Forvaltningsrevisjon

Krisehåndtering og lærdommer i forbindelse med korona-utbruddet

Bærum kommune, 2022

Innhold

Oppdraget 3
Sammendrag 4
Kommunedirektørens kommentar 10
1 Innledning 13
2 Smitteutviklingen 21
3 Kriseforberedelser 30
4 Smittevernutstyr 44
5 Kriseorganisering og -ledelse 50
6 Oppbygging av TISK-kapasitet 72
7 Andre lokale smitteverntiltak 111

Vedlegg 138

OPPDRAGET

Bestilling

Kontrollutvalget vedtok 23.11.2020 å gjennomføre en forvaltningsrevisjon av kommunens håndtering av korona-pandemien.[1] Prosjektplan ble vedtatt i kontrollutvalget 01.02.2021.[2] I utvalgets møte 30.08.2021 ble budsjettet for prosjektet utvidet til 750 000 (fra 500 000).

Formål

Prosjektet vil kartlegge og vurdere krisehåndteringen i et ledelses- og styringsperspektiv. Siktemålet er å lære av erfaringene.

Problemstillinger:

- Hvor godt forberedt var Bærum kommune på krisen som oppstod i begynnelsen av mars?
- I hvilken grad var beredskaps- og helseplaner oppdaterte og operasjonelle?
- Hvordan var situasjonen med hensyn til smittevernutstyr og bemanning?
- Hvordan har kommunens ledelse organisert og håndtert beredskapsarbeidet i ulike faser av korona-utbruddet? Hva har vært vellykket? Hva har vært utfordrende?
- Hva har vært de viktigste tiltakene innenfor kommunens helsetjeneste?
- Hvordan er kapasitetsutbygging i forhold til TISK-virkemidlene blitt håndtert?
- Hvordan har implementeringen av tiltak ute i organisasjonen fungert, og hvordan har samhandlingen mellom kriseledelse og virksomhetene vært?

Prosjektleder har vært forvaltningsrevisor Astrid Gulbrandsen som har gjennomført prosjektet sammen med senior forvaltningsrevisorer Ståle Opedal og Svein Kvalvåg. Rapporten er kvalitetssikret av leder for forvaltningsrevisjon Silje Nygård.

[1] Kontrollutvalget 23.11.2020 sak 58/2020. http://opengov.cloudapp.net/Meetings/VIKUS/Meetings/Details/220702

[2] http://opengov.cloudapp.net/Meetings/VIKUS/Meetings/Details/228280?agendaItemId=207516 I møte 1.3.2021 ble kontrollutvalget gitt en orientering om storbynettverkets egen evaluering av håndteringen av pandemien. Forvaltningsrevisjonen ligger nær opptil denne internevalueringen, men er gjennomført uavhengig av denne i og med at revisjonen er gjennomført før storbykommunenes gjennomføring av egne internevalueringer.

SAMMENDRAG

Bærum fikk påvist sitt første smittetilfelle 27. februar 2020. Da var kommunen i gang med å forberede seg på det som skulle bli en krise uten sidestykke etter andre verdenskrig. Alvorlighetsgraden og langvarigheten på pandemien har utfordret etablerte måter å håndtere kriser på. Kritiske beslutninger er blitt tatt under stort press i situasjoner med begrenset kunnskap og med stort behov for koordinering mellom mange berørte instanser.

Denne revisjonen er gjennomført som en *evaluering* av kommunens håndtering av pandemien i perioden 2020 – 2021 med sikte på å identifisere læringspunkter. I 2021 er revisjonen gjennomført som en følgeevaluering av kommunens pandemihåndtering. Lignende revisjoner er gjennomført i Stavanger, Sandnes, Strand og Gjesdal i Rogaland.

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

Hovedbudskap

- *Smitteutviklingen har vært under kontroll, og smitteutbrudd er blitt slått ned* gjennom bruk av lokal forskrift, oppbygging av betydelig TISK-kapasitet (testing-isolering-smittesporing-karantene), regionalt samarbeid og andre lokale smitteverntiltak.

