utnyttelse av de samlede ressurser.

#### **På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:**

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

---

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>37</sup> Se Nasjonale faglige råd ifm. Pandemiplanlegging, 13. november 2019

## 5.2 INNLEDNING

---

I denne delen ser vi nærmere på den overordnede beredkapsorganiseringen under en pandemi, det vi si kommunal smitteverngruppe (pandemiplan) og kriseledelse/ overordnet beredkapsledelse.

En langvarig og dynamisk krise som håndteringen av koronapandemien kan imidlertid gjøre det krevende å ivareta de grunnleggende prinsippene for beredkapsarbeid på en likeverdig måte. Eksempelvis kan ansvars- og nærhetsprinsippet utfordres om beredkapsarbeid og krisehåndtering sentraliseres – det vil si løftes oppover i linjeorganisasjonen. Design av en effektiv beredkapsorganisasjon må balansere flere hensyn. Normalt inngår tre hovedelement: Kriseledelse/beredkapsledelse (strategisk nivå), beredkapsstaben (operasjonelt nivå med beredkapsjefen) og tjenesteområdene (taktisk nivå). Fordelingen av beslutningsfullmakter avgjør hvor hovedtyngden av krisehåndteringen foregår: Sentralisert der ledelse og beredkapsstab 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 beredkapsledelse gjennom stab, og like klart må det være når man går tilbake til linjeledelsen.<sup>38</sup> På denne bakgrunn kan en tenke seg to ulike organisasjonsmodeller ifm. krisehåndteringen:

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

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

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

## 5.3 ORGANISERING

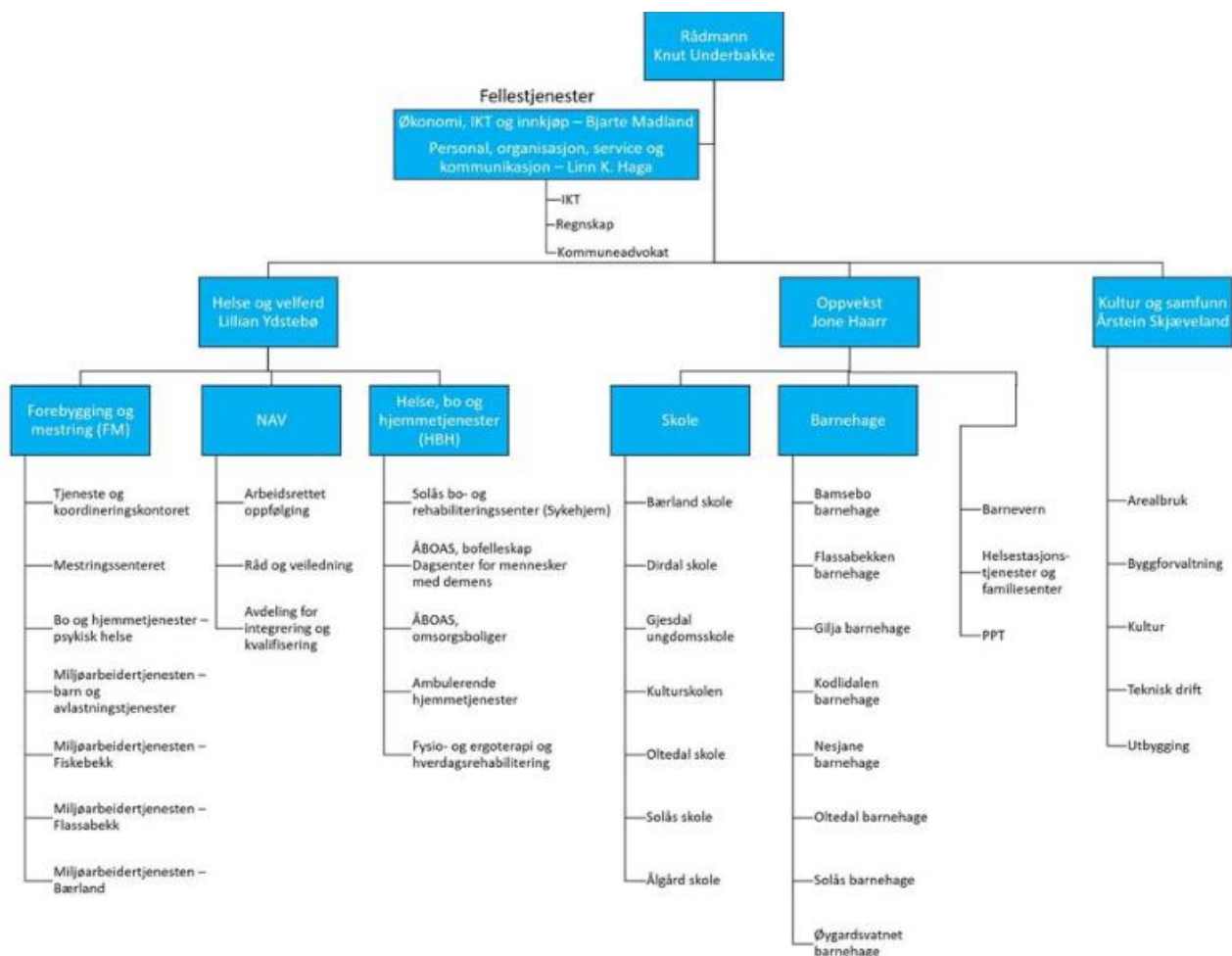
---

Figur 5 viser organisasjonskart for Gjesdal kommune.

---

<sup>38</sup> Jf. Bjelland, B. og E. R. Nakstad (2018): *Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid*. Oslo: Gyldendal.

Figur 5: Organisasjonskart Gjesdal kommune:



Kilde: Gjesdal kommune

Arbeidet med beredskap i kommunen er organisert under kommunalområdet *Kultur og samfunn*. Kommunen er en tre-nivå-modell med rådmann, kommunalsjefer og avdelingsledere, noe som innebærer at den enkelte leder har et stort handlingsrom. Ifølge kommunens ROS-analyse skal denne modellen sørge for at organisasjonen er fleksibel og kan ivareta utfordrende situasjoner. Kommunens avdelingsledere har fått opplæring i samfunnssikkerhet og beredskap og det skal være en felles forståelse for at kriser skal håndteres på lavest mulig nivå med det personalet som til daglig.

### Smitteverngruppe

Ifølge kommunens pandemiplan skal det opprettes en kommunal smitteverngruppe om planen aktualiseres. Smitteverngruppen ble opprettet 4. mars 2020. Smitteverngruppen består av kommuneoverlege/ faglig leder smitteverngruppe, kommunalsjef Helse og velferd/ administrativ leder smitteverngruppe, virksomhetsleder Helse-, bo- og hjemmetjenester, rådgiver og koordinator beredskap Helse og velferd, kommunikasjon og informasjonsansvarlig, personal- og organisasjonssjef samt virksomhetsleder for Helsestasjonstjenester og Familiesenter/ representant for tjenestområdet oppvekst. Andre deltakere kan kalles inn behov.

Møtefrekvensen har vært avhengig av situasjonsbildet og saker meldes inn fortløpende på Teams. I starten var det ukentlige møter. Formålet med møtene er å drøfte saker og avklare problemstillinger hvor det er nødvendig med kommuneoverlegens kompetanse. Kommunalsjef Helse og velferd har ansvar for å sortere saker for riktig disponering av kommuneoverlegens tid:

- Sak svares ut uten behov for konsultering kommuneoverlege
- Behov for umiddelbar avklaring med kommuneoverlege – kommunalsjef kontakter kommuneoverlege per telefon
- Sak sendes til kommuneoverlege for avklaring per mail
- Sak legges inn til møte

Smitteverngruppens hovedoppgaver:

- Gjennomgang av utfordringsbildet/smittesituasjon
- Avklaringer og informasjon fra samarbeidsmøter med SUS og nabokommuner rundt tiltak
- Avklaringer rundt rutiner
- Avklare spørsmålstillinger og råd som skal gis til befolkningen og organisasjonen knyttet til covid-19
- Avklare uklarheter knyttet til råd og føringer fra FHI og helsedirektoratet
- Drøfte problemstillinger fra kommunen eller tjenesteområdenes beredskapsledelser

Eksempelvis var blant annet følgende tema på første møte 4. mars 2020: Forberedelse til smittesporingsarbeid, plan for utvidelse av testkapasitet og oppfølging i helse- og omsorg, plan for omdisponering av bemanning til Helse- og omsorgstjenestene, råd til befolkningen samt smittevernutstyr.

### **Beredskapsledelsen**

Kommunen satte beredskapsledelse 12.03.2020. Beredskapsledelsen skal lede og koordinere kommunens beredskapsarbeid og består av kommunedirektør, ordfører, beredskapskoordinator, personal- og organisasjonssjef, kommunalsjef Helse og velferd, kommunalsjef Oppvekst, kommunalsjef Kultur og samfunn, kommuneoverlege, økonomisjef, kommunikasjon- og informasjonsansvarlig/ næringsjef, økonomisjef, varaordfører, hovedverneombud, hovedtillitsvalgt fagforbundet. Andre blir innkalt ved behov, eksempelvis rådgivere og virksomhetsledere.

Fra starten hadde beredskapsledelsen møter hver morgen, eventuelt flere ganger om dagen mens alle tjenesteområdene hadde daglige møter. Etter at beredskapsledelsen var satt fikk næringsjef ansvaret som kommunikasjonsansvarlig i forhold til koronasituasjonen og det ble opprettet en gruppe for å ivareta oppgaven. Kommunikasjonsteamet består av kommunikasjonsansvarlig, medlem fra politisk sekretariat og digitaliseringsansvarlig. Gruppen avklarer hva som bør formidles og i hvilken kanal informasjonen skal presenteres. Informasjonskildene er i hovedsak nasjonale myndigheter og interne føringer som blant annet besluttes i smitteverngruppen og beredskapsledelsen. Kommunikasjonsarbeidet rettes i all hovedsak mot fire målgrupper:

- Innbyggere, næringsliv og lag og foreninger, med vekt på innbyggere



- Tjenestemottakere og foresatte
- Ansatte i kommunen
- Media

Kommunen benytter ulike kanaler for å kommunisere med de ulike målgruppene. Nettsiden er kommunens hovedvalg overfor innbyggerne, mens enkeltsaker også blir løftet frem i sosiale medier som Facebook og Instagram.

Prinsippene om ansvar, likhet, nærhet og samvirke ligger til grunn for Gjesdal kommunes sikkerhets- og beredskapsarbeid<sup>39</sup>. Det betyr at den etaten som har ansvar for et fagområde i en normalsituasjon også har ansvaret for å håndtere ekstraordinære hendelser på området, at organiseringen i krisesituasjon skal være mest mulig lik den daglige organiseringen, at kriser skal håndteres på lavest mulig nivå og at alle etater og enheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med andre relevante aktører. Kommunens beredskapsplan bygger på enhetlig ledelsessystem (ELS) som betyr at små, store, kortvarige og langvarige kriser håndteres etter samme system, men med ulik grad av differensiering. Ved mindre hendelser vil alle oppgaver og funksjoner knyttet til håndtering av hendelsen bli ivaretatt av én leder med vedkommendes tilgjengelige resurser. Ved større hendelser må oppgaver delegeres for ikke å miste oversikten, ved store kriser vil det være nødvendig å utvide støtteapparatet ytterligere. Kommunens beredskapsarbeid har gjennom hele pandemien vært en integrert del av driften, det vil si en desentralisert modell. Kommunen har ikke en stor stab og må i stor grad stole på at linjene håndterer krisehåndteringen parallelt med at en sikrer drift. Det vil si at de fleste har gjort det de kan best i en ny setting. Kommunalsjefer og virksomhetsledere har hovedsakelig uttalt seg positivt til kommunens organisering under pandemien. Kort avstand mellom nivåene oppgis som positivt for kommunikasjon og samhandling på tvers. Det trekkes også frem som positivt at den enkelte leder har hatt et nokså stort handlingsrom innenfor tiltakene fra statlige myndighetene. I intervjuene som ble gjennomført høsten 2020 med ulike virksomhetsledere innen oppvekst og Helse og velferd opplyste flere at pandemien så langt i all hovedsak hadde vært en øvelse og flere var usikre på om en hadde klart å sikre driften hvis kommunen hadde fått større smitteutbrudd. Vi får opplyst på oppstartsmøte at en tar en del risiko i Gjesdal ettersom en ikke har noe valg av økonomiske hensyn og i forhold til bemanning.

Per 1. mars 2021 har ikke Gjesdal kommune hatt noen lokal forskrift, men kommunen har flere ganger kommet med lokale anbefalinger samt felles tiltak med Klepp, Time og Hå kommune. På felles beredskapsmøte med Time, Klepp og Hå kommune er arbeidet med å forberede en eventuell forskrift satt i gang.

## 5.4 BRUK AV CIM SOM KRISESTØTTEVERKTØY

---

Håndtering av en krise innebærer behov for informasjon, kommunikasjon, samhandling og koordinering på tvers. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har etablert CIM som støtteverktøy for beredskap og krisehåndtering. Ifølge kommunens overordnede beredskapsplan

---

<sup>39</sup> Kilde: Gjesdal kommunes beredskapsplan

får beredskapsledelsen, personell i sekretariat og servicesenteret, kommunikasjonsstjeneste og informasjonstjeneste opplæring i CIM og skal bruke det i krisesituasjon. Gjesdal kommune har vedtatt å bruke CIM til loggføring, utarbeidelse av pressemeldinger og rapportering til fylkesmannen. Kriseledelsen har tilgang til programmet og kan via CIM ha oversikt over tiltak, avgjørelser, oppgaver og ulike meldinger som gis og mottas. Verktøyet benyttes av statsforvaltningen, kommuner og fylkeskommuner. CIM er modulbasert og inneholder en rekke deler, for eksempel hendelseslogg, rapportert, planverk og mediehendelser/mediesvar.

Kommunen har kun brukt CIM når det gjelder rapportering til Statsforvalteren. Per 14. april 2021 er det lagret 94 rapporter i CIM under hendelsen *Covid-19 utbrudd*. Siste rapport er datert 12.04.2021. Til selve krisehåndteringen har kommunen brukt andre digitale plattformer som eksempelvis Teams og Outlook, som har fungert som arenaer for informasjon og samhandling innenfor ulike tjenesteområder, og på tvers av ulike tjenesteområder. Det trekkes frem at dette er plattformer en bruker til vanlig og som dermed er med på å normalisere krisesituasjonen. Vi får opplyst at CIM oppleves som arkaisk, lite brukervennlig og lite funksjonelt, særlig i kriser av slik langvarig art som koronapandemien. Samtidig hevdes det at CIM fungerer godt som krisestøtteverktøy i forbindelse med korte og intensive hendelser, som brannen på Sola flyplass.

## 5.5 SAMARBEID

---

I løpet av pandemien har det foregått samarbeid på ulike nivå i de forskjellige tjenesteområdene i kommunen, eksempelvis har vi inntrykk av at barnehager og barneskoler har samarbeidet godt seg i mellom og at de har delt erfaringer mellom skoler og mellom barnehager. At Gjesdal er en BTI kommune trekkes frem som avgjørende når det gjelder å kartlegge sårbare barn og unge, dette kommer vi tilbake til i kapittel 7. Rektor ved ungdomsskolen opplyser at de har vært i kontakt med andre ungdomsskoler på Jæren som de har hatt kontakt med tidligere gjennom Jærsamarbeidet.

Koronaviruset tar ikke hensyn til kommunegrenser. Et felles bo- og arbeidsmarked på Jæren betyr at smitte i en av kommunene fort kan få konsekvenser for nabokommunene. Av rapporteringen til Statsforvalteren fremgår det at kommunen i flere tilfeller, hvor den har gitt spesielle smittevernråd/ anbefalinger til innbyggerne, har diskutert disse med Time, Klepp og Hå kommune i forkant.

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, statsforvalteren, fylkeskommunen, helseforetak og sentrale myndigheter, om situasjonen krever det.

Hva som menes med «regionalt» er imidlertid ikke entydig. Gjesdal har beredskapssamarbeid med nabokommunene, legevakt med Sandnes, Gjesdal og Sandnes deler kommunelege og inngår i Helse Stavangers opptaksområde og helsefelleskap som omfatter Sør-Rogaland og deler av Ryfylke. I intervjuene fremgår det at kommuneoverlegen har hatt stor betydning for kommunens

håndtering av pandemien. Han beskrives som en enorm trygghet og han har vært tilgjengelig gjennom hele pandemien. Kommunelegen har vært ansvarlig for smittehåndteringen lokalt og har sørget for at Gjesdal har vært koblet på det som har skjedd på Nord-Jæren<sup>40</sup>. Under pandemien samarbeider Gjesdal med Sandnes, Klepp, Time og Hå om luftveislegevakt og teststasjon på Klepp. Et øyeblikkelig hjelp-tilbud er etablert som interkommunalt samarbeid hvor også Klepp, Time og Hå deltar. Tilbudet er lokalisert i Sandnes sammen med legevakt og døgnbemannet brannstasjon og ambulansetjeneste. Kommunen har et psykososialt kriseteam og avtaler om bistand med akutteamet fra Jæren DPS (Bryne) og Sandnes legevakt.

Ifølge kommunes ROS-analyse samarbeider Gjesdal kommune uformelt med nabokommunene Sandnes, Time, Klepp og Hå om deler av arbeidet med samfunnssikkerhet og beredskap. Det har vært et samarbeid både i forbindelse med utarbeidelse av noen ROS-scenarier, opplæringstiltak og kontaktmøter med nødetater. Det er disse kommunene som er mest aktuelle for å søke bistand hos i en krisesituasjon. Kommunen har interkommunal beredskapsgruppe med Hå, Klepp og Time kommune. Gjennom hele pandemien har Jærkommunene hatt egne beredskapsmøter hvor beredskapskoordinator og andre aktuelle personer har deltatt. Her samarbeider kommunene på tvers og drar nytte av kunnskap og erfaringer fra hverandre. Beredskapskoordinator oppgir at samarbeidet med Jærkommunene har vært viktig under pandemien. Kommunen har hatt hyppige møter med Statsforvalteren gjennom hele pandemien. Samarbeidet oppgis som viktig og at de har vært flinke til å stille opp og hjelpe når ting skjer.

Gjennomgangen i alle de fire kommunene tyder 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 Gjesdal og 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.

## 5.6 VURDERING OG LÆRINGSPUNKT

---

Selv om alle planene ikke var oppdatert da pandemien brøt ut har vi inntrykk av at kommunen visste hvordan de skulle rigge seg og at organiseringen har fungert. Kommunens faktiske beredskapsorganisering i forbindelse med 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. Gjesdal har brukt linjen, og krisehåndteringen har i stor grad blitt gjort i samsvar med likhetsprinsippet. Kommunen har ikke en stor stab med mye ressurser, de må i stor grad stole på at linjene håndterer det, i tråd med ansvarsprinsippet. En av fordelene med en desentralisert modell er at det er nær kobling mellom de som normalt har ansvar for tjenestene og krisehåndteringen. Dette trekkes frem som positivt i så godt som alle vi har intervjuet i forbindelse med prosjektet. Ulempen med en slik modell er at drift og krisehåndtering veves tett sammen, og driften kan bli sårbar når beredskapsnivået er høyt. I intervjuene fremkommer det at enkelte virksomheter er usikre på om de hadde klart å sikre drift hvis smittetrykket i kommunen hadde vært høyere. Rødt nivå på skolene trekkes frem som svært

---

<sup>40</sup> Kilde: Årsmelding 2020 Gjesdal kommune

utfordrende å gjennomføre på grunn av bemanning. I intervjuene fremkommer det at parallell drift og krisehåndtering har vært en enorm påkjenning for enkelte virksomhetsledere og ansatte ettersom krisen har vart så lenge.

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

Det ville etter vår vurdering ikke vært hensiktsmessig å bruke CIM når kun et fåtall nøkkelpersoner var kyndige i å bruke det. Å jobbe i systemene man var kjent med synes å ha vært en mer fornuftig løsning enn å bruke tid på opplæring i CIM midt oppi krisehåndteringen. Erfaringen fra andre kommuner er også at andre verktøy har fungert bedre enn CIM. Dette skyldes delvis systemets funksjonalitet som samhandlingsverktøy, og delvis at mengden av dokumenter ville blitt altfor stor. Et annet aspekt er at systemet ikke er spesielt godt egnet til å sortere og filtrere informasjon. Gjennomgangen vår viser også at det i en langvarig krise kan være vanskelig å vurdere hva som skal inn i CIM og hva som ikke skal inn. Det er eksempelvis meget store forskjeller mellom kommunene med hensyn til 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.

Intern organisering og koordinering av innsatsen er også i tråd med samvirkeprinsippet. Kommunens håndtering av koronasituasjonen har ført til et godt samarbeid internt i kommunen men også eksternt. Gjennomgangen tyder på at kommunen stort sett har vært flinke til å dele informasjon internt og bruk av teams trekkes frem av mange som en suksessfaktor når det gjelder informasjonsdeling, dette kommer vi tilbake til i kapittel 7.

Kommunens regionale samarbeid har bidratt til å styrke den samlede krisehåndteringen og til å skape en mer ensartet krisehåndteringspraksis i regionen. Kommunen har interkommunal beredskapsgruppe med Hå, Klepp og Time kommune. Gjennom hele pandemien har Jærkommunene hatt egne beredskapsmøter hvor beredskapskoordinator og andre aktuelle personer har deltatt. Her samarbeider kommunene på tvers og drar nytte av kunnskap og erfaringer fra hverandre. Kommunen har legevakt med Sandnes, Gjesdal og Sandnes deler kommunelege og Gjesdal inngår i Helse Stavangers opptaksområde og helsefelleskap som omfatter Sør-Rogaland og deler av Ryfylke. I intervjuene fremgår det at kommuneoverlegen har hatt stor betydning for kommunens håndtering av pandemien. Han beskrives som en enorm trygghet og han har vært tilgjengelig gjennom hele pandemien. Kommunelegen har vært ansvarlig for smittehåndteringen lokalt og har sørget for at Gjesdal har vært koblet på det som har skjedd på Nord-Jæren. Luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp har også vært avgjørende for kommunens håndtering av pandemien.

Gjennomgangen i alle de fire kommunene tyder 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.

## 6 TILTAK INNENFOR KOMMUNENS HELSETJENESTE

### 6.1 REVISJONSKRITERIER

---

Smittevernloven § 7-1.