- *Beskyttelse av eldre og andre risikogrupper har stått sentralt i Bærums håndtering av pandemien*. Omfattende smitteutbrudd i sykehjem har ført til flere koronarelaterte dødsfall i Bærum enn i flere andre storbykommuner.

- *Verken planverk eller lagre for smittevernutstyr tok høyde for en langvarig og alvorlig pandemi hvor det i utgangspunktet ikke forelå en vaksine*. Grunnleggende sett var likevel kommunen forberedt gjennom sine planer for beredskapsorganisering og ressursmobilisering og tilgang på handlekraftige og kompetente ledere og ansatte.

- *Samarbeidet mellom politisk ledelse, administrasjonen og faglig ekspertise* har i hovedsak sikret balanserte avveininger i forhold til når og hvor hardt det skulle trykkes på den *«røde knappen»* for å slå ned smittebølger og å kontrollere smittesituasjonen.

Smitteutviklingen generelt har vært under kontroll

Bærum har vært gjennom 5 store smittebølger - mars/april 2020, desember/januar 2020/2021 og mars/april og august/september 2021 og november/desember 2021/ vinteren 2022. Den siste bølgen er spesiell i den forstand at den er så mye større enn de andre bølgene, og at den først ble dominert av delta-viruset og deretter fullstendig dominert av omikron-viruset.

I Bærum var smitteimporten i starten av pandemien betydelig fra «røde» vinterdestinasjoner i Sør-Europa med omfattende smitte. Den første smittebølgen ble raskt slått ned, og ebbet ut i løpet av april 2020. Sammenlignet med utviklingen i Stavanger, hadde Bærum en kraftigere smittebølge våren 2020, og det tok lengre tid å slå ned smitten. Høsten 2020 fikk Bærum en tidligere, men svakere bølge enn Stavanger, før det dro seg kraftig til for Bærums del i mars/april i 2021. Også høsten 2021 var smittetrykket høyere i Bærum enn i Stavanger.

Nærheten til Oslo som episenter for covid-19 i Norge, har påvirket smitteutviklingen i Bærum og andre nabokommuner i den felles bo- og arbeidsregionen i det sentrale Østlandsområdet.

Bærum har under pandemien hatt flere koronarelaterte dødsfall. Det første korona-relaterte dødsfallet i Bærum skjedde 29. mars 2020. I løpet av de neste ukene – fram til 25. april, økte antallet koronarelaterte dødsfall til 23. Flere av disse hadde sammenheng med den alvorlige situasjonen som oppstod på Vallerhjemmet, med mange smittede og døde. De fleste koronarelaterte dødsfallene har skjedd i sammenheng med de fire første smittebølgene. Mer enn to tredjedeler av dødsfallene har skjedd ved bo- og behandlingssentrene, resten på sykehus.

Strategisk har Bærum kommune håndtert pandemien ved å tilpasse lokale smitteverntiltak til de til enhver tid gjeldende statlige smitteverntiltakene. Lokal forskrift, oppbygging av TISK-kapasitet, trafikklysmodellen i skoler og barnehager, har sammen med smitteverntiltak og besøksrestriksjoner i helse- og omsorgsinstitusjoner, vært sentrale virkemidler for å slå ned smitteutbrudd og holde smitteutviklingen under kontroll. Ikke på noe tidspunkt har kriseledelsen stått i fare for å miste kontrollen på smitten, men Bærum kommune har hatt flere koronarelaterte dødsfall enn flere av de andre større bykommunene i Norge.

Ikke helt forberedt, men heller ikke uforberedt

Bærum kommune var relativt tidlig ute med å forberede håndteringen av koronapandemien. Det ble gjort en rekke forberedende aktiviteter i januar, februar og tidlig i mars 2020.