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

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

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

Smittevernloven pålegger således kommunene et ansvar for å iverksette smitteverntiltak ved smittsomme sykdommer for å sikre liv og helse. Staten har regulert innholdet i disse virkemidlene fortløpende i den såkalte Covid-19-forskriften.<sup>41</sup> Videre har statlige helsemyndigheter gitt anbefalinger til kommunene om utformingen av disse tiltakene.<sup>42</sup> I tabell 6 har vi beskrevet ansvaret smittevernloven og Covid-19 forskriften pålegger kommunene mht. til TISK-kapasitet og andre smitteverntiltak.

---

<sup>41</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470>

<sup>42</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus>

Tabell 6: Smitteverntiltak og kommunalt ansvar fastsatt i lovverk og anbefalinger.

Tiltak	Beskrivelse	Lov/forskrift
Tidlig oppdaging av smittede og rapportering	Meldingsplikt/ varslingsplikt om smittede Testing for å finne smittede Gi informasjon til grupper med økt smitterisiko Ha oversikt over sykdomsomsfanget	MSIS-forskriften, Smittevernl § 2-3 Anbefaling, § 6c i covid-19-forskrift Smittevernl §§ 7-1, 7-2 Smittevernl §§ 7-1, 7-2
Raskt isolere syke	Tilgang på legemidler/ smittevernutstyr Isolering hjemme dersom det er mulig For øvrig finne sted for isolering på egnede steder	Helseberedskapsl. § 2-2 <sup>43</sup> Smittevernl kapittel 5 Covid-19 forskriften kap. 2
Smitteoppsporing	Iverksette sporing for å begrense videre smitte	Smittevernl § 3-6
Karantene	Innskrenke bevegelsesfrihet til mulige smittede inkludert reisende fra utlandet	Smittevernl § 4-3 Covid-19-forskriften kap. 2
Kontakt-reducerende tiltak i befolkningen	Iverksette kontaktreduserende tiltak for å forsinke/slå ned smittespredningen Stenge skoler, barnehager, arrangementer, utesteder mv. og gi råd om bruk av transport Reiserestriksjoner Unngå unødvendige utenlands-/innenlandsreiser	Smittevernl § 4-1, a-e Covid-19 forskriften kap. 4 og 5 Covid-19 forskriften, kap. 2 Anbefaling
Generelle hygienetiltak	Informasjon om avstand, hånd- og hostehygiene, være hjemme hvis syk, og redusere nærkontakter	Anbefaling
Beskyttelsestiltak i risikogrupper	Beskyttelsestiltak i helse- og omsorgstilbud Skjerming av personer i risikogrupper	Anbefaling Anbefaling
Informasjon til befolkningen	Opplysnings- og kommunikasjonstiltak	Forskrift kommunal beredskap § 4 Smittevernl. §§ 7-1, 7-2

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen skal sørge for at bemanning og kapasitet i forhold til TISK-virkemidlene er tilstrekkelige til å identifisere smittede personer, isolere dem på egnede steder, smittesporer nærkontakter og sette mulig smittede personer i karantene.
- Kommunen har implementert kontaktreduserende tiltak og beskyttelsestiltak i helse- og omsorgstilbud – blant annet i sykehjem - som har skjermet brukere i risikogrupper.

Hva som inngår i tilstrekkelig TISK-kapasitet fremkommer av delkapittel 6.3.

## 6.2 INNLEDNING

En problemstilling i prosjektmandatet er å undersøke de tiltak Gjesdal 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.

<sup>43</sup> Departementet kan gi forskrift om krav til beredskapsforberedelsene og beredskapsarbeidet, herunder sette krav til driftssikkerhet, lagring av materiell og utstyr, og til øvelser og opplæring av personell.

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-helsetjenesten, herunder TISK-kapasiteten. Ved lokale utbrudd vil det da være nødvendig å supplere målrettede TISK-tiltak med mer generelle befolkningstiltak for å unngå stort smittetrykk.

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>44</sup> TISK som strategisk grep, er fulgt opp i regjeringens Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid19-pandemien vedtatt 10. juni.<sup>45</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 FHIs Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen<sup>46</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>47</sup> Ytterligere informasjon til kommunene om TISK kom i brev fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til ordførerne 4. september.<sup>48</sup> Det er også gitt informasjon om kommunenes bruk av personellressurser i forhold til TISK 19. august. Målet med å bygge opp kommunenes TISK-kapasitet, har vært å unngå mer inngripende og kostbare befolkningstiltak som rammer mange, ikke bare mulig smittede personer. Det viktigste virkemiddelet for å unngå store utbrudd er å teste alle som kan være smittet og spore opp

---

<sup>44</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/>

<sup>45</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/73a60433276240bb9247a00ecc8b23c7/beredskapsplan-covid-19-oppdateret-desember-2020-hbrj.pdf>

<sup>46</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

<sup>47</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>48</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/4fdc181035d94db687a5174aeae2b0fb/brev-til-landets-ordforere-om-oppfolging-av-tisk-strategien-og-finansiering.pdf>

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 (se [vedlegg](#)).

TISK-strategien er altså blitt konkretisert over tid, og det har betydd at råd og krav til kommunene har endret seg over tid. Når vi skal vurdere Gjesdal 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.

### 6.3 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 Gjesdal har klart å bygge opp en tilstrekkelig TISK-kapasitet til å kunne håndtere et større smitteutbrudd.

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



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

## 6.4 ORGANISERING AV TESTING

---

Kommunens pandemiplan sier følgende om når pandemi varsles:

- *Legevakten (Sandnes legevakt) må forberede seg på økt tilgang i telefonhenvendelser. For å håndtere økt pågang, hindre smittespredning via venterommet på legevakten og gi et utvidet tilbud til befolkningen kan det bli aktuelt å opprette en egen pandemilegevakt, hvor et større legekontor leies etter vanlig arbeidstid, som kommunen har ansvar for å betjene. Pasienter blir triagert og henvist til legekantoret via telefonkontakt med legevakten.*
- *Fastleger, for å øke ø-hjelps beredskap skal fastleger redusere antall planlagte kontroller og øke antall ø-hjelps timer. Pasienter med mistenkt influensa skal tas imot enten i begynnelsen eller slutten av kontortiden for å redusere smittespredning. Av samme grunn kan det også bli nødvendig med økt antall hjemmebesøk, men det må avveies mot kapasitetsproblemer ved stor pasientpågang. Fastlegene vil også bidra med psykososial omsorg som ledd i legeoppfølgingen*

I forbindelse med koronapandemien er det etablert en felles luftvegslegevakt for Gjesdal, Sandnes, Klepp, Time og Hå. Hensikten med dette var å unngå få Covid 19-smitte inn i de ordinære legevaktene og hos fastlegene. Luftvegslegevakten er lokalisert på Kleppetunet og var i drift fra 16. mars 2020. Før dette skulle alle koronatester tas på Sandes legevakt.

Beslutningen om en interkommunal luftveislegevakt ble tatt fredag den 13.03.20 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.

Leder for legevakten i Klepp og Time kommune har ansvar for å koordinere personell fra alle de fem kommunene som er med i samarbeidet på Kleppetunet. Hun oppgir at det har medgått mye tid til å planlegge turnus og finne folk.

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 har det vært 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>49</sup>. Disse er fordelt slik:

- 8.14 sykepleiere ved luftveislegevakten
- 5.4 ved teststasjonen
- 3 merkantil stilling
- 1,92 for ledelse/administrative funksjoner

Det er i tillegg 37 vikarer som er knyttet til luftvegelegevakt 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).

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>50</sup>. Kommunene fordeler kostnadene etter folketall. Når ansatte fra de ulike kommunene bemanner teststasjonen trekkes dette fra beløpet som betales, det vil si når kommunene betaler lønnen for den ansatte. Gjesdal kommune har siden august 2020 ikke hatt personell som har jobbet fast på teststasjonen. Vi får opplyst fra kommunalsjef helse og velferd at det ble krevende å avgi personell til luftveislegevakten. Høsten 2020 ble det derfor ansatt eget personell til luftveislegevakten i vikariater. 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 endringar 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 smittevernustyr. I november «satte» organisasjonen seg og det var da man fikk den nåværende faste bemanningen..

## 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

---

<sup>49</sup> Rapport 1 Luftvegslegevakt og teststasjon, 2020.

<sup>50</sup> Rapport 1 Luftvegslegevakt og teststasjon, 2020.

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>51</sup>.

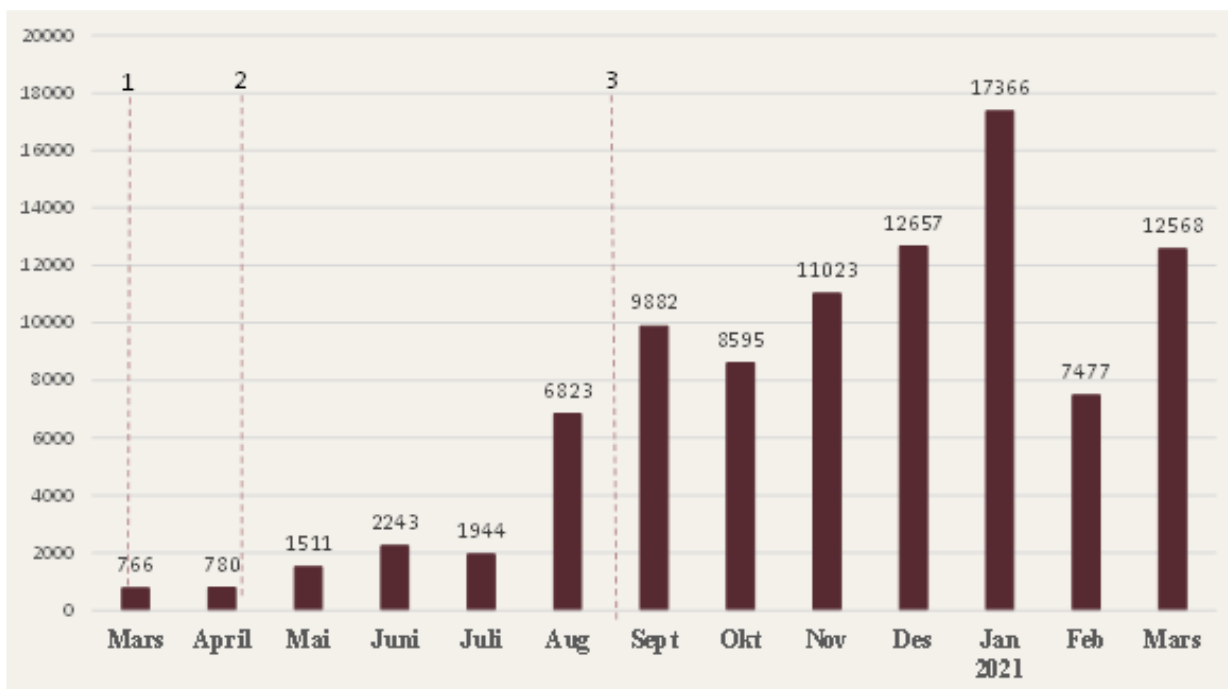
Per midten av mars 2021 har antallet som har testet seg variert veldig. Toppen kom etter jul, hvor opp mot 900 testet seg hver dag den ene uken.

På Klepp har man utarbeidet en beredskapsplan for økt smitte i samfunnet og ved utbrudd på luftveislegevakten og teststasjonen. På bakgrunn av denne har man gjort beregninger mht. hvor mange tester som er mulig å gjennomføre per dag. Resultat: Testkapasitet på 1500 per døgn, (dvs. 7 prosent av befolkningen)<sup>52</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>53</sup>.

## Testing

Det er Folkehelseinstituttets kriterier som hele tiden har avgjort hvem som kan testes. Dette har endret seg underveis i koronaperioden. I figur 6 viser vi utviklingen i antall tester per måned ved teststasjonen på Klepp. Dette er tall for alle de fem samarbeidskommunene.

Figur 6: Antall testede i perioden mars 2020 til mars 2021



Kilde: Teststasjonen på Klepp

<sup>51</sup> Opplyst i intervju den 12.03. Leder av luftveislegevakt.

<sup>52</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>53</sup> Intervju 12.03.2020.

De stiplede linjene 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.

Gjesdal og Sandnes kommune var de 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. 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>54</sup>.»

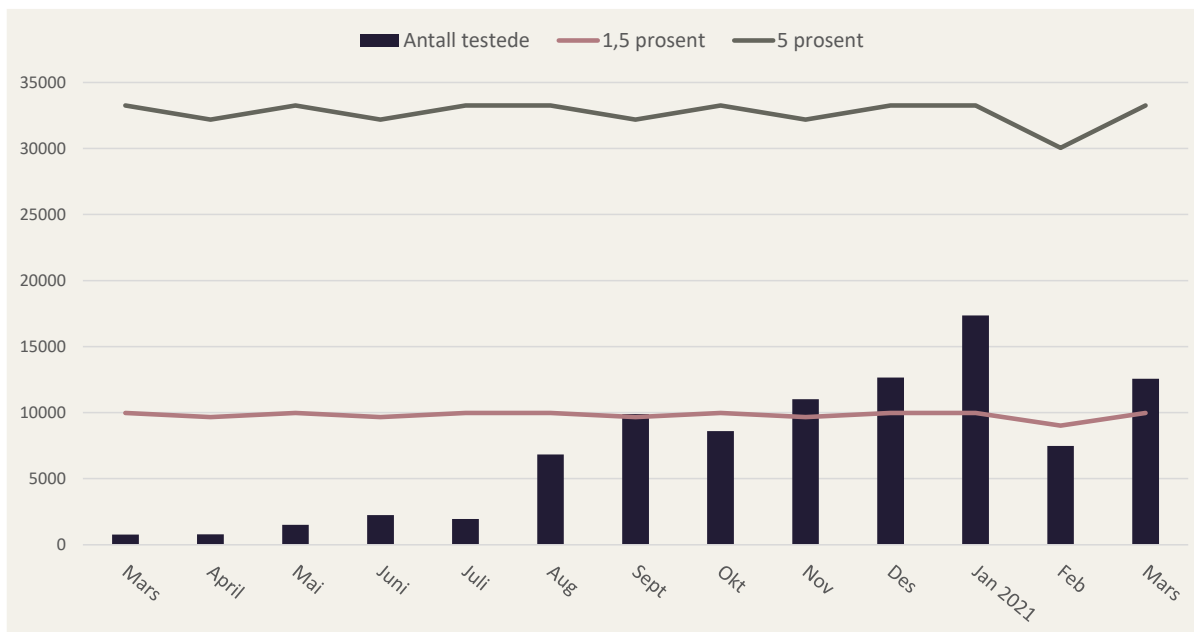
Det bør presiseres at det også gjennomføres en viss koronatesting på sykehuset, ved sykehjemmene og ved Sandnes legevakt. Men det er luftveislegevakten som tester hoveddelen av innbyggerne i de fem kommunene, og utviklingen ville vært tilnærmet lik om vi hadde inkludert de andre tallene.

I figur 7 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.

---

<sup>54</sup> Tilbakemelding i epost den 08.04.21.

Figur 7: Antallet faktisk testede per måned sett opp mot kapasitetskravene på 1,5 og 5 prosent



Kilde: Teststasjonen på Klepp

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 det rekord i antall testede med 931 personer. Dette utgjør 4,3 prosent.

### Ventetid på testsvar

En viktig forutsetning for å kunne gjennomføre en rask smittesporing er at man får raske testsvar 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 testsvar. Det har som regel gått raskt å få svar på koronatestene<sup>55</sup>. SUS har et mål om å sende svarene innen 24 timer, noe de som oftest klarer. I januar var det veldig mye 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».

<sup>55</sup> Intervju med leder for Luftveislegevakt den 12.03.20

## 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.

## Suksessfaktorer

I årsmeldingen og i intervju pekes det på en del suksessfaktorer, dvs. faktorer som har vært nødvendig for at luftveislegevakten på 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.
- God struktur, arbeidsflyt og logistikk på teststasjon.
- Flexibilitet med hensyn til rask oppskalering av testkapasitet fordi det er opprettet en stor vikarpool med innsatsvillig personell.
- Kraftigere og mer solide testtelt fra høsten.
- Godt interkommunalt samarbeid mellom legevaktene.
- God rådgiving og samarbeid fra kommuneoverlegekollegiet i alle kommunene.

## 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. 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 med at legenes status ble endret fra selvstendig næringsdrivende til fastlønnede. Alle disse tingene tok uforholdsmessig mye tid, og spiste av tiden 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.»

## 6.5 SMITTESPORING

---

### 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 smitteoppsporingsteamet.

### Organisering

I perioden mars 2020 til august 2020 var det helsesykepleiere som var smittesporere i kommunen. For å skåne tjenester til barn og unge ble dette arbeidet flyttet fra helsesykepleiere og over til ansatte som ikke jobber med barn og unge. I Sandnes kommune var det primært kommunelegene som gjorde smittesporingsarbeidet i denne perioden. Etter hvert fikk de bistand fra andre, i perioder av representanter fra helse- og velferdsstaben, og i andre perioder fra helsesykepleiere. Fra september 2020 har smittesporingsteamet i kommunen vært organisert under tjenesteområdet Helse og velferd. Virksomhetsleder for helse-, bo- og hjemmetjenester ble fra samme tid leder for smittesporingsteamet og har dette som del av sin virksomhetslederstilling.

I perioden september 2020 til starten av november 2020 var det fire personer som hadde ansvar for smittesporing i kommunen. I denne perioden hadde de fire smittesporerne en ukes turnus med vakttelefon i kombinasjon med vanlige jobber. På grunn av mer smitte i kommunen og utfordringer med å opprettholde ordinære jobber i kombinasjon med å ha vakttelefon ble ordningen endret fra november 2020. Fysioterapeut i Frisklivssentralen gikk ut av sin ordinære stilling og ble 100 prosent dedikert til smittesporingsarbeidet hvis behov. Fra november 2020 har det vært åtte personer i smittesporingsteamet i kommunen, inkludert leder. Det er utarbeidet egen turnus for smittesporingsarbeidet. Turnusen sier noe om hvem som har ansvar den enkelte dag. Ved større hendelser kalles det inn ekstra personell. Det sendes da ut melding til medlemmene i teamet, og man sjekker hvem som har mulighet til å bistå ekstra. Det er til enhver tid to personer tilgjengelig.

Medlemmene i smittesporingsteamet er per januar 2021 hovedsakelig ansatte som jobber i reduserte stillinger og har fått en midlertidig økning i stillingsstørrelse, samt heltidsansatte som har blitt delvis frigjort fra sine ordinære jobber for å arbeide med smittesporing. De ansatte har blitt omdisponert fra:

- Frisklivssentral
- Psykisk helse og rusvern
- Ulike omsorgsboliger
- Andre kommuner

Smittesporingsteamet i Gjesdal holder til i egne lokaler som muliggjør både individuelle telefonsamtaler og fellesmøter. Det har vært informasjonsmøter for potensielle smittesporere for å fortelle hva smittesporingsarbeidet går ut på. Alle nye smittesporere gjennomgår et e-læringskurs som en del av opplæringen. I rolige perioder får smittesporerne mulighet til å sette seg inn i systemer og få mer opplæring. I tillegg får vi opplyst at nye smittesporere alltid arbeider sammen med erfarne smittesporere for kunnskapsoverføring. I intervju får vi opplyst at en må drive smittesporing i praksis for å bli drevet og at en alltid har smittevernoverlegen i bakhånd ved medisinske spørsmål. Smittevernoverlegen oppleves som tilgjengelig. I Gjesdal kommune har stort sett alle smittesporerne treårig høyskoleutdanning.

Vi får opplyst i intervju med ansvarlig for smittesporing at ordningen fungerer godt slik den er organisert per i dag<sup>56</sup>, men at det er gjort endringer underveis for å få det til å fungere. Det trekkes frem at hennes tilgjengelighet og dedikerte ansvar er avgjørende for at det har fungert eksempelvis ved de to utbruddene på sykehjemmet. Det oppleves utfordrende for smittesporerne som arbeider med smittesporing innimellom å få en helhet. At en person er 100 prosent dedikert til ansvaret og kan koordinere arbeidet oppgis som avgjørende. Koordinering og samhandling med beredskapsledelsen oppgis som god og det trekkes frem som positivt at det er kort vei til toppen. Ved utbruddet på Solåsheimen ble eksempelvis ansvarlig for drift av smittesporingen kalt inn i beredskapsmøte. Vi får opplyst at arbeidsbelastningen til smittesporerne i kommunen har vært varierende, men høy i perioder med mange smittede. Ifølge ansvarlig for smittesporing har de vært flinke til å avlaste hverandre.

## **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. Gjesdal, Stavanger, Sandnes og Strand.

Det er ikke noe formalisert samarbeid mellom kommunene om smittesporing. Men 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.

---

<sup>56</sup> Mars 2021



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. En ulempe med å organisere smittesporingen slik det gjøres i dag oppgis å være at nærkontakter som overføres til kommunen har fått ulike beskjeder, eksempelvis angående om en må testes en eller to ganger ved karantene.

## 6.6 AVSTAND, KARANTENE OG ISOLERING

Ifølge kommunens pandemiplan følger kommunen nasjonale anbefalinger under pandemien. Isolering skal så langt som mulig og medisinsk hensiktsmessig skje i pasientens eget hjem.

Figur 8 viser skillene mellom almene råd om avstand, karantene og isolering.

Figur 8: Almene råd om avstand, karantene og isolering



Kilde: FHI

## Utvikling i antall isolerte og antallet i karantene

Figur 9: Oversikt over antall isolerte i 2021



Kilde: Rapportering smittesporing uke 14

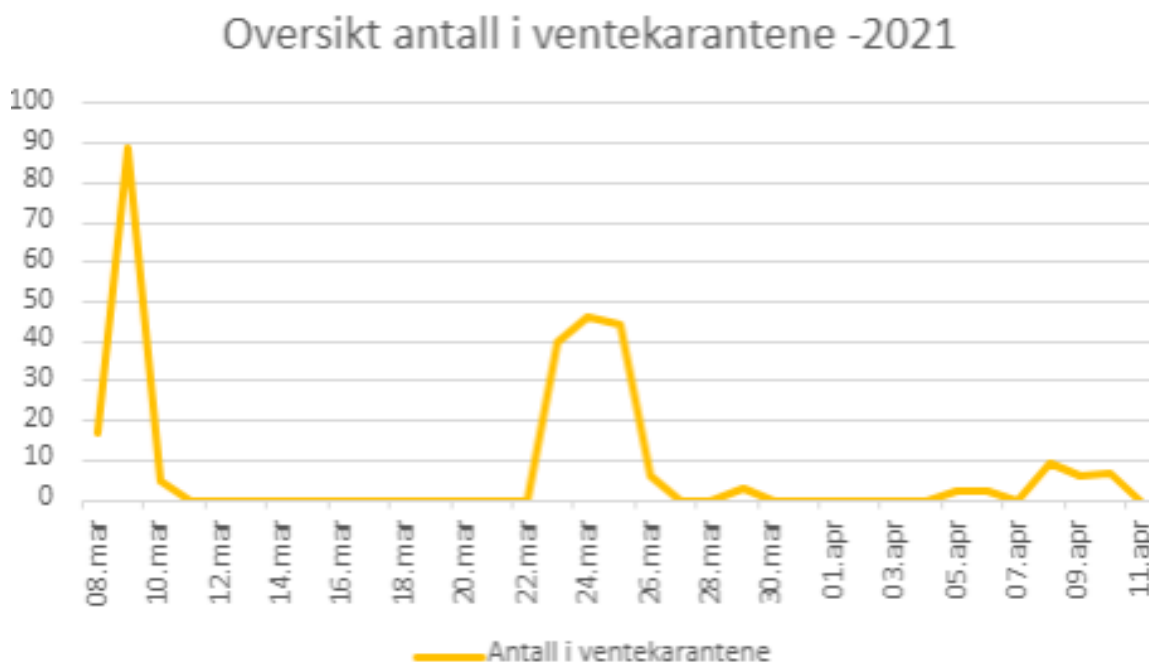
Kommunen har oversikt over antall isolerte fra november 2020, da rapporteringen til Statsforvalteren startet.

Figur 10: Oversikt over antall i nærkontaktkarantene i 2021



Kilde: Rapportering smittesporing uke 14

Figur 11: Oversikt over antall i ventekarantene fra 8. mars 2021- 11. april 2021



Kilde: Rapportering smittesporing uke 14

### Beredskapsboliger

Kommunen er pålagt å ha et botilbud for smittede innbyggere som bor i tette husstander og ikke har mulighet til å holde seg isolert fra resten av familien i eget hjem. Gjesdal kommune har brukt Kongeparken camping for innlosjering av folk som har hatt behov for botilbud utenfor fast bosted i forbindelse med pandemien. Denne ordningen får vi opplyst at kommunen har hatt siden ca. oktober 2020. Det er smittesporerne som har ansvar for praktiske avklaringer knyttet til logistikken rundt beredskapsboligene. I intervju per mars 2021 får vi opplyst at ordningen har fungert bra og at hyttene har blitt klargjort i løpet av kort tid. Ordningen har blitt benyttet ca. åtte ganger. Dette er hovedsakelig tilfeller hvor en smittet bor i bolig med andre uten to bad.

### Tilsyn

I et brev av 3. juli 2020 minner Helsedirektoratet om at kommunen «..har ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner overholder de tiltak de er pålagt i form av karantene og isolasjon, og at virksomheter følger de smittevernfaglige kravene og veiledere som til enhver tid gjelder for ulike bransjer. Tilsyn vil kunne ha god preventiv effekt mot smittespredning<sup>57</sup>».

Vi får opplyst av beredskapskoordinator at Gjesdal kommune kom i innreiseregisteret til Rogaland brann og redning, miljørettet helsevern, 25.04.21, for kontroll av innreisekarantene. Dette er en samordning av kontroll av innreisekarantene med flere kommuner som er medeiere i

<sup>57</sup>Ansaret 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

Rogaland brann og redning IKS. Det er 12 kommuner i Sør-Rogaland som nylig startet opp felles karantenehotell med innreisekarantene gjennom å engasjere en gruppe politipensjonister som jobber på oppdrag fra miljørettet helsevern i Rogaland brann og redning. Ordningen ble opprettet 13. april 2021. Da var seks kommuner med i innreiseregisteret. Rogaland brann og redning gjorde to kontroller 26.04.21 i kommunen, den ene på bopel, den andre ved telefon oppringning. Vi får opplyst at den første ble funnet ok, mens det ikke var svar på telefonoppringningen. Det var amerikansk telefonnummer og telefonsvarer.

Kommunen har ikke per 27.04.21 hatt noen form for tilsyn om hvorvidt enkeltpersoner har overholdt regler for karantene og isolasjon. Vi får opplyst av beredskapskoordinator at smittespringsteamet har hatt daglig kontakt med personer i isolasjon, og hyppig kontakt med personer i karantene. I telefonsamtalene har man gjennomgått reglene ved karantene og isolasjon for å forsikre om at reglene blir overholdt. I tillegg har kommunen ved tips om personer som muligens ikke overholdt karanteneplikten sjekket ut dette i egne registre og funnet at de dette gjaldt hadde testet positivt tidligere og derfor var unntatt karanteneplikten.

## 6.7 VURDERING TISK

---

Felles interkommunal legevakt og teststasjon på Klepp startet opp den 16.03.2020. Frem til denne datoen foregikk testingen i Gjesdal kommune først og fremst på Sandnes legevakt.

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.

Beredskapsløsningen bestod av at kommunene skulle opprette andre teststasjoner, enten på andre legevakter eller andre steder, dersom behovet meldte seg.

Antall testede har økt kraftig. Eksempelvis ble det testet 23 prosent flere innbyggere i januar 2021 enn hele det første halvåret til sammen i 2020. 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. TISK-strategien er sentral for å bekjempe koronapandemien og testing er en av kjerneoppgavene i TISK-strategien. Lykkes man i dette arbeidet, unngår man også svært omfattende og inngripende smitteverntiltak. Luftveislegevaktene og testasjonene er blant kjernetroppene i kommunenes og nasjonens koronahåndtering. Dersom det skulle komme en ny pandemi, eller behovet på nytt vil melde seg, er det viktig at luftveislegevakten og teststasjonen får tilstrekkelig administrativ støtte, slik at de kan konsentrere seg om kjerneoppgavene sine.

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.

Smittesporerne er blant kjernetroppene i landets og kommunenes koronahåndtering, i likhet med de som jobber på luftveislegevakten og teststasjonen. Gjennomgangen viser at kommunen har bygget opp et nokså solid og fleksibelt smittesporingsteam, som er i stand til rask opp- og nedskalering av smittesporingen, i takt med endrede behov. Men det tok relativt lang tid før man sikret en god og solid organisering av smittesporingen. Det har vært mye oppmerksomhet knyttet til at helsesykepleiere ble omdisponert til smittesporingsarbeid i starten av pandemien. 17. april 2020 ba Helsedirektoratet kommunene om å opprettholde eller gjenopprette et normalt helsetilbud til barn og unge. I Gjesdal var det helsesykepleierne som utførte smittesporingen i kommunen til og med august måned. Ved store smitteutbrudd kunne dette ha vært sårbart for tilbudet til barn og unge. Fra september 2020 ble organiseringen av smittesporingsteamet flyttet til Helse og velferd og virksomhetsleder for helse- og hjemmetjenester ble leder for teamet som bestod av fire smittesporere som jobbet en ukes turnus hver med smittesporing i tillegg til ordinære jobber. Da smitten i kommunen økte viste det seg at dette var en for sårbar ordning som ikke hadde kapasitet til å håndtere en rask smitteoppblomstring i kombinasjon med ordinære jobber. I november har vi inntrykk av at teamet satte seg, størrelsen på teamet ble doblet og en person gikk ut av sin ordinære stilling og ble 100 prosent dedikert til smittesporingsarbeid. At en person er 100 prosent dedikert til ansvaret og kan koordinere arbeidet oppgis som avgjørende for å få oversikt over smittesporingsarbeidet. En tilgjengelig smittevernoverlege i bakhånd til medisinske spørsmål samt god koordinering og samhandling med beredskapsledelsen oppgis også som viktige suksessfaktorer.

Gjennomgangen tyder på at nøkkelpersonene i teamet har blomstret under oppbyggingen av egen organisasjon. Også her ser det ut til at 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 smittesporingsteam ved en eventuell ny pandemi eller et nytt større smitteutbrudd.

Læringspunkt:

- Oppdatere planverket slik at TISK-virkemidlene inngår som et permanent beredskapstiltak. Planverket i kommunen (smittevernplan/pandemiplan) bør være mer konkrete når det gjelder bruk av TISK-virkemidler, det vil si hvordan testing og smittesporing skal organiseres og foregå ved mindre eller større smitteutbrudd/pandemier. Dette må ses i sammenheng med et permanent lager for smittevernutstyr. Helseberedskapsplanene bør ta høyde for to typer pandemier – én hvor det ikke foreligger vaksine og én hvor det etter kort tid vil foreligge vaksine. Man bør også i planverket være mer konkret når det gjelder hvordan karantene og isolasjon skal foregå, og hva man eksempelvis gjør dersom det ikke er mulig å gjennomføre isolasjon eller karantene i eget hjem.

Mens luftveislegevakten og testingen er et interkommunalt samarbeid, er smittesporing håndtert av kommunene alene. Slik har det vært i alle våre undersøkte kommuner, det vil si Gjesdal, Stavanger, Sandnes, Strand. 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 avklare om også 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.

Kommunene har ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner faktisk er i karantene og isolasjon. Dette har så langt ikke vært praktisert i Gjesdal, men vi får opplyst at kommunen har daglig kontakt med personer i isolasjon og hyppig kontakt med personer i karantene. Vi anbefaler kommune å føre tilsyn med enkeltpersoner som er i isolasjon og karantene gjennom stikkprøver. Dette vil kunne ha god preventiv effekt mht. smittespredningen. Stikkprøvene kan målrettes, for eksempel ved at en velger ut bestemte risikogrupper.

Det er positivt at kommunen kom i innreiseregisteret til Rogaland brann og redning, miljørettet helsevern, 25.04.21, for kontroll av innreisekarantene. Ut ifra hvor lenge pandemien har vart er dette nokså sent. Ifølge intervjuer i Stavanger kommune har regelverket for innreisekarantene vært for diffust tidligere til at tilsyn var hensiktsmessig. Trondheim kommune har derimot hatt 5-6 politipensjonister det siste året som har utført tilsyn og påstår at det er noe av forklaringen på lav smitte i området.

## 6.8 UTVALGTE VIRKSOMHETER INNEN HELSE OG VELFERD

Vi har intervjuet kommunalsjef Helse og velferd, konstituert avdelingsleder ved Solås bo- og rehabiliteringssenter, avdelingsleder for Mestringssenteret og avdelingsleder Bo- og hjemmetjenester, psykisk helse og rus. Informasjonen i dette delkapitlet er hovedsakelig hentet fra disse intervjuene.

I forbindelse med koronapandemien opprettet kommunen en oversikt over ansvars- og oppgavefordelingen i beredskapsledelsen Helse og velferd. Her fremgår det hvem som har ansvar for hva. Beredskapsledelsen Helse og velferd består av kommunalsjef, virksomhetsleder helse, bo og hjemmetjenester, virksomhetsleder Forebygging og mestring, virksomhetsleder NAV, kommuneoverlege, rådgiver og beredskapskoordinator helse og velferd.

### Tiltak innen helse og velferd

Kommunen har ikke en egen oversikt som viser alle tiltakene som har vært iverksatt til enhver tid under pandemien. Siden mars 2020 har det blitt iverksatt mange ulike tiltak i de ulike avdelingene og de er endret flere ganger underveis i tråd med utviklingen i smittesituasjonen og statlige smittevernregler og -råd, for eksempel har ulike dagsenter og aktivitetstilbud vært stengt, og andre perioder hatt åpent, men med et begrenset antall deltakere.

Kommunens retningslinjer for besøk på sykehjem er tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Her legges det også ut oppdatert informasjon om besøk på sykehjem og omsorgsboliger basert på smittesituasjonen i kommunen. Tiltakene har variert med ulike faser i pandemien, eksempelvis ble det innført strenge besøksrestriksjoner ved nedstengningen 12. mars som gradvis ble åpnet mot sommeren 2020.

Tabell 7: Retningslinjer for besøk på sykehjem per mars 2021

#### Retningslinjer for besøk på sykehjem i Gjesdal kommune

- Sykehjemmene praktiserer besøkskontroll og har derfor låste inngangsdører.
- Alle som ønsker å besøke sine pårørende skal gjøre forhåndsavtale om besøk. Dette gjelder bare for de som ikke er fullvaksinert.
- Avtaler gjøres på telefon 476 66 417 (2. etg) og 900 26 684 (3. etg) etter kl 10.00. Vi oppfordrer til å ringe i god tid før ønsket besøk.
- Alle som ønsker å besøke pårørende må være friske uten tegn på sykdom.
- Kommuneoverlegen har bestemt at det ikke skal være mer enn 2 personer på besøk samtidig til en beboer. Dette praktiseres strengt.
- Besøkstiden er 10.30-13.00 og 16.30-19.00. Om besøkstiden er vanskelige å overholde kan det unntaksvis gjøres individuelle avtaler om andre tidspunkt.
- Alle besøkende skal utføre håndhygiene før og etter besøk.
- Besøkende skal gå rett til beboers rom og være der under hele besøket. Besøkende skal holde minst 1 m avstand til andre personer når de går til og fra rom i sykehjemmet.
- Besøk kan foregå ute dersom vær og beboers tilstand gjør det mulig.

- Pårørende som har vært utenfor Norge kan ikke komme på besøk de første 10 dager etter tilbakekomst til Norge. Pårørende som er definert som nærkontakt i forbindelse med et covid 19 tilfelle må også vente i 10 dager før de kan komme på besøk.
- Det er anledning til å ta med kaffe og mat til den som får besøk.
- Besøkende vil bli bedt om å registrere seg med navn og mobilnummer for å lette eventuell smittesporing. Opplysningene blir slettet etter ti dager.
- Brudd på disse besøksregler kan utsette både nærmeste pårørende og alle andre beboere på sykehjemmet for livstruende covid19 sykdom.

Gjesdal kommune forventer at besøksreglene respekteres. Ved alvorlig sykdom eller andre spesielle forhold vil det fortsatt bli brukt individuelt skjønn.

Kilde: Kommunens nettside.

I juli 2020 rapporterte kommunen til Statsforvalteren om hvilke besøksbegrensinger det var på sykehjem, omsorgsboliger og bofellesskap. Oversikten er å finne i [vedlegg](#).

Ifølge kommunalsjef helse og velferd var regelmessige møter i beredskapsledelsen samt beredskapsmøter med virksomhetslederne veldig viktig få på plass da koronasituasjonen ble akutt. Opprettelse av smitteverngruppe samt felles luftveislegevakt oppgis også som avgjørende. Kommunalsjef helse og velferd har inntrykk av at smitteverngruppe og luftveislegevakt har fungert veldig bra. Når det gjelder de andre tiltakene som ble satt inn så er det kun enkelrutiner som har blitt testet ettersom kommunen ikke har opplevd de store smitteutbruddene, og det dermed har blitt mer som en skrivebordsøvelse. Tiltak er gjort forskjellig fra institusjon til institusjon.

Det er virksomhetslederne innen helse og velferd samt beredskapsledelsen innen helse og velferd som er ansvarlig for å utarbeide kontinuitetsplaner og omprioriteringer. I kontinuitetsplanene fremgår blant annet hvordan etterspørselen vil påvirkes, hvilke brukere som er særlig avhengige av tjenestene, hvilke aktiviteter/ tjenester som er mest kritiske, hvilke beredskapstiltak som bør gjennomføres når viruset er i ferd med å etablere seg og hvordan virksomheten kan forberede seg på å håndtere selve krisen. Som tiltak når viruset er i ferd med å etablere seg i området står det blant annet; *spør tilkallingsvikarer og deltidsstillinger om hvor mye ekstrapasitet*<sup>58</sup>.

Vi får opplyst at Solås bo- og rehabiliteringssenter har fulgt de nasjonale retningslinjene og at nedstengningen ble opplevd som en lettelse ettersom de ikke følte de hadde kontroll på besøk i tiden før. Brukerne ble kategorisert i samarbeid med tilsynslege i forhold til hvem som kunne dra hjem og hvem som måtte være på Solås. Vi får opplyst at dette opplevdes vanskelig for mange, men at det var ingen som valgte å ta brukerne hjem. Hvordan en kunne legge til rette for de døende ble også diskutert med tilsynslege. Kontakt med pårørende over Facetime på Ipad oppgis som et av de viktigste tiltakene å få på plass etter nedstengningen. Ifølge konstituert avdelingsleder fungerte selve nedstengningen veldig bra og en møtte forståelse for tiltakene. Dette ble derimot vanskeligere etter hvert som tiden gikk og en gradvis kunne åpne litt opp, mens pårørende ønsket at de skulle åpne mer. Vi får opplyst at det har vært svært tidkrevende og at

---

<sup>58</sup> Kilde: Kontinuitetsplan Helse- bo og hjemmetjenester.



sykehjemmet har mottatt store mengder henvendelser. Det har også vært utfordringer knyttet til pårørende som ikke har overholdt smittevernreglene.

Mestringssenteret, som består av Fagteam psykisk helse, Fagteam rus, SMIÅ samt Miljøservice, gir tjenester på dagtid. Før nedstengningen kom i mars får vi opplyst at Mestringssenteret allerede hadde gjort en del tiltak knyttet til smittevern. Den viktigste endringen var at en prøvde å nå brukere som det var mulig å samtale med via telefon i stedet for at de kom fysisk. Hver primærkontakt informerte sine brukere. En del brukere foretrakk å få hjelp over telefon. Når det gjaldt brukere som ikke kunne hjelpes over telefon, eksempelvis på grunn av utlevering av medisiner, fikk Mestringssenteret føringer fra Helse Stavanger og gjorde lokale tilpasninger ut ifra det. De første ukene ble personalgruppen delt i to slik at halvparten hadde hjemmekontor. De ansatte har ikke tilgang til fagsystemet hjemmefra. Avdelingsleder oppgir at det har fungert greit å ha samtaler over telefon, men at det mest sannsynlig hadde blitt et problem hvis det var langvarig. Vi får opplyst at dette er sårbare brukere innen rus og psykiatri som også har somatiske utfordringer. Brukerne har gitt positive tilbakemeldinger til Mestringssenteret. Avdelingsleder oppgir at den enkelte leder har fått delegert ansvar til å ta lokale tilpasninger som har vært en fordel. Ettersom kommunen ikke opplevde store smittebrudd i mars/april opplevde avdelingsleder at de var godt forberedt, men er usikker på hvordan det hadde gått hvis det ikke gikk som det gjorde.

Bo og hjemmetjenester, psykisk helse og RUS (PHR) er døgnbemannet og brukerne her har som regel store hjelpebehov. Vi får opplyst at det er en liten avdeling som er lite avhengig av samarbeid med andre instanser. Det meste av samarbeidet med andre kunne tas på telefon. Tjenesten har brukt mye tid på samtaler med brukerne da pandemien ifølge avdelingsleder opplevdes vanskelig for mange. Avdelingsleder opplyser at de følte seg nokså godt forberedt på pandemien, de fikk mye informasjon, det ble gitt felles skriv til beboerne, de mottok plakater som skulle henges opp samt informasjon om ansatte som kunne flyttes rundt ved behov. Det forelå ikke kontinuitetsplaner da pandemien brøt ut, men dette er på plass nå. For avdelingen var det viktigste tiltaket å ha fokus på hvilke retningslinjer som gjaldt til enhver tid ettersom det var så mye informasjon. Det ble laget en egen teams gruppe hvor informasjonen som gjelder de ansatte kunne deles. Her kunne en også stille spørsmål. Det ble gjennomført samtaler med alle brukerne hvor det ble funnet en løsning som passet i forhold til helsetilstandens alvorlighetsgrad og brukerens ønsker. Flere hjemmebesøk ble endret til tur og noen ønsket heller samtaler over telefon eller teams. I en periode hadde deler av personalet hjemmekontor. Etter hvert som en kunne åpne mer opp har noen av brukerne valgt å fortsatt treffes på tur, og noen har valgt å treffes fysisk en gang i uken og resten på telefon. Noen av brukerne har erfart at de klarer seg bedre selv enn de trodde.

### **Kommunikasjon og samhandling**

Tilbakemeldingene fra virksomhetslederne tyder på at det har vært en tydelig ansvars og oppgavefordeling og at det er utarbeidet en tydelig plan for beredskapsledelsen for tjenesteområdene. Det har vært en krevende tid, mange hadde mange spørsmål, noen syntes det var mye informasjon å ta inn og nye/ endrede rutiner. Alle avdelingsledere samt kommunalsjef har hatt beredskapsmøte hver uke på teams hvor en kunne melde inn utfordringer og drøfte saker

Beredskapsmøtene for alle enhetslederne oppgis som gode for å ta opp utfordringer. Topplederen i Gjesdal oppgis som tett på og handlekraftig samtidig som virksomhetslederne har opplevd å ha fått delegert ansvar til å ta lokale beslutninger. En av avdelingslederne oppgir at det hadde vært en fordel om ting var mer samkjørt i kommunen ettersom hun opplever at de har jobbet mye hver for seg i forhold til hvordan ting har blitt utført. En annen avdelingsleder opplyser at det har medgått mye tid på diverse oppslag og lister.

Virksomhetslederne opplevde mest utfordringer knyttet til informasjonsflyten i gjenåpningen, men også en del i nedstengningsfasen. Dette spesielt knyttet til hjemmebaserte tjenester mens det opplevdes klarere på institusjon. Utydelig i forhold til hvor hardt kan en gå til verks, hvor store sjanser man kan ta.