Kommunen hadde et oppdatert planverk ved inngangen til pandemien. Planverket fungerte som en god rettesnor for arbeidet som ble gjort, men var ikke tilpasset en global megakrise av et slik omfang og en slik varighet som koronapandemien. Kommunens evne til å improvisere og handle under stor usikkerhet, har vært helt avgjørende for å kunne håndtere den lokale smittesituasjonen og tilpasse de lokale smitteverntiltakene til de gjeldende nasjonale føringene.

Vi finner enkelte mangler i planverket. Bærum har ingen plan for helsemessig og sosial beredskap, og pandemiplanen er lite konkret mht. testing, smittesporing, isolasjon og karantene.» Bærums beredskapsplaner og helseplaner tok heller ikke fullt ut høyde for et pandemiscenario med en langvarig og alvorlig pandemi hvor det i utgangspunktet ikke forelå vaksine.

Etter vår vurdering er den manglende konkretiseringen av TISK-virkemidlene (testing, isolering, smittesporing og karantene) pandemiplanens svakeste punkt. I planen står det noe om isolering, blant annet at det kan være aktuelt å ha en egen kommunal klinikk for diagnostisering, isolering og behandling av syke. Utover dette står det lite om TISK-virkemidlene. At så mange havnet i karantene ble i intervjuene trukket som en av de største manglene ved planverket.

Tross en del *«armer og bein»* de første ukene, kom det raskt på plass en beredskapsorganisasjon og mange beslutninger ble truffet for å slå ned smitten. Tross mangler i planverket, var det derfor på plass en *grunnleggende forberedthet* gjennom beredskapsorganisasjon og mobilisering av kompetente og handlekraftige ledere og ansatte. Denne «beredskapsgrunnmuren» har vært viktig for effektiviteten i kommunens krisehåndtering. *Et læringspunkt basert på erfaringene med pandemien, er at fortløpende planlegging har vært til mer hjelp enn beredskapsplaner.*

Etter vår vurdering bør planverket oppdateres med et scenario som tar høyde for en langvarig og alvorlig pandemi som må slås ned med inngripende tiltak fordi det ikke foreligger vaksine. Bærum kommune bør også vurdere hvordan de skal forholde seg lovkravet om at kommunene skal ha en plan for helsemessig- og sosial beredskap. Per i dag har ikke Bærum kommune en slik plan som eksplisitt er forankret i Lov om helsemessig og sosial beredskap.

Manglet smittevernutstyr, men et beredskapslager kom raskt på plass

Bærum kommune hadde før pandemien slo til, mer smittevernutstyr på lager enn det Sandnes og Stavanger hadde på samme tid, men ikke tilstrekkelig til å dekke en stor økning i forbruket.

Ansvaret for å kjøpe inn smittevernutstyr lå til hver enkelt virksomhet, og både LEAN-prinsippet og Just-in-Time-prinsippet tilsa minst mulig på lager.

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

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

Fleksibel beredskapsorganisering er nødvendig i en langvarig krise

Den overordnede beredskapsledelsen får i hovedsak gode skussmål. Usikkerhet og mangel på informasjon har ikke stått i veien for handling. Mye av den fortløpende krisehåndteringen har dreid seg om når og hvor hardt det skulle trykkes på den «røde knappen». Denne «dansen med koronaen» har vært nødvendig for å kunne håndtere en lite predikerbar pandemi.

Vår vurdering er at kommunen raskt klarte å etablere seg som en autorativ kilde til koronainformasjon. Trafikken på kommunens nettside om korona og på sosiale medier der kommunen har informert om korona, vitner om at folk har søkt til offentlig kommunikasjon i krisetider. Veksten i sidevisninger på nettsiden og i sosiale medier i løpet av pandemien kan tyde på at folk flest har benyttet seg av og stoler på den informasjonen kommunen deler.