Vi får opplyst av kommunalsjef Helse og velferd at kommunen innen helse og velferd per oktober 2020 siler mer i forhold til hva som sendes ut av informasjon ettersom mange nok opplevde at de fikk for mye informasjon i en periode. Dette for å unngå informasjonstrøtthet. Flere oppgir at det er positivt at kommunen har en kommunikasjonsansvarlig

### **Utfordringer og konsekvenser innen helse og velferd**

Kommunalsjef helse og velferd oppgir at en av de største utfordringene for kommunen, utenom økonomi, er at alt utviklingsarbeidet har stoppet opp og at alle utviklingstiltak og tjenestetiltak ble satt på vent. Dette setter kommunen litt tilbake i tid. I tillegg oppgis trøtthet hos ansatte og brukere som en stor utfordring. Brukere, pårørende og ansatte klarer å gi ekstra en periode, men ikke i det uendelige. Kommunalsjef oppgir og at mangel på personell har vært en stor bekymring. Kommunen har annonsert etter frivillige og helsepersonell. Vi får opplyst av kommunalsjef at det har vært gode rutiner på tjenesteområdene når det gjelder personal, turnusendringer er kommunisert og det har vært en klar oppfordring til personal om å være innstilt på å sikre drift samt at alle må bidra. Ved et skikkelig smitteutbrudd er kommunen avhengig av hjelp utenfra. Vi får opplyst at det i hjemmesykepleien er spesielt vanskelig å bemanne ved fravær og at det er ønskelig at de ansatte kjente hverandres jobber bedre. Avdelingsleder for Mestringssenteret oppgir at det foreligger kontinuitetsplaner inntil et visst nivå, men at det hadde vært en fordel med bedre samarbeid på tvers angående personell og en overflytningsplan som sa hvem de kunne få hjelp av samt hvem de kunne hjelpe hvis mange havnet i karantene eller ble syke. Leder for fysio- og ergoterapiavdelingen oppga og at hun savnet en plan for hvordan hun skulle omdisponere de ansatte. Vi får opplyst at alle var forberedt på å hjelpe til men at en ble sittende på vent.

*«Å øve på å stå i det en ikke vet og planlegge for ting vi ikke helt vet hva handler om, har så langt vært både den største utfordringen og lærdommen<sup>59</sup>.»* Dette uttalte avdelingsleder ved Solås sykehjem litt over en måned etter at pandemien startet. Besøksforbudet beskrives også som vanskelig og krevende. De første ukene med korona har i stor grad dreid seg om planlegging og forberedelser på det som kan komme.

---

<sup>59</sup> <https://www.gjesdal.kommune.no/tjenester/helse-og-velferd/lege-og-helsetilbud/lege/koronavirus/vi-skal-vare-stolte-over-det-vi-har-fatt-til.526140.aspx>

Vi har fått flere tilbakemeldinger om utfordringer knyttet til lokalene som brukes og at de i flere tilfeller skaper utfordringer knyttet til avstand og at det er vanskelig å skille personal for å unngå flere nærkontakter enn nødvendig. Med lokaler nevnes personalrom, pauserom, omkleddingsrom og generelt trange lokaler. Avdelingene tilbyr krevende tjenester og vi får opplyst at det for bo-personalet har vært utfordrende å ikke kunne møtes fysisk av og til. Lokalene til avdelingen satte begrensninger for dette særlig når kommunen innførte krav om to meters avstand mellom de ansatte.

## 6.9 VURDERING OG LÆRINGSPUNKT

---

Gjennomgangen viser at kommunen har implementert kontaktreducerende tiltak og beskyttelsestiltak i sitt helse- og omsorgstilbud, flere grep ble også gjort i forkant av nedstengningen. Beredskapsmøter med virksomhetslederne, kontakt med pårørende over Facetime og fokus på hvilke retningslinjer som var gjeldende til enhver tid, oppgis å være avgjørende å få på plass i virksomhetene da pandemien brøt ut.

Vi har inntrykk av at virksomhetene har tilpasset tjenestetilbudet etter gjeldende smittevernstiltak og at de har funnet gode løsninger i samarbeid med brukere og pårørende. Tilbakemeldingene fra virksomhetene tyder på at implementeringen av de ulike tiltakene hovedsakelig har gått fint, men at det har vært noen utfordringer. For det første har det vært utfordringer knyttet til bemanning og flere oppgir at de mest sannsynlig hadde fått utfordringer ved mange ansatte i karantene eller syke. Flere oppgir at det burde ha vært bedre samarbeid på tvers i kommunen angående personell samt en overflyttingsplan som konkretiserte hvem de kunne få hjelp av og hvem de selv skulle hjelpe ved behov. For det andre oppgir flere at lokalene deres har vært en utfordring, særlig for de ansatte, og at dette har begrenset deres muligheter for samarbeid. Dette gjelder særlig i perioden hvor det var anbefalt å holde to meters avstand.

Alle avdelingsledere samt kommunalsjef har hatt beredskapsmøte hver uke på teams hvor en kunne melde inn utfordringer og drøfte saker. Beredskapsmøtene oppgis å være en god samhandlingsarena. Tilbakemeldingene fra virksomhetslederne tyder på at det har vært en tydelig ansvars og oppgavefordeling, og at de har fått delegert ansvar til å ta lokale beslutninger. Vi får derimot tilbakemeldinger på at det har medgått mye tid på diverse lister og oppslag og at det hadde vært ønskelig om virksomhetene var mer samkjørt og delte mer mellom selv.

Læringspunkter:

- Kommunen bør utarbeide en konkret plan for hvordan ressurser innen helse og velferd kan omdisponeres for å kunne håndtere en langvarig krise.
- Kommunen bør sette i gang tiltak for å gjøre de ansatte innen helse og velferd bedre forberedt på å kunne omdisponeres til andre virksomheter ved behov.

# 7 TILTAK FOR Å IVARETA SÅRBARE BARN OG UNGE

## 7.1 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 vil være 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 mulig krise innenfor et annet. Håndteringen av koronapandemien innebar tidvis nedstengning og tidvis reduksjon av kommunens tilbud rettet mot barn og unge. De innførte smitteverntiltakene kan få omfattende konsekvenser for sårbare barn og unge, og deres familier.

I etterkant av nedstengningen av samfunnet ble det uttrykt bekymring fra mange hold om effektene på kort og lang sikt. Og det ble slått fast at sårbare barn også i krisetid skulle fanges opp, få hjelp og ivaretas<sup>60</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>61</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 inngripende 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*».

## 7.2 REVISJONSKRITERIER

---

Ifølge smittevernveileder for barnehager og skoler har barnehager og skoler en sentral rolle i å identifisere og følge opp utsatt barn og unge. De er også viktige for samarbeidet mellom helsestasjon- og skolehelsetjenesten, PPT, fastlege, barnevern, psykiske helsetjenester med flere. Noen barn og unge er allerede identifisert med særlige behov, mens andre kan ha behov for spesiell oppfølging som følge av smitteverntiltakene. Når skolen eller SFO er stengt eller har redusert åpnings- eller oppholdstid på grunn av tiltak etter smittevernloven, skal skoleeier sørge

---

<sup>60</sup> Kilde: Sårbare barn og unge – statusrapport nr. 1 fra koordineringsgruppe til barne- og familiedepartementet 20.04.

<sup>61</sup> Rapport nummer 11, side 5.

for et tilbud på dagtid til barn og unge med særlige behov. Skoleeier skal alltid vurdere om elever som får spesialundervisning skal få et tilbud på skolen. I tillegg kan det være elever som ikke kan ivaretas når disse tilbudene er stengt eller har redusert åpnings- eller oppholdstid, for eksempel barn som lever under vanskelige familieforhold. Ifølge veilederen er det også viktig å være oppmerksom på barn og unge som under normale forhold ikke ville vært utsatt. Skoleeier har ansvar for å kartlegge og vurdere hvem som har behov for et tilbud. Foreldre og elever skal ikke behøve å etterspørre et slikt tilbud. Veilederne sier videre at skoler og barnehager blant annet må etablere gode rutiner for samarbeid med helsestasjons- og skolehelsetjenesten, PPT, barnevern og andre kommunale tjenester for å skaffe seg oversikt over hvilke barn og unge som trenger oppfølging av helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle årsaker.

#### **På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:**

- Kommunen skal, også i krisetid, fange opp, hjelpe og ivareta sårbare barn og unge.
- Det skal etableres gode rutiner for samarbeid mellom skolen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, PPT, barnevern og andre kommunale tjenester for å skaffe oversikt over hvilke barn og unge som trenger oppfølging av helsemessige, personlige, sosiale eller emosjonelle årsaker.

I dette delkapitlet skal vi se nærmere på hvordan pandemien ble håndtert innenfor Oppvekst og hvilke tiltak man satte inn for å ivareta sårbare barn og unge. For å vurdere om kommunen har fanget opp, hjulpet og ivaretatt de sårbare barna, samt om det foreligger gode rutiner for samarbeid mellom instansene innen oppvekst har vi undersøkt følgende:

- Hvor raskt prioriterer kommunen sårbare barn og unge
- Hvor stor andel barn og unge mottok et omsorgstilbud i barnehage og på skole
- Hvordan har koronasituasjonen påvirket antallet bekymringsmeldinger til barnevernet og hvem som melder bekymringene
- Aktivitetsendringer innen helsestasjonstjenester
- Tilgjengelighet til fritidstilbud

Vi sammenlignet aktiviteten rettet mot barn og unge i 2020 med 2019, samt at vi sammenligner med andre kommuner. I tillegg legger vi til grunn virksomhetenes egne vurderinger av hvordan tilbudet til sårbare barn og unge har blitt påvirket av koronapandemien.

### **7.3 FØRINGER/ RETNINGSLINJER**

---

Det ble ikke utarbeidet et sett med kriterier for hva som avgjorde om en elev ble definert som sårbar i Gjesdal kommune. Dette var tema i de daglige og ukentlige møtene mellom kommunalsjef oppvekst og skolelederne. Vi får opplyst av kommunalsjef at skolelederne sammen med skolene har god oversikt over de barna som det er knyttet en uro/ sårbarhet til. I tillegg hadde man tett dialog med barnevernet om barn som hadde behov for skoletilbud.

Ifølge kommunalsjef oppvekst var det følgende som avgjorde om et barn ble definert som sårbart og dermed fikk barnehageplass:

*«Disse barna er i kategorien barn med særskilte omsorgsbehov enten pga. familiesituasjonen eller fordi manglende tilbud vil få store konsekvenser for barnet.»*

Vi får opplyst at det var styrers ansvar å ta initiativ til å drøfte med foresatte der det var hensiktsmessig. Samt eventuelt med helsestasjon, barnevern, PPT eller familiesenter. Vi får opplyst at rektorer og styreere har en rimelig god oversikt hvilke barn som er ekstra sårbare uavhengig av korona-situasjonen. Det var ingen alderskriterier knyttet til de sårbare barna.

I mars 2020 ble det utarbeidet felles kontinuitetsplan for alle barnehagene samt at alle barnehagene utarbeidet egne tiltaksplaner for å sikre smittevern for barn og ansatte i barnehagene basert på ROS-analyse av virksomheten. Målet med kontinuitetsplanen var blant annet: *«Å forebygge smitte og holde driften i gang for å sikre viktige samfunnsoppgaver når mange arbeidstakere er forhindret fra å gå på jobb. Vi skal sikre at vi har tilrettelagt for at foreldre med viktige samfunnsoppgaver kan få utføre sine funksjoner, samt sikre at vi ivaretar de sårbare barna i perioder der mange arbeidstakere forhindres fra å komme på jobb.»*

Folkehelseinstituttets veileder om smittevern ble lagt til grunn for vurderingene. Planene er revidert i etterkant. Barnehagene har felles føringer som kontinuerlig oppdateres. Det er utarbeidet en sjekklister for å sikre at føringerne er lest og forstått. Barnehagene har et eget team på Teams hvor all informasjon håndteres. Kontinuitetsplanen er oppdatert flere ganger, men den siste inneholder blant annet informasjon om personalberedskap og hva som skal gjøres i forhold til:

- Tiltak i administrasjonen dersom stort fravær oppstår
- Tiltak i barnehagene dersom stort fravær oppstår
- Tiltak som kan vurderes i samarbeid med barnehagesjefen/ administrasjonen

29. mai 2020 ble trafikklysmodellen innført for skoler og barnehager. Ved grønt og gult nivå skal elevene gå som normalt på skolen. Ved rødt nivå må skoleeier sørge for et tilbud til barn og unge med særlige behov. I vurderingen av om en elev skal få tilbud etter unntaket, skal det legges vekt på om og i hvilken grad barnets og den unges behov kan bli ivaretatt dersom de er hjemme. Skoleeier skal alltid vurdere om elever som har spesialundervisning eller andre individuelle tilrettelegginger, bør få et tilbud på skolen eller i andre egnede elever.

Det er ikke utarbeidet en felles kontinuitetsplan for skolene. Vi får opplyst av kommunalsjef at hver skole har utarbeidet egne beredskapsplaner med utgangspunkt i veileder og etter hvert også trafikklysmodellen. Planene er oppdatert flere ganger.

## 7.4 ORGANISERING

---

I Gjesdal kommune er skoler, barnehager, PPT, barnevern samt helsestasjonstjenester og familiesenter organisert under kommunalområde opplæring. Ansvar for krisehåndteringen er lagt til linjen. Kommunalsjef opplæring er medlem av beredskapsledelsen og har under pandemien ansvar for å sikre at relevant informasjon for egen avdeling blir videreformidlet, sikre

at det gjøres forebyggende tiltak i egne avdelinger samt at det lages kontinuitetsplaner. Virksomhetslederne er delegert ansvar for å iverksette nødvendige tiltak ut ifra smittesituasjonen.

## 7.5 KOMMUNENS TILBUD

---

Kommunen var tidlig ute på nettsiden med informasjon om hvilke tilbud kommunen har til barn, unge og familier i Gjesdal som har det vanskelig.

Tilbud til barn, unge og familier i Gjesdal:

- Barnehager
- Skoler
- Helsestasjonen
- Skolehelsetjenesten
- Helsestasjon for ungdom
- Familiesenteret
- Barnevernet
- Alarmtelefonen for barn og unge
- Nasjonalt: Telefon og chattetenester

### **Bedre tverrfaglig innsats (BTI)**

Bedre tverrfaglig innsats er en måte å jobbe på slik at barn, ungdom og familier i Gjesdal får den hjelpen de trenger. BTI er en samhandlingsmodell som brukes i kontakt med gravide, barn, unge og foresatte det er knyttet undring eller bekymring til. BTI skal bidra til tidlig innsats, samordning av tjenestene og brukermedvirkning.

Tidlig innsats handler om å oppdage og følge opp så tidlig som mulig for å unngå at utfordringer utvikler seg negativt. Det kan være forhold i hjemmet, barnet/familien eller miljøet rundt som bidrar til utfordringene.

Samordning av tjenestene betyr at det er helhet og sammenheng i hjelpen som tilbys. Det er godt samarbeid mellom familien og ulike instanser, og det er tydelig hvem som gjør hva. Samarbeidet evalueres jevnlig.

Brukermedvirkning innebærer at tilbudet til barnet og familien tilpasses ut fra deres behov. Barnet og familien er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak.

Det at Gjesdal er en BTI kommune og at samhandlingen på tvers i organisasjonen allerede var på plass da pandemien brøt ut trekkes frem av flere i intervjuene som en positiv faktor. Dette knyttes særlig til kommunens evne til å identifisere hvilke barn og unge som var sårbare da pandemien brøt ut, samt hvilke barn og unge som hadde grunnlag for å bli sårbare på grunn av pandemien.

## 7.6 OMSORGSTILBUD I BARNEHAGENE OG VED SKOLENE UNDER NEDSTENGNINGEN

---

Nedstengningen av barnehager og skoler skjedde 12. mars 2020. Barnehagene ble gjenåpnet fra 20. april, barneskoler 1.-4. trinn fra 27. april, og øvrige skoletrinn fra 11. mai. Kravene i smittevernveilederen gjorde at noen skoler måtte bruke ekstra tid til å forberede fysisk undervisning på skolen igjen. I dette delkapitlet ser vi nærmere på omsorgstilbudet i barnehagene og ved skolene som ble gitt av kommunen.

Selv om barnehagene og skolene var fysisk stengt fra 12. mars 2020, skulle de sørge for et tilbud til barn av foreldre med kritisk samfunnsfunksjon, som personell i helse- og omsorgstjenestene eller i transportsektoren. Det samme gjaldt for barn med særlige omsorgsbehov som ikke kunne ivaretas når barnehagene og skolene stengte. Ifølge tall fra SSB var ni prosent av barna til stede i barnehagene under nedstengningen. I gjennomsnitt var det 23.400 barn som var i barnehagene i Norge hver dag under nedstengningen i mars og april<sup>62</sup>. De aller fleste av barna som var til stede i barnehagene under nedstengningen, 78 prosent, hadde foreldre i samfunnskritiske yrker. Av de øvrige barna som var i barnehage under nedstengningen, var ni prosent barn med nedsatt funksjonsevne eller barn som fikk spesialpedagogisk hjelp. Andre utsatte eller sårbare barn utgjorde 12 prosent av barna.

Ifølge rapport om konsekvenser av smitteverntiltakene i grunnskoler var fem prosent av elevene på skolen i perioden da skolene var fysisk stengt<sup>63</sup>, det vil si 34 000 elever. 14 000 av disse hadde foreldre i samfunnskritiske yrker, mens 7 500 var elever med vedtak om spesialundervisning. 12 400 var elever som var sårbare eller utsatt av andre grunner. Ifølge nevnte rapport har omtrent halvparten av elevene med særskilt norskopplæring fått færre timer enn normalt etter at skolene åpnet. En av tre av elevene som har spesialundervisning, fikk færre timer. I tillegg til at elevene har fått færre timer har en av ti av elevene med spesialundervisning og særskilt norskopplæring, fått timer med assistent i stedet for timer med lærer.

### **Barn i barnehagene under nedstengningen i Gjesdal kommune**

Figur 12 viser antall barn som fikk et omsorgstilbud i barnehagen<sup>64</sup> i Gjesdal og Strand kommune i uke 12,14 og 16, det vil si under nedstengningen. Dette er både barn av foreldre som har samfunnskritiske yrker samt barn som ble definert som sårbare. Tallene er ikke hundre prosent sammenlignbare, men de gir likevel et relativt godt bilde av situasjonen<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> Kilde: <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/9-prosent-av-barna-i-barnehage-til-stede-under-nedstengningen>

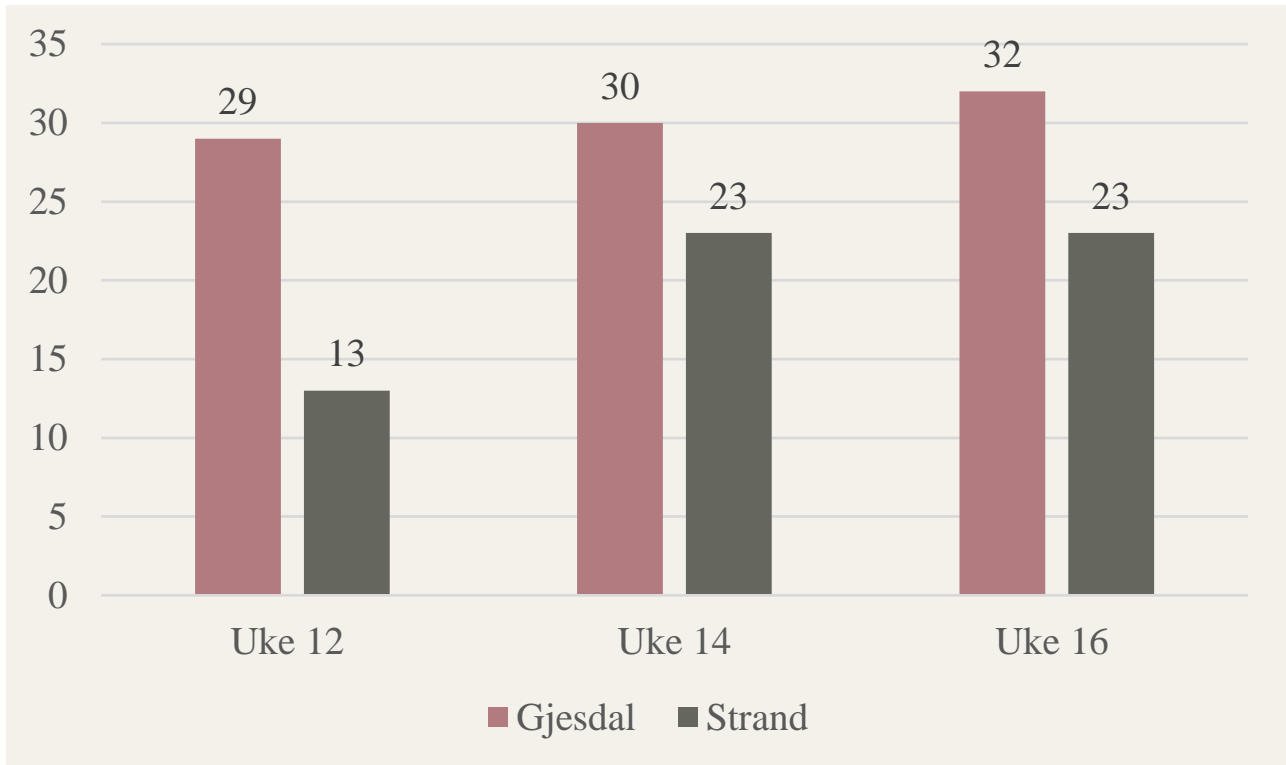
<sup>63</sup> Kilde: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/tema/kartlegging-konsekvenser-av-smitteverntiltakene-i-grunnskoler-varen-2020/#>

<sup>64</sup> Barn i barnehage (inkludert private) Gjesdal per januar 21: 802, barn i barnehager (inkludert private) Strand per januar 21: 765.

<sup>65</sup> I Gjesdal ble tallene rapportert daglig og tallene som er presentert i figuren er gjennomsnittstallet for de respektive ukene. Tall er mottatt av kommunalsjef oppvekst. I Strand ble det ikke rapportert daglig, og tallene er øyeblikkstill en bestemt dag. Tallene i Strand er hentet fra situasjonsrapporter til Statsforvalteren hhv. 18.03, 27.03 og 14.04.



Figur 12: Totalt antall barn i barnehagen i Gjesdal og Strand kommune under nedstengningen

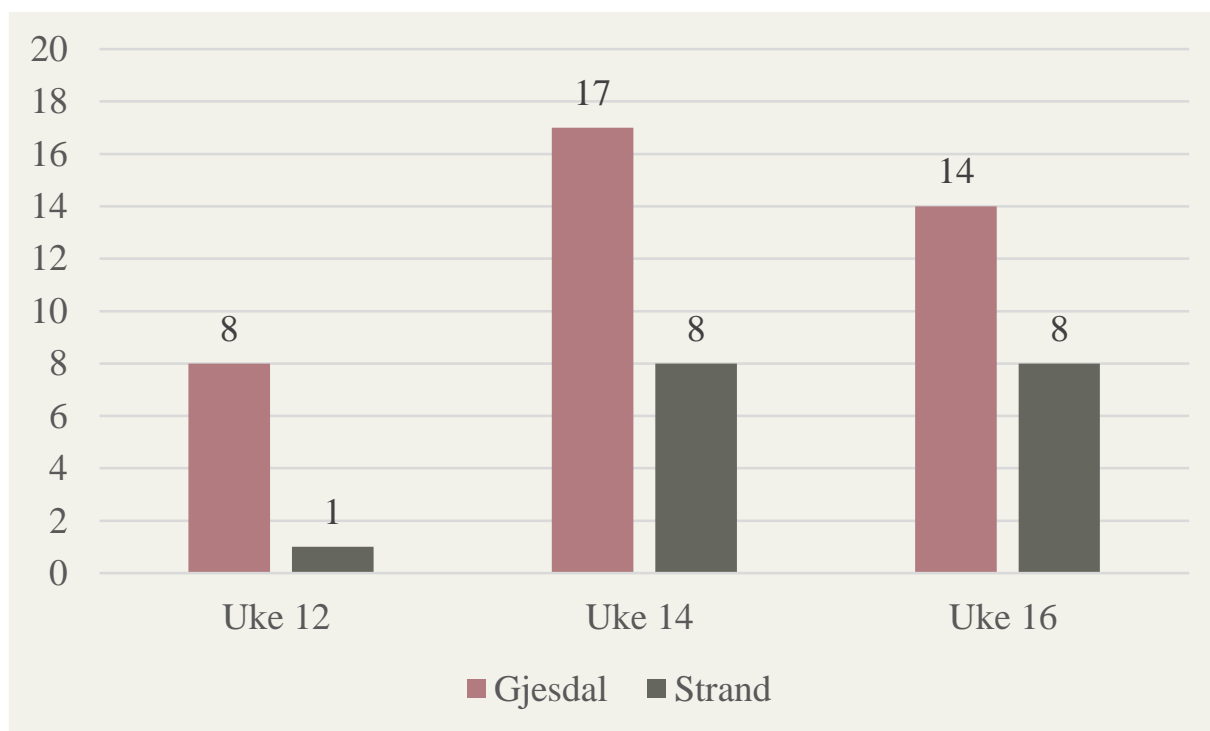


Kilde: Gjesdal kommune og Statsforvalteren

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

I figur 13 har vi sammenlignet antall sårbare barn med omsorgstilbud i Gjesdal og Strand kommune under nedstengningen.

Figur 13: Antall sårbare barn med omsorgstilbud i barnehagen under nedstengningen



Kilde: Gjesdal kommune og Statsforvalteren

Vi ser av figuren at det første uken etter nedstengningen var litt under halvparten så mange sårbare barn i Gjesdalsbarnehagen sammenlignet med uke 14, samtidig ser vi at det var betydelig flere barn som var definert som sårbare i barnehagene i Gjesdal under nedstengningen sammenlignet med Strand kommune. Det er totalt sett 5 prosent flere barnehagebarn i Gjesdal enn i Strand kommune, og vi kan derfor i utgangspunktet forvente en tilsvarende differanse i antall barn som fikk et omsorgstilbud. I uke 14 var det flest sårbare barn i barnehagen, dette utgjorde 2,1 prosent av totalt antall barn med barnehageplass i Gjesdal kommune<sup>66</sup>. Strand kommune ga på det meste omsorgstilbud til 1,05 prosent av totalt antall barnehagebarn i kommunen.

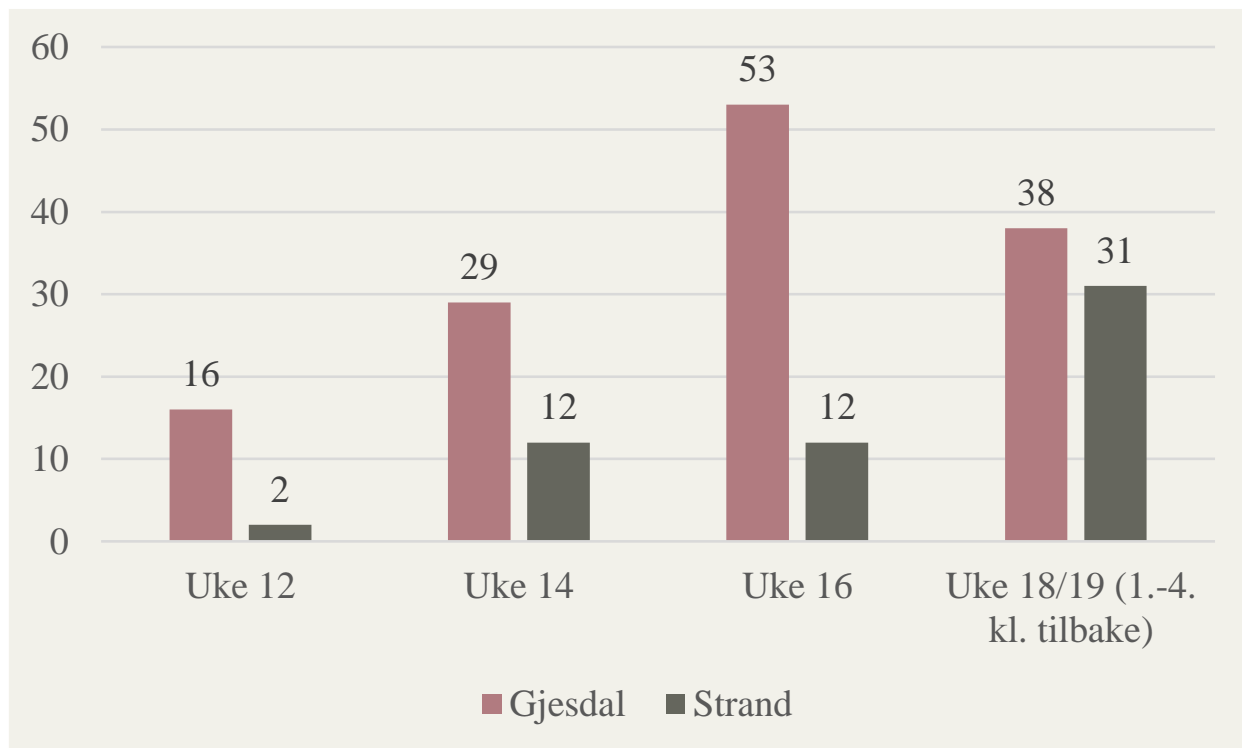
### Elever på skolen under nedstengningen i Gjesdal kommune

I figur 14 har vi sammenlignet antall sårbare elever på skolen i Gjesdal og Strand kommune under nedstengningen<sup>67</sup>.

<sup>66</sup> For året 2020 har vi tatt utgangspunkt i tallene til Utdanningsdirektoratet (Basil-tall), oppdatert 25.02.2020. Antall barnehagebarn i Strand og Gjesdal var hhv. 765 og 802. Tallene inkluderer både private og kommunale barnehager.

<sup>67</sup> Opplysninger fra Gjesdal er mottatt av kommunalsjef oppvekst. Strand har ikke en samlet ukesvis oversikt over hvor mange elever som fikk omsorgstilbud, tallene for uke 12, 14 og 16 er derfor hentet fra kommunen sine situasjonsrapporter til Statsforvalteren. Disse tallene representerer øyeblikkstill for en bestemt dag i de respektive

Figur 14: Utvikling i antall sårbare elever med omsorgstilbud på skolen under nedstengningen



Kilde: Gjesdal kommune og Statsforvalteren/ Strand kommune

Vi ser av figuren at det er betydelig flere elever som er definert som sårbare og som har fått et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen i Gjesdal kommune enn i Strand kommune. I Gjesdal kommune ser vi at antallet elever som har fått et omsorgstilbud på skolen i lys av at de defineres som sårbare har økt for hver uke frem til uke 18/19 hvor første til fjerde klasse startet på skolen igjen. I Strand kommune flater antallet ut fra uke 14 til småtrinnet gjenåpner, da får Strand en kraftig vekst. Fra Strand kommune får vi opplyst at det en viss usikkerhet knyttet til de innrapporterte tallene fra kommunen og at det mest sannsynlig er flere elever som har fått et omsorgstilbud under nedstengningen enn det de rapporterte tallene til statsforvalteren viser.

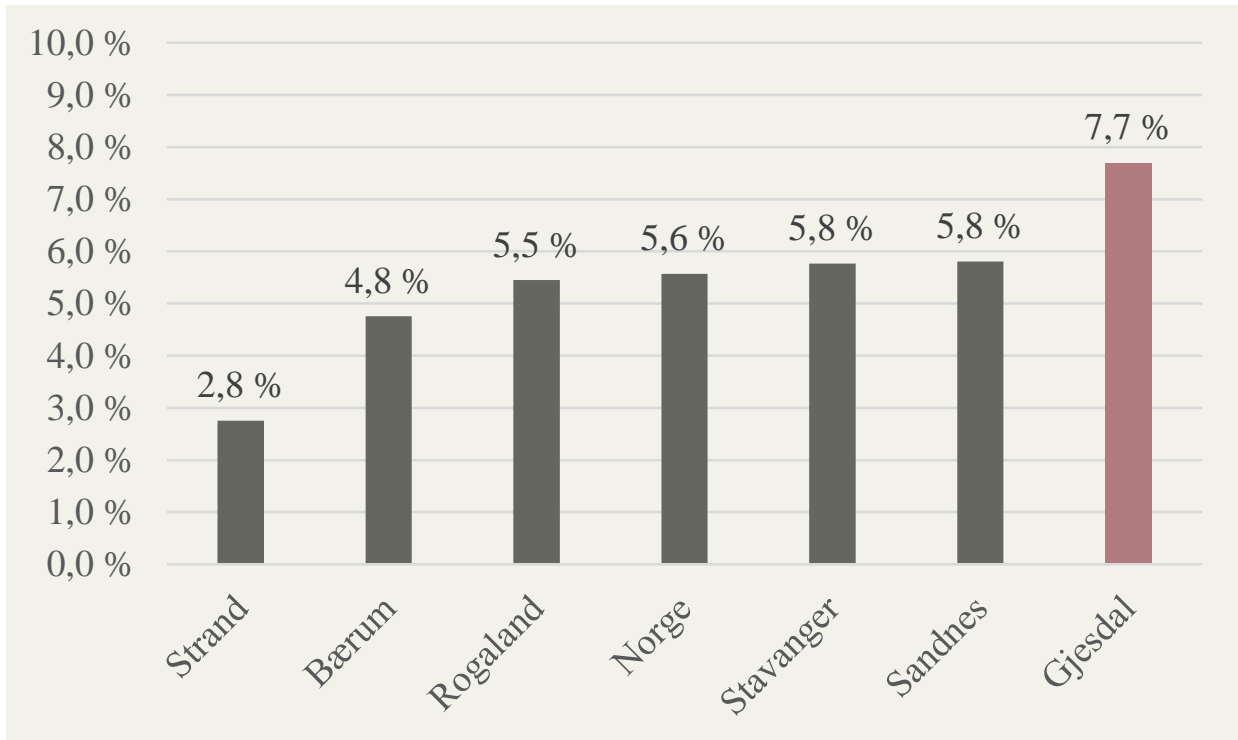
Figur 15 viser det totale antall elever som har mottatt et omsorgstilbud på skolen under nedstengningen (uke 12-18/19 i 2020) for Gjesdal, Strand, Stavanger, Sandnes og Bærum kommuner, fylket og landet.<sup>68</sup>

---

ukene. For uke 17/18 (1.-4.-trinn tilbake) har vi bedt om tall fra kommunalsjef Oppvekst i Strand kommune. Ingen av tallene inneholder tall for private skoler

<sup>68</sup> Her er også elever med foreldre som er i et samfunnskritisk yrke inkludert. Her er også de private skolene inkludert. Gjesdal kommuner har kun en privat skole med 17 elever skoleåret 2019/2020. Kilde: Skoleporten.

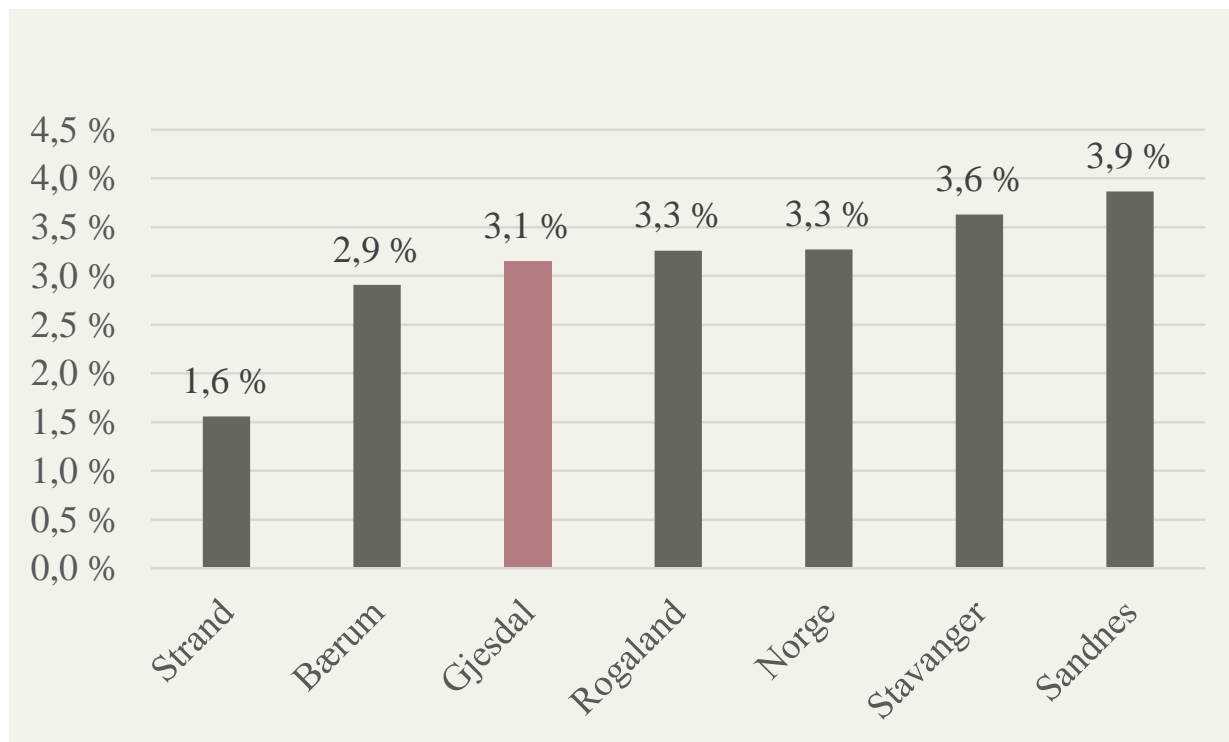
Figur 15: Andel elever av den totale elevmassen som har fått omsorgstilbud på skolen



Kilde: GSI<sup>69</sup>

Av figuren ser vi at det er størst andel elever som har fått et omsorgstilbud i Gjesdalsskolen og lavest i Strand kommune. Som tidligere nevnt er det en viss usikkerhet knyttet til de innrapporterte tallene fra Strand kommune. Stavanger og Sandnes kommune ligger litt over snittet i landet. Figur 16 viser andel elever i sårbare livssituasjoner med omsorgstilbud.

Figur 16: Andel sårbare elever av den totale elevmassen som har fått omsorgstilbud på skolen



Kilde: GSI

Av figuren ser vi at Gjesdal kommune ligger litt i underkant av lands- og fylkessnittet, mens det er en litt høyere andel elever som er definert som sårbare i Stavanger og Sandnes kommuner og lavere andel i Strand og Bærum kommuner.

## 7.7 UTVALGTE VIRKSOMHETER INNEN OPPVEKST

Vi har intervjuet tre barnehagestyrere, hvorav den ene har hatt ansvar for to barnehager under pandemien, tre rektorer (én barneskole, én 1-10- skole og én ungdomsskole), to helsesykepleiere tilknyttet skolene, barnevernsleder og leder for PPT. I intervjuene har vi hatt fokus på hvordan tiltak i organisasjonene har fungert og hvordan samhandlingen mellom ledernivåer og tjenesteområder har vært.

Et viktig spørsmål er hvilke konsekvenser nedstengningen og koronahåndteringen har hatt for tjenestetilbudet og brukerne. 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 Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet at skolene ikke skulle stenges som forebyggende smitteverntiltak, kun

som målrettet tiltak som måtte være begrunnede og forholdsmessige<sup>70</sup>. Stenging av skoler skulle drøftes med myndighetene og godkjennes av helsedirektoratet.

I skrivende stund har tiltakene pågått i om lag ett år og nedstengningen, som var det mest dramatiske tiltaket, varte i halvannen til to måneder. Det er selvsagt vanskelig å si noe presist om hvilke konsekvenser dette har hatt på kort og sikt, og man trenger også systematiske tilbakemeldinger fra brukerne selv, noe som per dags dato ikke foreligger. Et annet moment er at håndteringen av pandemien innebærer en rekke sosiale restriksjoner utover de tiltakene som er iverksatt innenfor kommunale tjenester til barn og unge. Og mange av disse tiltakene har pågått over lang tid.

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

### 7.7.1 BARNEHAGER

#### **Nedstengning**

Vi får opplyst at styrene var forberedt på at det kunne komme en nedstengning gjennom alle signalene i media og fikk raskt informasjon fra barnehagesjef om hva som skulle gjøres. Da beskjeden om nedstengning kom den 12. mars 2020 var styrerne raskt ute med å informere de ansatte og foresatte. En av styrerne oppgir at de ansatte visste hva som skulle skje og hva de skulle si ettersom dette var snakket om på forhånd.

Styrerne opplyser at de var raskt i gang med hyppige møter på Teams mellom alle styrerne, barnehagesjef samt rådgiver og at det ble utarbeidet et Excel-skjema i Teams hvor en fikk informasjon samt kunne legge inn informasjon. Etter hvert ble skjemaet utvidet slik at en også kunne stille spørsmål her. Styrerne opplyser at skjemaet ga de en trygghet og oppgir at kommunikasjonen ut ifra situasjonen har vært tydelig. Møtehyppigheten avtok etter hvert, men det har hele tiden vært mulig å stille spørsmål, samt at det etter hvert ble kalt inn til møter ved behov, eksempelvis etter endringer i nasjonale retningslinjer.

Vi får opplyst at de sårbare barna og hvem disse var ble tema uken etter nedstengningen. Det var tidlig dialog mellom styrerne og barnevern samt PPT om hvem som burde få tilbud om omsorgstilbud under nedstengningen. Barnehagene hadde ikke på forhånd gjort en direkte kartlegging av barn i risikogruppen, men vi får opplyst at ledelsen vet hvilke barn som defineres som sårbare, uavhengig av en pandemi eller ikke. Noen takket nei til omsorgstilbud i starten av

---

<sup>70</sup> Alt det under er hentet fra en presentasjon fra utdanningsdirektør hos Fylkesmannen, og heter Gjeldende regelverk under koronapandemien

nedstengningen men trengte avlastning etter hvert, eksempelvis barn med sterke funksjonshemminger. Andre foresatte ba om hjelp selv. I de tilfellene foresatte takket nei til omsorgstilbud hvor barnevernet var involvert hadde barnevernet tettere oppfølging. Som tiltak for å fange opp barn som i utgangspunktet ikke ble oppfattet som sårbare gjennomførte alle barnehagene ukentlige en-til-en samtaler mellom pedagogiske ledere og barn/ foresatte. På *My kid* ble det lagt ut aktiviteter som barna kunne gjøre hjemme. Styrerne opplevde særlig utfordringer knyttet til nyoppståtte saker som var meldt inn kort tid før nedstengningen. Til tider får vi også opplyst at det var vanskelig å skille mellom om det var barnet som trengte hjelp eller om det var foreldrene som trengte avlastning. Barnehagens kapasitet beskrives som ulik. En av styrerne oppgir at de hadde kapasitet til alle barna som ønsket avlastning og at det var lettere å gi et godt tilbud jo flere barn en var i barnehagen. Mens en annen styrer oppgir at deres kapasitet var sprenget på grunn av at det var mange som hadde foreldre med samfunnskritisk jobb samt at de har en del barn som ble definert som sårbare fra start. Styrerne oppgir at de opplevde god kommunikasjon med ledelsen i kommunen samt andre interne hjelpeinstanser som barnevern, PPT og familiekontoret, og de opplevde at de var tilgjengelige.

## Gjenåpning

Den (første) nasjonale veilederen til gjenåpning av barnehager forelå 14.april 2020, og alle barnehagene skulle lage en plan for gjenåpning. Barnehagene i kommunen åpnet igjen tirsdag 21. april, det vil si dagen etter den nasjonale anbefalte dato for oppstart. Dette var etter ønske fra barnehagene for å få alt på plass før oppstart. To av styrerne vi har intervjuet trekker frem dette som svært positivt, at de ble hørt.

Ved gjenåpningen av barnehagene fikk alle de foresatte informasjon om hvilke overordnede tiltak som ble iverksatt i barnehagene, disse var basert på smittevernveilederen fra Utdanningsdirektoratet. Tabell 9 viser oversikt over tiltak i barnehagene etter gjenåpningen.

*Tabell 8: Overordnede tiltak i barnehagene*

- Barna vil bli delt i faste grupper med en fast ansatt som er sammen med dem.
- Det innebærer at barnas oppholdstid må sees i sammenheng med den ansatte de skal følge. Utover den tiden barna er i barnehagen må den ansatte også ha tid til rengjøring av utstyr, og andre forberedelser til neste dag. Det betyr at barna kan være i barnehagen noe kortere tid enn normalt. Vi vil gi tilbud om minimum oppholdstid mellom kl. 08.30 – 15.00 den første uken. Den enkelte barnehage vil vurdere muligheten for å utvide oppholdstiden.
- Alle foresatte vil bli kontaktet i løpet av fredag 17.april slik at vi kan kartlegge familienes behov fra tirsdag 21. til fredag 24. april. Her vil dere også få anledning til å stille spørsmål og få innføring i praktiske forhold rundt oppstart og ny barnehagehverdag.
- Det vil være høyt fokus på hygieneforhold som håndvask, forsterket renhold med blant annet vask av kontaktpunkt og leker, og det vil være lav terskel for å holde barn med sykdomssymptomer hjemme fra barnehagen.
- Smøremåltider vil bli erstattet av matpakke som barna tar med seg hjemmefra. Det betales ikke matpenger.
- Det innføres nye rutiner for levering og henting, slik at færrest mulig foresatte kommer inn i barnehagen.