Grunnstrukturen i Bærums beredskapsorganisering har ligget fast under pandemien, men det er gjort flere store og små justeringer for å optimalisere den samlede krisehåndteringen. Et større antall team, arbeidsgrupper og prosjekter er opprettet, og det har vært en svært omfattende møtevirksomhet gjennom store deler av pandemiperioden. Et spørsmål som er reist i flere intervjuer, er om dette i sum har gitt en noe uoversiktlig struktur. *Et læringspunkt som kan trekkes ut av dette, er at én og samme beredskapsorganisasjon ikke nødvendigvis passer for alle krisesituasjoner.* En sentralisert kommandostruktur passer trolig best til kortvarige, akutte kriser. Strekker en krise ut i tid – som med koronapandemien – er det behov for en mer fleksibel og desentralisert tilnærming der krisehåndtering i tjenester og virksomheter får en større plass.

Det er en utbredt oppfatning i intervjuene at det har vært behov for å ha en relativt omfattende beredskapsorganisasjon for å kunne håndtere pandemien over så lang tid. Den har sikret langsiktig styringseffektivitet og tverrfaglighet i koronahåndteringen. De mange gruppene og hyppige møtene oppleves av de aller fleste som nødvendige.

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

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

Oppbyggingen av TISK-kapasitet har vært en suksess

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

Det er fra kommunens side lagt ned en stor innsats for å bygge opp TISK-tilbudet. Selv om presset i perioder har vært voldsomt på testtilbudet, har det ikke på noe tidspunkt stått i fare for å bryte sammen. Det ble på rekordtid startet opp nye testtilbud da pandemien var et faktum. Det er videre vår vurdering at smittesporingsavdelingen i all hovedsak har klart å håndtere «smittetoppene». Periodevis har det vært stort press på smittesporerne. I perioder med høyt press har det vært restanser, dvs. at man ikke har klart å kontakte alle smittede i løpet av samme dag. Sammenlignet med Asker og Stavanger, har Bærum brukt veldig mye ressurser på smittesporing. Forskjellene kan ikke forklares med et høyere smittetrykk i Bærum, men ser blant annet ut til å skyldes at ansvaret for smittesporing ikke har blitt delegert ut til virksomhetene i Bærum, samt at man lenge brukte et egenutviklet smittesporingssystem. Dataene vår tyder dessuten på at den høye smittesporingskapasiteten i stor grad ble opprettholdt selv om smittetrykket gikk ned.

Samlet er likevel vår vurdering at Bærum kommune har hatt stor suksess med TISK-arbeidet. Smitte er raskt blitt avdekket gjennom høy vilje i befolkningen til å teste seg, og kapasiteten til testing og smittesporing har sikret kontroll også under de høyeste smittetoppene. Det er laget planer og organisatoriske løsninger det er viktig å ta med som lærdommer fra pandemien. *Et læringspunkt er at TISK har vist seg som et målrettet virkemiddel for å slå ned smitteutbrudd.*

Det foreligger begrenset med informasjon om hvorvidt isolasjonsplikten og karanteneplikten er blitt etterlevd av de som er blitt satt i isolasjon og karantene. Det er også litt uklart hvordan tilsyn og kontroll med etterlevelsen er blitt håndtert fra kommunens side. Etter vår vurdering bør det avklares nærmere *hvem-som-skal-gjøre-hva* i forhold til kontroll og tilsyn på dette området.

Dagens planverk i Bærum kommune er i begrenset grad konkret på hva slags beredskap kommunen skal ha i fremtiden i forhold til TISK. Etter vår vurdering bør pandemiplanen, og eventuelt også andre planer, oppdateres i forhold til TISK-beredskap.

Krisehåndteringens største utfordring har vært smitte ved sykehjemmene

Beskyttelse av eldre og andre risikogrupper har stått sentralt i Bærums håndtering av pandemien. Smitte i mange sykehjem og helseinstitusjoner, har ført til flere koronarelaterte dødsfall i Bærum enn i flere andre større kommuner. Utbruddet på Vallerhjemmet ser dessuten ut til å ha preget kommunen og særlig Pleie og omsorg, i form av frykt for at noe lignende skulle skje igjen.

Evalueringene av utbruddene på Vallerhjemmet tyder på at en rekke faktorer og uheldige omstendigheter førte til at smitten kom inn på sykehjemmet (se faktadel). Én faktor var at flere ansatte jobbet på ulike tjenestesteder i og utenfor kommunen. Dette bidro til å spre smitte.