*Kilde: Gjesdal kommunes nettside*

De første ukene etter gjenåpningen måtte barnehagene rapportere på antall barn i barnehagen til Statsforvalteren. Vi får opplyst av kommunalsjef at de aller fleste barnehagebarn kom tilbake til sin barnehage etter gjenåpningen. 15. mai 2020 rapporterte kommunen til Statsforvalteren at det var seks barn som ikke møtte i de kommunale barnehagene. Av disse var ett barn i karantene, tre barn var hjemme fordi de foresatte ikke var i arbeid, et barn har foresatt i risikogruppen og lege har anbefalt at barnet er hjemme og et barn var hjemme fordi foresatte ikke ønsket barnehagetilbud på grunn av pandemien. I alle tilfellene får vi opplyst at barnehagene følger opp barna.

Styrerne oppgir at perioden har vært preget av store mengder informasjon og hyppige oppdateringer hvor det var rom for tolkninger. De opplevde allikevel at de fikk tydelige beskjeder fra kommunen. Vi får opplyst at kommunen la føringer for hvordan barnehagen i Gjesdal skal gjøre det, eksempelvis ved at alle skulle ha lik åpningstid og at en kunne låne uteplasser av kommunen for å organisere driften i barnehagen. Når de nasjonale føringene ikke opplevdes tydelige nok, eksempelvis knyttet til syke barn og ansatte, opplevde styrerne at det var betryggende at dette kunne tas opp med kommuneoverlegen via teams-møter. Dette for å sikre en felles forståelse i kommunen som kunne formidles videre til de foresatte enten via barnehagen eller via oppvekst barnehage.

Vi får opplyst at det har vært viktig med riktig mengde informasjon for å trygge de ansatte slik at ikke usikkerheten blir en stressfaktor som kan spre seg til barna. Informasjonskanalene som er benyttet beskrives som gode.

Styrerne oppgir at bemanningssituasjonen har vært utfordrende, men at de var tidlig ute med kontinuitetsplaner. En av styrerne oppgir at planene ble sendt ut til de ansatte i forkant av gjenåpningen og opplevde at de ansatte virket godt forberedt da de kom tilbake. I en av barnehagene gikk de med reduserte stillinger opp til 100 prosent stilling, kokken ble en del av grunnbemanningen og vikarer ble tatt inn. Kommunen har faste vikarer som er felles for alle barnehagene i kommunen. Styrerne gir og beskjed hvis de har ledige vikarer. I en av barnehagene endret de tidspunktet for å gi beskjed om sykdom til styrer fra kl. 7 til kl. 6 for å kunne planlegge dagen. En av styrerne oppgir at de som var på jobb under nedstengningen ble trygge på at smittevernstiltakene fungerte og at dette gjorde gjenåpningen enklere ettersom disse fikk ansvar for egen kohort og at dette smittet over på de andre. Kommunen har ved flere anledninger rapportert til Statsforvalteren at stort fravær blant ansatte i barnehager fører til driftsproblemer av praktisk og økonomisk art. I september 2020 rapporterte kommunen innen oppvekst at kommunen vil få store utfordringer med å opprettholde full åpningstid, og i november 2020 rapporterte kommunen at en barnehage måtte stenge en avdeling tidligere en dag som følge av personalmangel knyttet til pandemien.

To av styrerne i barnehagene påpekte at de opplevde utfordringer knyttet til at kommunen hadde strengere råd enn FHI som ikke var tilpasset barnehagene, eksempelvis at en skulle holde to meters avstand og ha hjemmekontor samt ikke møtes fysisk, og at dette ble sendt ut til de ansatte i barnehagene.



## Konsekvenser

Styrerne oppgir at pandemien har hatt negative konsekvenser for arbeidsmiljøet ettersom en arbeider mer separat, spiser ikke lunsj sammen og har få fysiske møter. Flere oppgir at det har vært krevende for de ansatte, at mange har fått et mye større ansvar enn de har vært vandt til samt at de ikke lenger hadde en samarbeidspartner. Noen håndterte dette bedre enn andre.

En av styrerne melder at pandemien nok har hatt en positiv effekt på relasjonen til barna ettersom mye av møtevirksomheten er borte har de ansatte mer fokus og tid til barna. Pandemien har derimot gjort at oppfølgingen fra PPT har blitt forskjøvet for noen, eksempelvis de som skulle hatt oppstart med logoped. Vi får opplyst at noen fikk oppfølging av PPT via teams.

### 7.7.2 SKOLER

#### Nedstengning

Rektorene forteller at det var snakket om en mulig nedstengning, men at det ikke var noe kommunen hadde lagt til rette for. Nedstengningen beskrives som litt kaotisk, men og ryddig og rektorene opplevde at de ansatte og elevene beholdt roen. Skolene var i gang med hjemmeundervisning kort tid etter nedstengningen.

Rektorene opplevde god kommunikasjon med ledelsen i kommunen samt en god delingskultur internt i kommunen, særlig mellom skoler og skoleeier. Det ble gjennomført ukentlige møter mellom skolesjef, rådgiver og alle skolelederne hvor en fikk oppdateringer fra skolekontoret og kunne stille spørsmål/ diskutere. Disse møtene gjennomføres fortsatt. Daglige møter internt på skolen samt med ledergruppen og utvidet ledergruppe i kommunen for å kunne reflektere sammen med andre oppgis i intervjuene som veldig viktig.

Vi får opplyst at ungdomsskolen hadde fokus på klassen i starten og at de sårbare elevene hadde kontakt med sin nærmeste på skolen, eksempelvis miljøterapeut eller pedagogisk lærer, men at det ikke var en fullgod plan for de. At nedstengningen kunne bli en potensiell krise for sårbare barn og unge får vi opplyst var tema på skolene umiddelbart. Som nevnt innledningsvis i kapitlet ble det ikke utarbeidet et sett med kriterier for hva som avgjorde om en elev ble definert som sårbar i Gjesdal kommune. Dette var tema i de daglige og ukentlige møtene mellom kommunalsjef oppvekt og skolelederne. Vi får opplyst at skolelederne sammen med skolene har god oversikt over de barna som det er knyttet en uro/ sårbarhet til. Ungdomsskolen har en stor miljøterapeutgruppe, og det ble laget en plan for hvem som skulle følge opp hvilke elever. Bærland skole har en styrkingsansvarlig per trinn som har god oversikt over hvem som har behov for ekstra oppfølging. Oltedal skole er en liten skole og rektor oppgir at de har god oversikt over hvilke elever som defineres som sårbare. Rektor ved ungdomsskolen oppgir at de fleste elevene fikk et tilbud raskt og at de i utgangspunktet har oversikt over hvilke elever som er sårbare, men at det ikke var tydelige retningslinjer for om det var lov å gå på tur, om en kunne ta inn elever på skolen osv. Ungdomsskolen opplyser at det ble lettere da de skjønnte at de kunne ivareta de mest sårbare elevene på skolen. Vi får opplyst at noen ikke ønsket å bli fulgt opp og opplevde nedstengningen som skolefri, men etter to uker var de fleste lei av «fri». Flere fikk tilbud om turer, tettere oppfølging over videomøter eller lignende oppfølging. Rektorene oppgir at de

sårbare barna er fulgt godt opp, og at mange nok er fulgt opp bedre enn normalt sett. Noen av skolene har også hatt tettere kontakt med enkelte foresatte enn normalt.

Som tiltak for å fange opp barn som i utgangspunktet ikke ble oppfattet som sårbare, men som var i faresonen for å bli det på grunn av pandemien, tok skolene blant annet fort kontakt med de elvene som normalt sett er stille og innesluttet, og flere ble fulgt opp gjennom jevnlig samtaler med lærer eller miljøterapeut. Ellers kontaktet lærere og miljøterapeuter alle elevene og oppdaget flere elever som følte seg alene. Elever som ikke meldte seg på møter over Google Meet ble også kontaktet for å høre årsak. Rektorene oppgir at de hadde god kontroll på å fange opp elevene som utviklet sårbarhet på grunn av pandemien, men at en ikke være sikker på at en har klart å fange opp alle. Skolene tilpasset oppfølgingen etter elevenes ønsker, som samtaler via Google Meet, telefon eller tur. Vi får opplyst at noen elever var på skolen hver dag mens andre var annenhver dag eller startet hver dag på skolen for å få en god start. Ungdomsskolen oppgir at mange ønsket å gå tur med miljøterapeutene, dette var hovedsakelig elever som i utgangspunktet ikke ble oppfattet som sårbare. I tillegg ble app fra helsestasjonen - Hjertetelefon - lagt ut på kommunens hjemmeside samt informasjon om alarmtelefonen.

Skolene oppgir at de har fått positive tilbakemeldinger fra foresatte og elever på nedstengningsperioden, men at det ikke ble det samme som skole ettersom det gikk over så lang tid. Etter hvert synes flere elever det var kjedelig med hjemmeundervisning, spesielt de eldste. Noen har gitt tilbakemelding på at det var vanskelig å følge undervisningen hjemmefra. Av interne instanser i kommunen har ungdomsskolen hovedsakelig hatt kontakt med PPT i forbindelse med enkeltelever i perioden skolen var stengt. Rektor opplever at PPT har vært tilgjengelige. Ellers får vi opplyst at ungdomsskolen - ettersom det kun er en ungdomsskole i kommunen - har hatt kontakt med en annen ungdomsskole i Jærnettverket angående hvordan de følger opp følger opp sårbare elever. En av skolene oppgir at de har hatt tett kontakt med barnevernet i enkeltsaker, og oppgir at tilgangen på veiledning har vært god.

## Gjenåpning

Ved gjenåpningen av skolene fikk de foresatte informasjon om rutinene i skolen og SFO. Skolene sender fortløpende ut informasjon til alle foresatte på Schoolink og hjemmesider. Rutinene som skal følges blir fortløpende oppdatert ved endringer i nasjonale veiledere og forskrifter.

Rutinene er oppsummert med hovedoverskrifter i tabell 9.

*Tabell 9: Tiltak i skolen*

- Åpningstid
- Viktig å huske på før eleven går på skolen om morgenen
- Faste grupperinger (Kohorter)
- Friminutt
- Garderobesituasjon og kroppsøving
- Matpakke på skolen og SFO
- Uteskole/ uteaktiviteter
- God og hyppig håndvask

- Forsterket renhold på utsatt områder
- Kronisk syke barn
- Elever med luftveisplager skal ikke være på skolen
- Dersom sykdom oppstår på skolen/ SFO
- Hvis en i husstanden til en elev er syk
- Hvis dere har spørsmål

Kilde: Gjesdal kommunes nettside

I mai 2020 publiserte Helsedirektoratet nye veiledere for barnehager og skoler som introduserte trafikklysmodellen. Skolene laget egne planer tilpasset modellen ut i fra utforming på skolebygg, uteområde, ressurser osv. I tabell 10 fremgår tiltak i Gjesdalsskolen for å sikre et fullverdig opplæringstilbud ved rødt tiltaksnivå.

Tabell 10: Tiltak for å sikre et fullverdig opplæringstilbud for elevene ved rødt tiltaksnivå

Tiltak for å sikre et fullverdig opplæringstilbud for elevene ved rødt tiltaksnivå:

- Omorganiseringer av skoledagen.
- Ulike oppstartstidspunkt, ulike friminutt og soner.
- Kohorter som er mindre enn en klassegruppe.
- Klasser ble delt i to og fordelt på to klasserom. Elevene gikk på skolen annenhver dag og fikk hjemmeundervisning de dagene de var hjemme.
- Faste lærere og miljøarbeidere til hver sin kohort.
- Alternativ undervisning i noen fag, f.eks. mat og helse.
- All kroppsøving utendørs. Ikke svømming
- I språkfag blandes elever fra forskjellige kohorter, men plasseres med avstand og kohortvis.
- I valgfag gis elevene hjemmeoppdrag.
- Alle elever med vedtak om spesialundervisning har fått disse timene digitalt eller på skolen.
- Elever i risikogruppe og sårbare elever får oppfølging som normalt, og har fått tilbudet på skolen hele våren.

Kilde: Rapportering til Statsforvalteren

Vi får opplyst at ungdomskolen i starten av gjenåpningen på rødt nivå delte klassene i to kohorter, og at de kom til ulike oppstartstidspunkt. Denne ordningen varte fra 12. mai 2020 til 12. juni. Elevene som var definert som sårbare fikk tilbud om å komme på skolen hver dag.

Det at skoleansatte ble inkludert i listen over kritiske samfunnsfunksjoner får vi opplyst ga andre forutsetninger for å kunne følge klassenes timeplan. På den andre siden får vi opplyst at de strenge restriksjonene for å holde seg hjemme med symptomer på sykdom gjør det vanskelig å legge planer for bemanning. Kommunen har ved flere anledninger rapportert til Statsforvalteren at stort fravær blant ansatte i skoler fører til driftsproblemer av praktisk og økonomisk art. I november 2020 rapporterte kommunen at en av skolene har hatt en del jobb med personallogistikken ettersom fem ansatte har vært i karantene, men at de likevel har klart å

ivareta alle elever, også de sårbare. Skolene oppgir at de har planer for sikre drift inntil et visst nivå, men at de er usikre på om de vil klare å sikre drift ved store smitteutbrudd og mange ansatte som blir syke. Skolene har ikke en vikarpool, slik som barnehagene, men den enkelte skole har noen ringevikarer. Vi får opplyst at det er viktig å få inn vikarer som er kjent på skolen ettersom det er mye å sette seg inn i når det gjelder smittevernreglene. Vi får opplyst at det er spesielt krevende på rødt nivå og at dette ga utfordringer for Oltedal skole i perioden da kun ungdomsskolen var på rødt nivå mens barneskolen var på gult ettersom lærerne ikke kunne undervise både på barne- og ungdomsskolen. Rektor ved Oltedal skole opplyser at noen klasser mest sannsynlig må ha hjemmeundervisning hvis skolen kommer på rødt nivå igjen på grunn av personellressurser. Det fremgår av kontinuitetsplanen at skolen i så fall skal prioritere 1. og 10. trinn.

To av rektorene oppgir at alle ekstraoppgavene som de ansatte stod for ved gjenåpningen var veldig belastende for personalet. Eksempelvis ekstra renhold, ansatte som måtte undervise i andre fag enn de har til vanlig på grunn av at en ikke skulle skifte personal i kohortene og ingen pause.

Som styrerne i barnehagene og påpekte opplevde to av skolene utfordringer knyttet til at kommunen hadde strengere råd enn FHI som ikke var tilpasset skoler, eksempelvis at en skulle holde to meters avstand og ha hjemmekontor samt ikke møtes fysisk. En rektor påpeker at det var uheldig at det var uoverensstemmelser mellom informasjonen som rektor sendte til sine ansatte og informasjonen som kom fra kommunen.

Kommunen har opplevd smitteutbrudd i tre barnehager og ved to skoler per april 2021. Kommunalsjef oppvekst opplyser at han er svært fornøyd med hvordan dette er håndtert. Et tegn på at det fungerte er at det bare var nødvendig å sette de avdelinger og klasser i karantene som hadde en eller flere barn med smitte. Det viser ifølge kommunalsjef at smittevernplaner/beredskapsplaner fungerte siden en slapp å stenge ned hele barnehager og skoler.

## **Konsekvenser**

Rektor ved ungdomsskolen oppgir at den digitale kompetanse til lærerne ble samlande som organisasjon ettersom undervisningsopplegg ble delt i høy grad. Ungdomsskolen opplevde også større forståelse for tilbakemeldingene fra lærerne under nedstengningen og har som konsekvens fått til et bedre samarbeid mellom skole og hjem for enkelte av elevene. Barneskolene oppgir at de har hatt en bratt læringskurve digitalt og at de vil fortsette med flere av løsningene. En av skolene oppgir at de har fått bekreftet at de må starte tidligere med opplæring i å håndtere chromebook. Tettere oppfølging av skolekontoret oppgis som en positiv konsekvens av pandemien.

Noen elever som har vært lite på skolen før pandemien, eksempelvis på grunn av sykdom, får vi opplyst har blomstret under pandemien ettersom de har blitt kjent med klassen sin via teams. Bruk av mindre områder i friminuttene hvor en forholder seg til klassen sin som vakt blir oppgitt som en positiv konsekvens av smitteverntiltakene ettersom kontaktlærerne da blir mer oppmerksom på samspillet mellom elevene.

I november 2020 rapporterte kommunen til Statsforvalteren at de ulike avdelingene innen tjenesteområdet oppvekst kjenner på intern belastning og stor slitasje generelt. Skolens ledelse har tatt vikartimer og drift er ivaretatt i tjenesteområdet. Kommunen melder også at de klarer å ta vare på de sårbare barna. Rektorene bekrefter at pandemien har vært svært belastende for de ansatte men at de opplever at de har klart å følge opp. Ifølge kommunalsjef er bemanning en bekymring kommunen har hatt gjennom hele pandemien. Ut fra barnets og elevens perspektiv kan en ikke sette inn hvem som helst som vikarer i barnehager og skoler. Det er et spørsmål om kompetanse, at det er voksne som kjenner barna/elevene, at det er voksne som er skikket og som har politiattest. Det er i tillegg mange praktiske hensyn som skal tas.

### 7.7.3 HELSESTASJONSTJENESTER

Det er utarbeidet kontinuitetsplan for kommunens helsestasjonstjenester som blant annet gir informasjon om hva som skal til av ressurser for å opprettholde minimal drift for kommunens helsestasjonstjenester og hvordan det kan bli aktuelt å omdisponere ressurser internt i tjenesten ved høyt fravær. Tilgjengelige vikarer og hvilke konsultasjoner som skal prioriteres fremgår også. Det er utpekt stedfortreder for kommunens virksomhetsleder innen helsestasjonstjenester. Det fremgår av planen at en bør tilstrebe at hver skole er tilknyttet en helsesykepleier som kan følge opp elever ved behov.

Som omtalt tidligere har det vært mye oppmerksomhet knyttet til at helsesykepleiere ble omdisponert til smittesporingsarbeid i starten av pandemien. 17. april 2020 ba Helsedirektoratet kommunene om å opprettholde eller gjenopprette et normalt helsetilbud til barn og unge. Både i Gjesdal, Sandnes og Stavanger ble helsesykepleiere i starten omdisponert til smittesporingsarbeid. I Stavanger ble eksempelvis 20 ansatte omdisponert til smittehåndtering i uke 12. I Gjesdal ble helsesykepleierne i starten omdisponert til smittesporing, noen var kun i beredskap og ble aldri omdisponert. Det var også tema at det kunne bli aktuelt å omdisponere noen av helsesykepleiere til luftveislegevakten på Klepp, men det ble det aldri noe av. Som beskrevet i kapittel 6.11 ble ansvaret for smittesporing i kommunen flyttet fra Oppvekst til Helse og velferd i september 2020. Hvis helsesykepleiere fra skolene hadde blitt omdisponert i starten av pandemien hadde det resultert i at de resterende helsesykepleierne måtte ha fordelt oppgavene mellom seg, det forelå ingen annen plan.

Helsestasjonstjenesten har gjennom fjoråret hatt fokus på SOME (sosiale medier)<sup>71</sup>. En helsesykepleier og en jordmor har vært aktive flere ganger i uken via Helsestasjonstjenestens Facebook-side og Instagram-konto. I en periode var de aktive daglig i en hel måned for å spre informasjon og være tilgjengelig for brukerne.

#### **Skolehelsetjenesten**

Helsesykepleierne på skolene oppgir at det har vært god informasjonsflyt fra ledelsen og at en fikk den informasjonen en trengte. I tillegg var det lett å ta kontakt hvis en lurte på noe og ledelsen ga oppmuntrende tilbakemeldinger.

---

<sup>71</sup> Kilde: Årsmelding 2020 Gjesdal kommune

I intervjuene oppgir helsesykepleierne at de opplever at de var så tilgjengelige som de kunne være under nedstengningen, men ikke like tilgjengelige som en normalt er på skolen. Helsesykepleierne vi har intervjuet har vekslet mellom å være til stede på skolene og å ha hjemmekontor i perioden med nedstengning. Kontakt via telefon opplevdes ikke like bra som fysisk kontakt. Helsesykepleierne oppgir at skolene er gode på å ha fokus på de sårbare elevene og at de selv har hatt tett kontakt med de sårbare elevene samt lærerne.

Under nedstengningen opplevde helsesykepleierne mindre pågang enn normalt. En av helsesykepleierne oppgir at det nok er lettere for elever å komme innom spontant, det samme gjelder nok og for lærere. Vi får opplyst at det nok var flere av de elevene som de vanligvis har samtaler med som har hatt det bedre hjemme, særlig de som strever sosialt. Helsesykepleierne oppgir at de gikk gjennom listen sin over elever de hadde hatt kontakt med før nedstengningen for å finne ut hvem de burde følge opp ekstra. Oppfølgingen ble tilpasset den enkelte elevs ønske; telefonsamtale, videosamtaler eller tur. Helsesykepleierne opplevde god dialog med både elever og foresatte. Vi får opplyst at helsesykepleierne fikk noen nye henvendelser under nedstengningen, ikke mange. Disse kom via lærere/ skolen som var bekymret. Helsesykepleierne har inntrykk av at alle på skolene og helstasjonen var bevisst på at en må ta ekstra godt vare på de mest sårbare elevene og at de som er fanget opp er blitt godt fulgt opp. En av helsesykepleierne oppgir at det nok er flere en ikke vet om og at det er disse de er mest bekymret for, samt at andelen kan være verre enn en tror. Gjenåpningen av skolen ga en av helsesykepleierne indikasjoner om at flere hadde slitt med ensomhetsproblematikk og frykt for sykdom enn de hadde fanget opp og at det sikkert var flere elever som hadde hatt godt av et omsorgstilbud på skolen.

Vi får opplyst at helsesykepleierne ikke er på samme arena som elevene digitalt, ettersom elevene bruker Google Meet mens helsesykepleierne bruker Teams. Helsesykepleierne og ungdomsskolen opprettet «Hjertetelefon» og dette ble kommunisert på ukeplanen til elevene, men det ble ikke brukt.

En av helsesykepleierne oppgir at de har hatt godt samarbeid med flyktningetjenesten i kommunen. Vi får opplyst at det var flere misforståelser blant innvandrere når det gjelder om en måtte holde barna inne, om det var greit å gå på tur og lignende.

### **Konsekvenser**

Helsesykepleierne oppgir at noen barn, særlig de som har skolevegring, hadde det bedre under nedstengningen enn tidligere. Vi får opplyst at det for en av disse elevene også gikk bedre etter at skolen åpnet igjen, mens det for de andre gikk tilbake til slik det var før nedstengningen. Noen elever opplevde det som trygt og godt med mindre grupper/kohorter som ga mer forutsigbarhet og mer arbeidsro da de kom tilbake etter nedstengningen, mens andre savnet de andre elevene i klassen samt venner på andre trinn.

I intervjuene får vi opplyst at helsesykepleierne har fått mange henvendelser høsten 2021, men at en ikke kan si at det er koronarelatert. Henvendelsene har hovedsakelig dreiet seg om

skolevegning, uro i kroppen, vansker knyttet til samlivsbrudd blant foreldre, nye eller gamle. Vi får opplyst at de fleste sakene har handlet om å trygge barna.

Pandemien har ført til at noen av de årlige oppgavene som helsesykepleierne gjør er forsinket og må tas igjen. eksempelvis oppgir en helsesykepleier at pubertetsundervisningen som vanligvis gis i 5. klasse, og besøk fra SMISO – senter for seksuelle overgrep –for 6. klassingene er forsinket. En annen oppgir at samtalen med 3. og 8. klassingene ble utsatt men at de har klart å hente seg inn. Når det gjelder vaksinerings har helsesykepleierne hjulpet hverandre på skolene slik at de er ajour. Helsesykepleierne har fått beskjed om å skrive avvik på det som ikke er gjort, for å bevisstgjøre viktigheten av jobben som gjøres.

Helsestasjon for barn og helsestasjon for ungdom rapporterte en periode til Bufdir, hvor de svarte på en del spørsmål knyttet til koronasituasjonens påvirkning på tilbudet<sup>72</sup>. Gjesdal kommune rapporterte i midten av mai, juni, august og september 2020. Kommunene rapportere på nåsituasjon sammenlignet med normalsituasjonen. Rapporteringen er inndelt i helsestasjon for barn, helsestasjon for ungdom og skolehelsetjeneste, det er ikke rapportert for alle hver gang. Det er etter vår vurdering ikke mulig å lage en fornuftig statistikk av denne rapporteringen. Derfor har vi valgt å oppsummere tilbakemeldingene i avsnittene under, hvor vi følger utviklingen over tid. Helsestasjon for barn har vært åpen gjennom hele perioden og rapporterer om uendret tilgjengelighet på ansatte. I mai rapportere tjenesten om færre henvendelser enn normalt, og noe færre gjennomførte konsultasjoner, mens mengden var uendret i august sammenlignet med normalt. Under halvparten av de ansatte jobbet hjemmefra i perioden juni til august og tjenesten har rapportert om noe færre fysiske møter med barn i perioden mai til august 2020. Det er rapportert om langt flere konsultasjoner på video eller telefon i mai og noe flere i juni og august. Tjenesten har meldt om hyppigere avlysninger i august, ellers uendret de andre månedene. Avlysningene skyldes i liten eller noen grad frykt for smitte. I mai rapporterte tjenesten at den sendte færre bekymringsmeldinger til barnevernet sammenlignet med normalt, i august var mengden tilbake til normalt nivå.

Helsestasjon for ungdom har rapportert at de hadde redusert tilgjengelighet på ansatte i mai 2020, ellers har det vært som normalt. Årsaken til redusert tilgjengelighet oppgis å være omdisponering av personell. I mai rapportere tjenesten om færre henvendelser enn normalt og langt færre gjennomførte konsultasjoner, mens mengden var uendret i august sammenlignet med normalt. Tjenesten rapporterte om langt færre fysiske møter med barn i mai og noe færre fysiske møter i august. Det er rapportert om langt flere konsultasjoner på video eller telefon i mai og uendret i august. Tjenesten har ikke opplevd flere avlysninger enn normalt. Tjenesten har rapportert at de har sendt omtrent like mange bekymringsmeldinger til barnevernet som normalt. Både helsestasjon for barn og ungdom har rapportert at de i stor grad samarbeider med andre tjenester for å fange opp utsatte barn og unge, og at samarbeidet oppleves som uendret. De har også rapportert at de i stor grad følger opp barn, unge og familier som de vurderer som spesielt utsatte, men som ikke møter til avtaler.

---

<sup>72</sup> Vi mottok disse tallene fra Bufdir i desember og januar 2020/ 2021. Kommunen opplyser at de har rapportert på dette hver måned.

#### 7.7.4 BARNEVERN

Barnevernstjenesten opplyser at de har fulgt føringene fra nasjonalt hold i dialog med kommuneledelsen. Tjenesten hadde ikke beredskapsplaner med tanke på smittevern og nedstengning da pandemien brøt ut, disse ble oppdatert etter føringer fra Fylkesmannen og Bufdir. Det ble utarbeidet kontinuitetsplaner for å sikre rutine for hvem i tjenesten som utøver lederansvar samt nok ressurser. Det som angikk smittevern ble hentet fra kommunen mens opprettholdelse av drift var egen tenkning. Trafikklysmodellen med grønt, gult og rødt nivå blir benyttet og ved en ytterst kritisk situasjon er det barnevernsvakten i Sandnes kommune som skal overta ansvaret for barnevernstjenesten i Gjesdal.

Da situasjonen ble akutt i mars oppgir barnevernsleder at det var viktig å få på plass konkrete retningslinjer om smittevern for praktisk gjennomføring av møter med familier.

Barnevernstjenesten opplevde utfordringer knyttet til det digitale ettersom en ikke hadde tilgang til fagsystemet fra hjemmekontor. I mars var derfor alle med unntak av leder fysisk til stede på jobb på egne kontorer. Det var klar instruks fra kommuneledelsen at en ikke skulle sette leder i en situasjon hvor en ikke kunne drifte kontoret. Møter med samarbeidsinstanser ble hovedsakelig gjennomført digitalt, mens møter med brukerne minst mulig ble gjennomført digitalt. Vi får opplyst at enkelte ungdommer har vært lettere å nå digitalt enn ansikt til ansikt. Familier i risikogruppen er tilbudt møte over telefon eller Teams. Barnevernsleder opplyser at det har vært krevende å hele tiden tenke smittevern for de ansatte.

Samarbeidet med barnehager og skoler beskrives som bra. Det trekkes frem som positivt at det på et tidlig tidspunkt ble satt i gang daglige beredskapsmøter ved behov i ledergruppen innen oppvekst. Her ble en fort enige om at sårbare barn skulle få et dagtilbud. Barnevernstjenesten tok kontakt med de familiene som en mente burde ha et dagtilbud. Vi får opplyst at barnehagene hadde tatt de samme vurderingene som barnevernstjenesten når det gjelder hvem som burde få et dagtilbud. Det ble også vurdert om enkelte av brukerne trengte plass i påsken 2020, inkludert helligdagene. Barnevernsleder opplyser at tjenesten har kommet seg gjennom perioden<sup>73</sup> uten vesentlige forsinkelser eller mangler og beskriver perioden som en øvelse. Vi får opplyst at det er mulig Gjesdal sin modell ville gitt mer fravær hvis tjenesten hadde opplevd smitteutbrudd. Tjenesten opplever at de nå er bedre rustet ved et eventuelt nytt smitteutbrudd til å gjøre de samme tingene tryggere og mer effektivt. Barnevernsleder opplever god kommunikasjon med beredskapsledelsen og kommunalsjef, og at det er kort vei til avklaringer, samt lav terskel for å ta opp spørsmål.

Barnevernstjenesten trekker frem at det har vært utfordrende for tjenesten å få signaler fra nasjonalt hold om bruk av hjemmekontor samtidig som en får beskjed av Statsforvalteren og Bufdir. om å arbeide som normalt. Dette ble forsterket av at familievernkontoret stengte ned 13. mars, og det til og med ikke var mulighet for å nå per telefon. Leder opplever at de ansatte har håndtert situasjonen på en god måte og at de har gjort gode vurderinger av hva som haster og ikke haster. Tjenesten har også en plan for bruk av smittevernutstyr, i hvilke situasjoner det skal brukes og for at det skal brukes på riktig måte.

---

<sup>73</sup> Per oktober 2020.



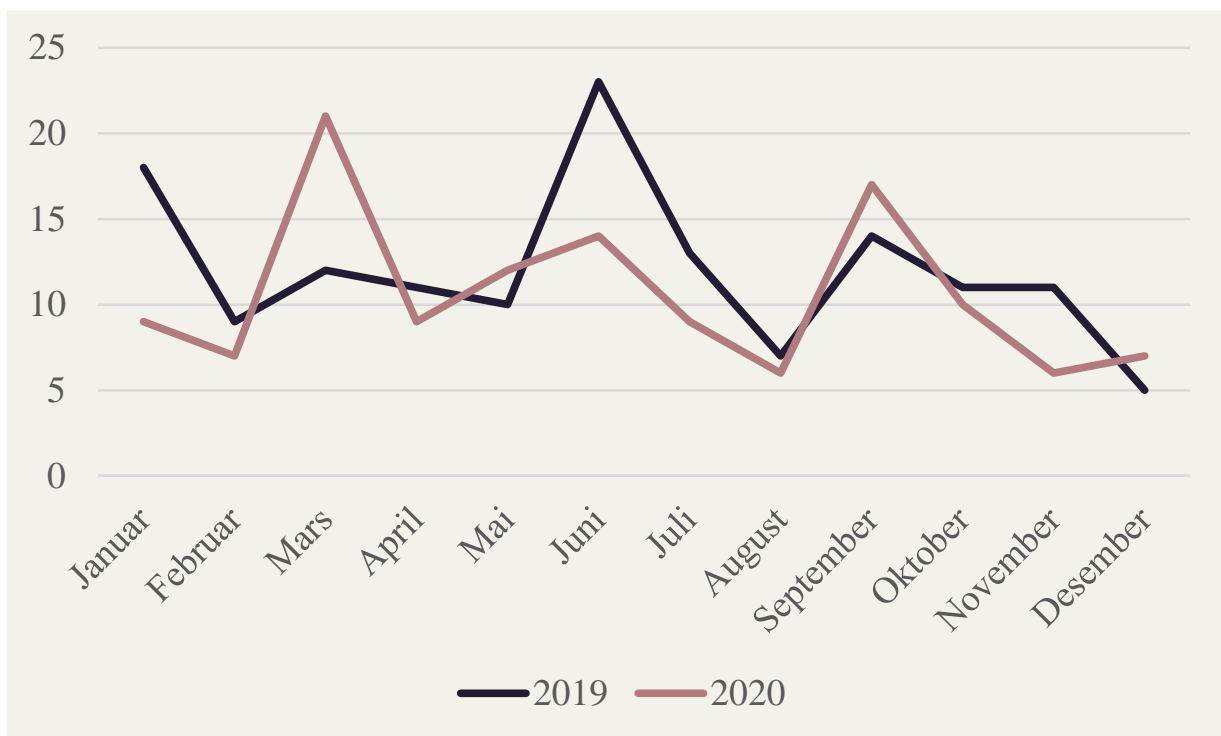
## Konsekvenser

Barneverntjenesten rapporterte en periode til Bufdir, der de svarte på spørsmål knyttet til koronasituasjonens påvirkning på tilbudet<sup>74</sup>. Fra Gjesdal kommune ble det rapportert inn opplysninger i slutten av mars og april, midten av mai, juni, august og september 2020 samt slutten av november. Indikatorene det er rapportert på er endret en del fra første rapportering i mars til neste i april. Det er etter vår vurdering ikke mulig å lage en fornuftig statistikk av denne rapporteringen. Derfor har vi valgt å oppsummere tilbakemeldingene i avsnittene under, hvor vi følger utviklingen over tid.

Barnevernstjenesten i Gjesdal rapporterer i hele perioden at de i stor grad har gjennomført tjenesten *samvær* i henhold til vedtak. Når det gjelder å *oppretholde hjelpetiltakene* til barn og familier som fikk tilbud om tiltak før koronautbruddet, rapporterer de i mars at de i noen grad har klart å opprettholde disse, mens de fra mai til november i stor grad har klart dette. Det er ikke rapportert på dette i april måned. Barnevernstjenesten rapporterer at de har fått omtrent like mange bekymringsmeldinger i perioden mars til november i forhold til normalt og at samarbeidet med andre tjenester har vært uendret.

I figur 17 har vi undersøkt utviklingen i antall nye bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten i 2020 med 2019. Dette er en indikator på kommunens evne til å fange opp de sårbare barna.

Figur 17: Nye bekymringsmeldinger i 2019 og 2020, per måned



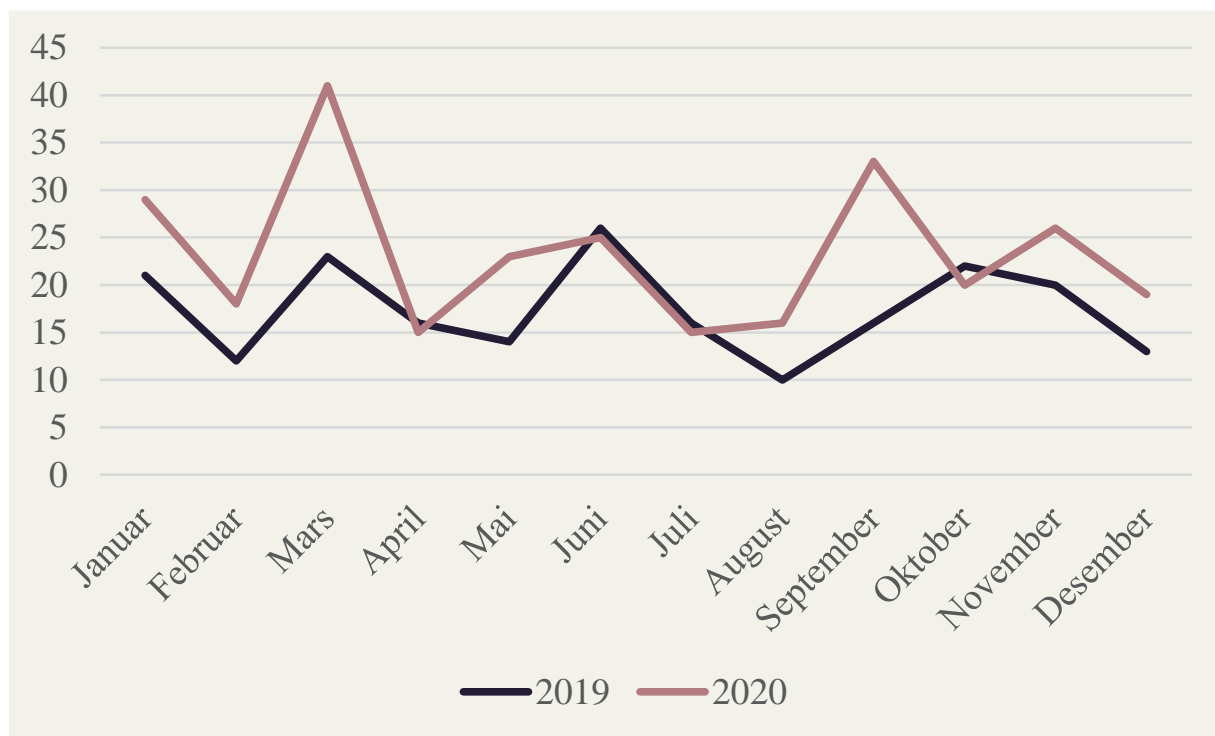
Kilde: Gjesdal kommune, barnevernstjenesten

<sup>74</sup> Vi mottok disse tallene fra Bufdir i desember og januar 2020/2021.

Antall nye bekymringsmeldinger i 2020 er redusert med 12 prosent sammenlignet med 2019<sup>75</sup>. I 2020 varierte antall bekymringsmeldinger mellom fra 6 til 21, med topp i mars på 21, deretter gikk det nedover før det kom en liten topp i mai/juni og en større topp i september på 17. I mars 2020 mottok barnevernstjenesten i Gjesdal 75 prosent flere bekymringsmeldinger enn i mars 2019. Antallet bekymringsmeldinger i 2019 varierte mellom 5 og 23 de ulike månedene, med topp i juni som var 75 prosent høyere enn juni 2020.

Figur 18 viser utviklingen i antall bekymringsmeldinger totalt til barnevernstjenesten i 2019 og 2020. Dette inkluderer både meldinger i nye saker samt aktive saker.

Figur 18: Alle bekymringsmeldinger i 2019 og 2020, per måned



Kilde: Gjesdal kommune, barnevernstjenesten

Antallet bekymringsmeldinger totalt sett har derimot økt med 34 prosent i 2020 sammenlignet med 2019<sup>76</sup>. Utviklingen i antall meldinger per måned er derimot nokså lik som for nye meldinger, det vil si topp i mars, mai/juni og september med henholdsvis 78, 64 og 106 prosent flere bekymringsmeldinger enn i 2019. 55 prosent av totalt antall meldinger i 2020 kom i aktive saker, mot 31 prosent i 2019.

Tabell 11 viser hvem som har meldt inn saker til barnevernet i 2019 og 2020, i nye og aktive saker. I tabellen har vi ekskludert meldere hvor det var mindre eller lik fem på begge årene. Kommunen har registrert henholdsvis 218 og 294 meldere i 2019 og 2020, mens det totalt sett er registrert 209 og 280 bekymringsmeldinger. Differansen skyldes at det kan være mer enn én instans som melder per enkeltmelding til barnevernet.

<sup>75</sup> Totalt sett var det 144 nye bekymringsmeldinger i 2019, i 2020 var det 127.

<sup>76</sup> Totalt sett var det 209 bekymringsmeldinger i 2019, i 2020 var det 280.

Tabell 11: Oversikt over hvem som meldte saker til barnevernet i 2019 og 2020

Meldere	2019	2020	Endring
Andre	13	28	115 %
Andre offentlige	4	12	200 %
Barnehage	7	14	100 %
Barneverntjenesten	28	34	21 %
Barnevernvakt	20	35	75 %
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	7	5	-29 %
Lege/sykehus/tannlege	28	10	-64 %
Mor/far/foresatte	10	22	120 %
Politi/lensmann	47	56	19 %
Skole	25	26	4 %
Familievernkontor	6	3	-50 %
Andre privatpersoner	19	32	68 %

Kilde: Gjesdal kommune, barnevernstjenesten

Det var 35 prosent flere som meldte i 2020 sammenlignet med 2019. Dette er nokså identisk med økningen i antall bekymringsmeldinger totalt sett på 34 prosent i 2020 sammenlignet med 2019. Av tabell 11 ser vi at det har vært en økning i nesten alle typene meldere bortsett fra Lege/sykehus/tannlege, Familievernkontor og Helsestasjon/ skolehelsetjeneste. Det har vært størst prosentvis økning i meldinger fra andre offentlige, mor/far/ foresatte, andre og barnehage.

### 7.7.5 PPT

Nedstengningen i mars førte til forskyvninger i arbeidsprosessen for PPT. Våren er normalt sett den travleste tiden på året for PPT ettersom det da skrives sakkyndige vurderinger. På grunn av nedstengningen fikk en ikke snakket med barn og foresatte og utredninger, henvisninger og tester ble utsatt. Vi får opplyst at tjenesten hadde en del skrivearbeid som de fikk gjort og dermed kom ajour journalmessig. Etter påske ble faste avtaler med foresatte og veiledning av skoler og foresatt gjennomført digitalt. Det ble også gjennomført digitale møter med skoler og samarbeidspartnere. Testarbeid og logopedisk behandling var også nedstengt til etter påske. Observasjon på skoler og barnehager startet opp da de åpnet opp for alle.

Tjenesten hadde ikke tilgang til fagsystem fra hjemmekontor før etter påske. I starten var kun en ansatt på kontoret, mens etter påske delte en de ansatte i to og rullerte på hvem som var til stede på kontoret og hvem som satt hjemme. Leder for PPT opplevde at implementeringen av tiltakene fungerte bra og at de hadde tett samarbeid med foresatte samt at de elevene som trengte tett

oppfølging fikk komme på skolen. Ved sykdom hos de ansatte får vi opplyst at utredninger blir stoppet opp ettersom det ikke er kapasitet til å fordele til andre.

Samarbeidet med barnehager og skoler beskrives som bra. Nærhet mellom ledelsen og feltet beskrives som en fordel. PPT måtte melde fra om forsinkelser i utarbeidelsen av sakkyndige vurderinger og enkelte utredninger. Dette ble tatt opp igjen når det lot seg gjøre. Elever med vedtak om spesialundervisning som det ikke fungerte for med digital oppfølging fikk tilbud om oppfølging på skolen under nedstengningen. PPT opplyser at de fikk lite henvendelser fra skolene i starten av nedstengningsperioden og opplever at de som har sakkyndig vurdering har blitt fulgt opp av skolen og barnehagen ved hjelp av tilpasninger.

### **Konsekvenser**

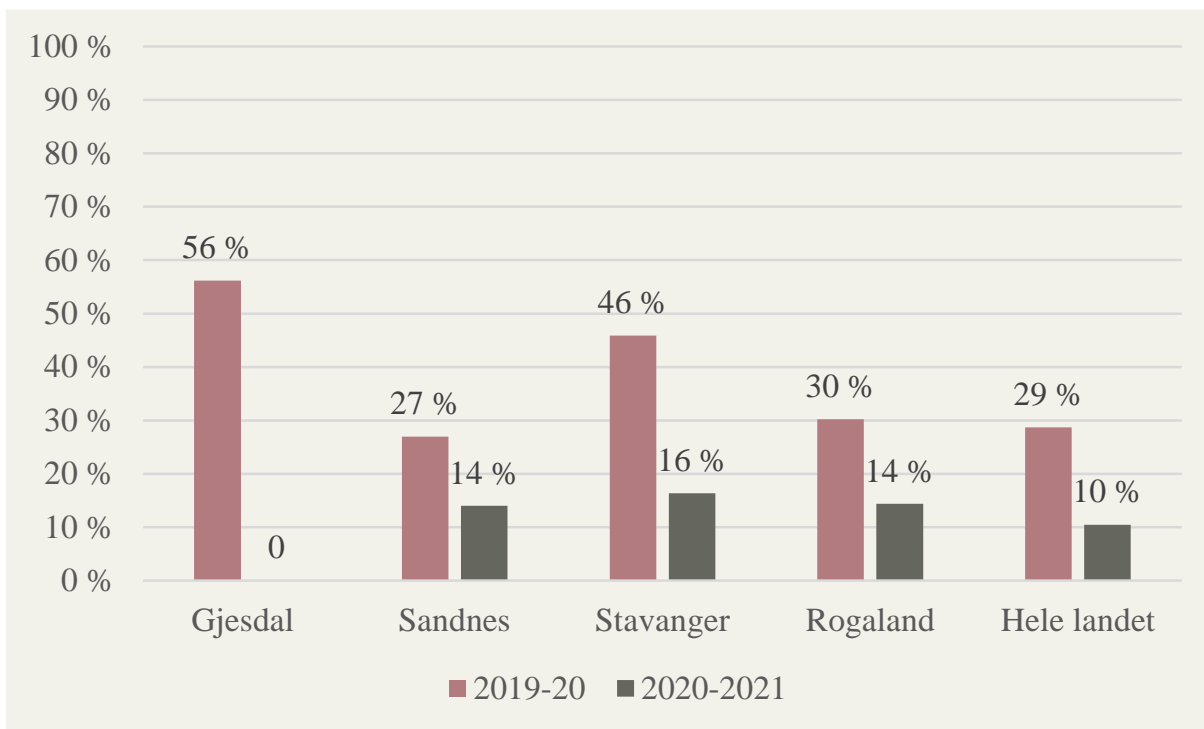
Ifølge leder for PPT har det vært en økning i antall henvisninger våren 2021 i forhold til høsten, særlig på skolen. Det foreligger ikke endelige tall på dette per mars 2021. Leder antar at dette skyldes at det tok tid fra skolene åpnet igjen til en kom tilbake til en mer normalisert hverdag.

8. november 2020 kunne VG melde at mange barn i Norge hadde mistet den spesialundervisningen de hadde krav på. For skoleåret 2019/2020 er det 68 elever i Gjesdal kommune som har fått for få spesialundervisningstimer<sup>77</sup>. Det er 55 elever som har fått for få timer med lærer eller spesialpedagog. I figur 19 har vi sammenlignet andel elever i Gjesdal kommune som har fått for få spesialundervisningstimer med Sandnes og Stavanger kommune, fylket og landet.

---

<sup>77</sup> Kilde: GSI

Figur 19: Andel elever som har fått for få timer med spesialundervisning skoleåret 2019/2020 og 2020/2021<sup>78</sup>



Kilde: GSI

Det foreligger ikke tall i Gjesdal kommune på hvor mange elever som har fått for få spesialundervisningstimer skoleåret 2020/2021. Av figuren ser vi at andelen elever som har fått for få timer er høy i Gjesdal kommune. Strand har rapportert inn 0 prosent for skoleåret 2019/ 2020 og oppgir at tilbudet er gitt men at det ble organisert litt annerledes. Eksempelvis at elever med vedtak i grupper ikke fikk dette, men at de fikk et tilpasset tilbud. Vi får opplyst Gjesdal at det i Gjesdal stort sett er elever på ungdomstrinnet som har fått for få timer. I Stavanger og Sandnes er det hovedsakelig elever på småtrinnet som har fått for få timer til spesialundervisning. Rektorene vi har intervjuet kjenner seg ikke igjen i statistikken og oppgir at elevene med spesialundervisning har fått god oppfølging under pandemien. En av rektorene opplever at elevene med spesialundervisning har fått bedre oppfølging under pandemien enn til vanlig. Ifølge kommunalsjef har de aller fleste elevene fått tilbud om spesialundervisning som normalt, men en del av elevene valgte å ikke ta i mot dette tilbudet ettersom de heller ønsket å delta i klassens undervisning, Andre ønsket bare å ha «litt tid» med lærer og heller følge klassen. Vi får opplyst at elever som har mistet timer har fått tilbud om disse i ettertid, men at noen av disse elevene, inkludert foresatte, ikke har ønsket å ta imot timene som de har mistet.

I Gjesdal kommune fikk elever med vedtak om spesialundervisning som ikke hadde et opplæringstilbud på skolen en annen form for oppfølging hjemmefra, eksempelvis digital opplæring.

<sup>78</sup> Fra skolestart til 1. oktober.

## 7.8 UNGDOMSTILBUD

---

Ungdomshuset Veveriet er et kommunalt fritidstilbud for ungdom fra åttende klasse til og med tredje videregående i Gjesdal kommune. Ungdomshuset er drevet av ungdom for ungdom med et ungdomsstyre og et crew. Vi får opplyst av kulturrådgiver at kommunen stort sett har klart å holde ungdomshuset åpent gjennom pandemien ettersom det er svært viktig for ungdom å ha en fysisk møteplass. Kommunen har prioritert å holde åpent når det har vært mulig, men med restriksjoner på hvor mange som kan delta. I tillegg får vi opplyst at kommunen har hatt tilbud i alle feriene gjennom hele pandemien. I normale tider holder de som regel stengt i ferier. I sommerferien 2020 hadde Ungdomshuset et tilbud i åtte uker som ble kalt Pop up ungdomshuset. Her møtte de ungdommene ute på stranden eller andre steder i kommunen og hadde ulike aktiviteter, musikk og grilling. I periodene hvor Ungdomshuset var stengt på grunn av restriksjoner får vi opplyst at det ble opprettet et online ungdomshus på gamingplattformen Discord. Her ble det opprettet forskjellige rom hvor ungdommene kunne samles, de snakket sammen, spilte musikk og gamet sammen med ungdomsarbeider. I tillegg ble det arrangert konkurranser hvor ungdommene fikk hint online og måtte ut for å lete etter skatter eller en ungdomsarbeider i nærområdet.

## 7.9 VURDERING OG LÆRINGSPUNKT

---

En utilsiktet konsekvens av begrensningene som ligger i smittevernrestriksjonene vil være 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 Gjesdal kommune klart å ivareta de mest sårbare barn og unge gjennom sine tilbud?

Hovedinntrykket vårt er at Gjesdal kommune har ivaretatt disse barna på en relativt god måte gjennom pandemien, og at fokus på sårbare barn og unge har vært og er en tydelig prioritering i kommunen. Det er flere indikasjoner på dette. En første indikasjon er at aktuelle tjenesteområder innen Oppvekst rettet oppmerksomheten mot sårbare barn og unge umiddelbart etter nedstengningen. Etter vår vurdering valgte Gjesdal kommune en god fremgangsmåte for å identifisere de sårbare barna og familiene under nedstengningen. I tråd med ansvarsprinsippet var det styrene og rektorer, med hjelp av føringer fra kommunalsjef og i dialog med hovedsakelig barnevern og PPT som hadde ansvar for å identifisere sårbare barn og unge som trengte et omsorgstilbud.

Det var betydelig flere barn og unge som fikk et omsorgstilbud i barnehagene og på skolene i lys av at de ble definert som sårbare i Gjesdal kommune enn i Strand kommune, og mange fikk tilbud allerede fra første uken etter nedstengningen<sup>79</sup>. En forklaring kan være at Gjesdal kommune har klart å fange opp flere sårbare elever enn Strand kommune har. Det at Gjesdal kommune er en BTI-kommune hvor de er vant til å jobbe tverrfaglig og samarbeidsstrukturer var på plass i forkant av pandemien kan ha gitt utslag her. I alle intervjuene innen Oppvekst får vi opplyst at de vet hvem de sårbare elevene er, uavhengig av om det er en pandemi eller ikke, og at de var samstemte når det gjaldt hvem som burde få omsorgstilbud.

---

<sup>79</sup> Det er en viss usikkerhet knyttet til de innrapporterte tallene fra Strand kommune.

Barneombud Inga Bejer Engh<sup>80</sup> poengterer at de kommunene som har lyktes best i arbeidet med sårbare barn og unge er de som har hatt gode samarbeidsstrukturer på forhånd av pandemien. En annen forklaring kan være at de to kommunene har hatt eller har praktisert ulike kriterier for hvem som fikk omsorgstilbud. I Gjesdal har vi fått opplyst at flere skoler og barnehager har vært romslige i forhold til hvem som har fått omsorgstilbud, dette gjelder særlig de som har fått tilbud en stund etter nedstengningen. Når det gjelder andel sårbare elever som fikk omsorgstilbud ligger Gjesdal cirka på samme nivå som fylkes- og landssnittet. I løpet av nedstengningsperioden ble det gjort en rekke tiltak i barnehagene og skolene i samarbeid med skolehelsetjenesten for å fange opp elever som ble sårbare på grunn av pandemien. Det ble også iverksatt flere tiltak for å ivareta barn og unge generelt, eksempelvis tilbud om tur med miljøterapeut og opprettelse av hjertetelefon/ informasjon om alarmtelefon.

I likhet med andre kommuner var det en betydelig andel elever som fikk færre timer med spesialundervisning enn det som var vedtatt for skoleåret 2019/2020. Andelen i Gjesdal var betydelig høyere enn fylkes- og landssnittet. I motsetning til i Stavanger og Sandnes kommune er det flest elever på ungdomstrinnet som har fått for få timer. Vi får opplyst at flere av elevene det gjelder har valgt å følge klassens undervisning i stedet for å få den spesialundervisningen de har krav på, samt at elevene som har gått glipp av timer har fått tilbud om å ta igjen timene de har mistet, men at flere ikke har ønsket 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.

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

Utviklingen i antall bekymringsmeldinger til barnevernet er en indikator på kommunens evne til å fange opp sårbare barn og unge. Antallet bekymringsmeldinger i nye saker til barnevernet i Gjesdal er redusert med 12 prosent i 2020, sammenlignet med 2019. I mars 2020 mottok derimot barnevernstjenesten 75 prosent flere bekymringsmeldinger enn i mars året før. I tillegg var det en ny topp i september som var høyere enn i 2019. Den store økningen i bekymringsmeldinger i mars måned kan indikere - og underbygges av det som fremkommer av intervjuene - at det har vært stort fokus på de sårbare barn og unge, og at disse er fanget opp. En annen mulig tolkning er at konsekvensene av koronapandemien har gjort at det er blitt flere barn som lever under vanskelige forhold og at det dermed burde ha vært enda flere bekymringsmeldinger, men at en del ikke er fanget opp og meldt inn. Topper i mai og september - kort tid etter at skolene og barnehagene åpnet opp igjen etter nedstengningen samt etter sommerferien - kan tyde på at skoler og barnehager med tilhørende instanser er viktige meldesystemer. Oversikt over antall meldere viser at antallet bekymringsmeldinger sendt fra barnehager har doblet seg i 2020, mens det for skolene er nokså likt som i 2019. Det har også vært en betydelig økning i antall meldinger fra privatpersoner og fra mor/far/ foresatte. Mange har vært mer hjemme enn normalt sett under pandemien. Dette kan ha bidratt til at flere har fanget opp barn de er bekymret for. Samtidig har sårbare barn og unge vært gjenstand for stor oppmerksomhet i media, noe som kan ha medført at fokuset på sårbare barn og unge har vært høyere i 2020 enn tidligere. Den største prosentvise

---

<sup>80</sup> Foredrag på Kontrollutvalgskonferansen 2021.

nedgangen finner vi for meldinger fra lege/ sykehus og tannlege. Dette kan ha sammenheng med at de strenge smitteverntreglene har gjort at færre barn og unge har vært hos lege, sykehus og tannlege i denne perioden. 55 prosent av totalt antall meldinger i 2020 kom i aktive saker, mot 31 prosent i 2019. Dette kan indikere at koronasituasjonen har ført til en større slitasje på sårbare familier, og at det har ført til at hjemmeforholdene er blitt vanskeligere for barna. Etter vår vurdering er ikke nedgangen i nye bekymringsmeldinger dramatisk. En del av endringene innen bekymringsmeldinger kan også skyldes tilfeldigheter og årlige variasjoner. Likevel bør barnevernstjenesten være oppmerksom på utviklingen i bekymringsmeldinger i 2021 for å se om trenden snur eller vedvarer. Tilbakemeldingene fra barnevernsleder tyder på at barnevernet i stor grad har klart å opprettholde vanlig kvalitet på tilbudet.

Under nedstengningen var alle ansatte innen barnevernstjenesten utenom leder på kontoret. Selv om de ansatte har egne kontorer vurderes dette som en sårbar løsning som kunne gitt mer fravær ved smitteutbrudd enn nødvendig.

Helsestasjon for barn og ungdom har til tider opplevd færre henvendelser enn normalt samt færre gjennomførte konsultasjoner. Helsepsykepleierne på skolene opplevde mindre pågang under nedstengningen og få nye henvendelser, dette har derimot snudd høsten 2021 og vi får opplyst at de fleste sakene har handlet om å trygge barna. Pandemien har ført til at noen av de årlige oppgavene som helsepsykepleierne på skolene gjør er forsinket. Dette innebærer at en må ta dette igjen neste skoleår samtidig som antallet henvendelser øker.

Bemannings situasjonen innen Oppvekst har vært utfordrende gjennom hele pandemien, særlig for skoler og barnehager. Kommunen har ved flere anledninger rapportert til Statsforvalteren at stort fravær blant ansatte i barnehager og skoler fører til driftsproblemer av praktisk og økonomisk art. Kommunen har utfordringer med å finne vikarer ettersom det er flere krav og hensyn som må tas. Skolene og barnehagene melder selv om stor slitasje på de ansatte og at mange har brukt mye tid på vasking og ekstra administrative oppgaver som følge av smittevern, særlig i etterkant av gjenåpningen. Flere virksomheter oppgir at de er usikre på om de klarer å sikre drift ved mange ansatte i karantene eller syke, rødt nivå på skolene oppgis også som svært krevende å gjennomføre. Kommunen bør vurdere tiltak for å sikre at skolene og barnehagene har tilgjengelige ressurser i beredskap.

Læringspunkt:

- Unngå å bruke kjernepersonell til oppgaver som vasking og annet administrativt arbeid som følger av smitteverntiltakene for å frigjøre ressurser.

Gjennomgangen viser at pandemien har hatt flere konsekvenser for virksomhetene innen oppvekst, ikke utelukkende negative, vi finner også noen lyspunkter. For det første har den ført til en bratt læringskurve digitalt, skolene oppgir at de har fått tettere oppfølging av skolekontoret, vi får opplyst at enkelte elever med skolevegring hadde det bedre under nedstengningen og deltok mer på skolen enn normalt og flere ansatte i barnehagene har fått en sterkere relasjon til barna ettersom mye av møtevirksomheten er borte og de ansatte har mer fokus og tid til barna.



Det er positivt at kommunen gjennom hele pandemien har hatt et ungdomstilbud. I periodene hvor en måtte ha ungdomshuset stengt på grunn av smittevernhensyn opprettet kommunen et online tilbud.

Hovedbildet er altså positivt: Gjennomgangen tyder på at Gjesdal kommune har klart å ivareta de mest sårbare barna på en god måte. 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 og unge 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. Tilbakemeldingene fra PPT og skolehelsetjenesten om en økning i antall henvisninger våren 2021 kan være tegn på det. 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>81</sup>. De hevder at barn, unge og studenter har 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. Vi anbefaler kommunen å undersøke hvordan barn og unge selv har opplevd koronaperioden og de tilbudene de har mottatt. Det har også vært en svært krevende situasjon å stå i for de ansatte, både for ansatte innen helse og ansatte innen oppvekst. Kommunen bør også vurdere å undersøke hvordan de ansatte har opplevd situasjonen og hvordan pandemien har påvirket dem.

---

<sup>81</sup> Velferdssamfunnet satt på prøve – Humanitære konsekvenser i kjølvannet av Covid-10-pandemien, Røde Kors 2021.

## 8 VEDLEGG

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

### Muntlige kilder/ intervjuer

- Kommunalsjef Kultur og Samfunn; Årstein Skjæveland
- Kommunalsjef Oppvekst; Jone Haar
- Kommunalsjef Helse og velferd; Stige Egeland
- Beredskapskoordinator; Siri A. Eiane
- Smittesporer; Ine Hetland Henriksen
- Avdelingsleder fysio- og ergoterapiavdelingen; Maren Lima
- Rektor Oltedal skole; Målfrid Førde
- Rektor Bærland skole; Kari Rygh Mæland
- Rektor Gjesdal ungdomsskole; Ingeborg Millner
- Styrer Bamsebo barnehage; Kristine Svendsen Lomeland
- Styrer Oltedal barnehage; Irene Høiland
- Leder PPT; Anita Madland Flåten
- Barnevernsleder; Anne Bodil Surdal
- Helseesykepleier; Kristin Helene Wingård.
- Helseesykepleier; Berit Helland
- Virksomhetsleder Solås bo- og aktivitetssenter; Anne Rogdeberg
- Avdelingsleder Mestringssenteret; Randi Nisja Heskestad
- Avdelingsleder Bo- og hjemmetjenester, psykisk helse og rusvern; Camilla N. Trones

### Muntlige kilder/ intervjuer gjennomført i forbindelse med forvaltningsrevisjon i Sandnes

- Kommunelege
- Leder for luftveislegevakt og teststasjon
- Fylkesberedskapssjef
- Smittevernoverlege SUS
- Beredskapssjef SUS
- Analysesjef SUS
- Fylkeslegen
- Fylkesberedskapssjef

### Korrespondanse

- Kulturrådgiver

### Skriftlige kilder

- Tilgang til kanaler i Teams

- Tilgang til all krsedokumentasjon i CIM
- Referater i beredskapsledelsen
- Referater i smitteverngruppen
- Overordnet ROS- analyse og beredkapsplan for Gjesdal kommune
- Pandemiplan Gjesdal kommune
- Plan for helsemessig og sosial beredskap Gjesdal kommune
- Kontinuitetsplaner og ROS- analyser virksomheter
- Tiltak og rutiner innen Helse og velferd
- Beredkapsplan for Klepp og Time legevakt ved smitte Covid 19
- 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 Lægred i Stat og styring 2:2020.
- Kommunens nettside
- Årsmelding 2020 Gjesdal kommune

## Tall

- Oversikt over omsorgstilbud i nedstengningsperioden, barnehager og skoler. Mottatt fra Gjesdal kommune
- Tall på antall testede fra Luftveislegevakten og teststasjonen på Klepp
- Tall på antall isolerte, i karantene og ressursinnsats ifm. smittesporingen. Fra kommunen
- Smittevernuttstyr. Både fra kommunen og fra statsforvalteren.
- Utdanningsdirektoratet – tall om elever og spesialundervisning: <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-grunnskole/tall-om-elever-og-skoler/>
- Tall fra Bufdir som viser hvordan koronapandemien har påvirket tjenestetilbudet.

## Vedlegg 1: Fordeler og ulemper med tre ulike typer beredkapsorganisering

- **Krisehåndteringen hovedsakelig lagt til strategisk ledelse og beredkapsstab.** I denne modellen er beslutningsfullmaktene sentralisert, og styringen følger en pyramideformet struktur med strategisk ledelse på toppen og med beredkapsstaben som mellomnivå. Taktisk nivå utfører og implementerer tiltak. Denne modellen har vist seg effektiv i håndteringen av kortvarige kriser eller akutt håndtering av en overraskende krise. Instruksjer sendes raskt nedover organisasjonen og både ledelse og stab blir arenaer for tverrgående koordinering internt og eksternt i tråd med samvirkeprinsippet. Håndteres krisen på ledelse- og stabsnivå vil det også være et bidrag til å skjerme den ordinære driftsorganisasjonen. Ulempen med å organisere krisehåndteringen slik, er at mye saker og informasjon må gå

oppover i hierarkiet, og at ledelses- og stabsleddet kan bli en flaskehals. Styringslinjene kan også bli uklare om beredskapsstaben har fullmakt til å styre det taktiske nivået.

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

## Vedlegg 2 Forsterket TISK

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



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

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

I begynnelsen av mars 2021 tok kommunen i bruk dette virkemiddelet i forbindelse med at en elev ved Porsholen skole var smittet av et mutert virus. Dette resulterte i at tre kommunale institusjoner hadde personer i ventekarantene (Porsholen skole, Lunde bofellesskap og Vågsgjerd aktivitetssenter). I kommunens pressemelding den 10.03 pekes det på at «de nye koronamutasjonene kan spre seg raskt, og derfor er det ekstra viktig å få kontroll over smitten så tidlig som mulig. Ventekarantene brukes normalt for de som er nærkontakter av nærkontakter, og kun når det foreligger mistanke om mutasjon. Ventekarantenen opphører normalt med det samme nærkontakten har fått negativt svar på koronatesten. -Ventekarantene er et effektivt verktøy for å bremse smittespredningen. De muterte virusene begynner å bli mer og mer vanlige, så de neste månedene vil vi nok se en økning i bruken av ventekarantene, sier kommuneoverlege Hans Petter Torvik».

### Vedlegg 3: Besøksbegrensninger institusjoner Gjesdal kommune

Type institusjon	Begrensninger besøk	Type begrensninger	Begrensninger for tur/ besøk ute	Særlige ordninger for kritisk syke
Sykehjem	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle besøkende må være symptomfrie</li> <li>• Ikke vært i nærkontakt med syke, eller selv være i karantene.</li> <li>• 2 besøkende pr pasient pr besøk (hovedsak nær familie).</li> <li>• 4 beboere besøk per etasje pr besøk.</li> <li>• Max antall 16 besøkende på huset samtidig.</li> <li>• Max lengde på besøk 1 time.</li> <li>• Alle besøk skal avtales i forkant.</li> <li>• Hovedinnganger er låste.</li> </ul>	Nei	Hvert tilfelle vurderes individuelt, ut fra en helhetlig vurdering.
Omsorgsboliger	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle besøkene må være symptomfrie.</li> <li>• Ikke vært i nærkontakt av syke eller selv være i karantene.</li> <li>• Avtalt besøk anbefales.</li> <li>• Anbefalt antall personer i leilighetene pr besøk er max 2 personer + beboer.</li> <li>• Besøk i fellesareal tillates ikke.</li> <li>• Nærmeste inngang til leilighet skal benyttes,</li> <li>• Hovedinnganger er låste.</li> </ul>	Nei	Hvert tilfelle vurderes individuelt, ut fra en helhetlig vurdering.
Bofellesskap	Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle besøkene må være symptomfrie.</li> <li>• Ikke vært i nærkontakt av syke eller selv være i karantene.</li> <li>• Alt besøk skal avtales på forhånd.</li> </ul>	Nei	Hvert tilfelle vurderes individuelt, ut fra en helhetlig vurdering.

- |  |   |  |
|--|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Besøkende blir vist til beboers rom av personalet,</li><li>• Besøk i hagen: Personalet følger og henter beboer til avtalt sted.</li><li>• Opphold/ besøk i fellesareal tillates ikke.</li><li>• Anbefalt antall personer i leilighetene pr besøk er max 2 personer + beboer.</li><li>• Nærmeste inngang til leilighet skal benyttes.</li><li>• Hovedinnganger er låste.</li></ul> |  |
|--|---|--|

Kilde: Statsforvalteren i Rogaland