Dette var en kjent utfordring våren 2020. Innen Pleie og omsorg tilbød man større stillinger for å forhindre at denne ansattgruppen bidro til å spre smitte. Det var likevel en hel del ansatte man ikke nådde med denne løsningen. Dette gjaldt mellom 200-250 ansatte.

Det valgte tiltaket for å forhindre smitte fra ansatte med flere arbeidssteder, var å teste disse hver syvende dag. Etter vår vurdering tok det for lang tid før kommunen satte i verk tiltak for å redusere denne risikoen. Og når Bærum kommune først satte i gang med testing av denne målgruppen, ble for få av dem testet.

Gjennomgangen vår tyder på at testingen av denne målgruppen kunne startet to måneder før den faktisk startet, i midten av februar 2021. Det ser ut til at den viktigste årsaken til forsinkelsen var uenigheter omkring hvilken testløsning man skulle velge. Etter vår vurdering burde ledelsen skåret gjennom og fattet en beslutning tidligere.

Kommunen bør ta lærdom av dette, dvs. se nærmere på hvordan man sikrer at det fattes beslutninger til rett tid i en situasjon preget av stor usikkerhet og intern uenighet.

Nye pandemier kan oppstå, eller koronapandemien kan ta nye og uventede vendinger slik den allerede har gjort flere ganger. På ny kan driften ved kommunens helse- og omsorgsinstitusjoner bli utfordret av smitte der smitteverntiltak skal avveies mot hensynet til å opprettholde driften.

Vi vil anbefale Bærum kommune å gjennomgå kommunens innsats for å beskytte eldre og andre risikogrupper. Ikke bare med utgangspunkt i de sykehjemmene som har vært hardest rammet, men helhetlig, ut fra dagens beredskap, bemanning og kompetanse ved sykehjemmene. Hva kan gjøres med bruken av ansatte som jobber på flere sykehjem når det er fare for smittespredning? Hvordan sikre samtidig drift og krisehåndtering når driften allerede i utgangspunktet er presset?

Anbefalinger

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

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

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

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

- *Å få på plass en plan for helsemessig og sosial beredskap, i tråd med lovkravet. Kommunen bør samtidig vurdere om det lar seg gjøre å få til en bedre samordning av helseberedskapsplaner og beredskapsplaner på ulike nivåer.*
- *Kommunens beredskapslager av smittevernutstyr bør ses i en regional sammenheng. Konkluderes det med at kommunen skal ha et eget permanent beredskapslager bør dette innarbeides i kommunens beredskapsplaner og pandemiplan.*

- *Kommunen bør gjennomgå erfaringer med beredskapsorganiseringen og vurdere behov for (a) forenklinger og (b) klargjøringer av oppgaver og mandater for de ulike aktørene.*

- *Pandemiplanen bør omfatte beredskap for å bygge opp test- og smittesporingskapasitet, samt behov for isolasjons- og karantenekapasitet.*

- *Bærum kommune bør vurdere å gå i dialog med for eksempel Asker og Stavanger for å få nærmere klarhet i hvordan de har klart å håndtere smittesporingen med betydelig mindre ressurser enn det Bærum har gjort.*

- *Det bør avklares nærmere hvem-som-skal-gjøre-hva i forhold til kontroll og tilsyn når det er stort behov for isolasjon og karantene i en smittesituasjon.*

- *Kommunen bør gjennomgå og evaluere kommunens innsats for å beskytte eldre og andre risikogrupper. Ikke bare med utgangspunkt i de enkeltsykehjem har vært hardest rammet, men helhetlig ut fra dagens beredskap, bemanning og kompetanse ved sykehjemmene.*

- *Kommunen bør se nærmere på hvordan man sikrer at det fattes beslutninger til rett tid i en smittesituasjon preget av stor usikkerhet og intern uenighet.*

Fortsatt usikkerhet

Denne rapporten er skrevet ferdig i februar 2022 og de fleste korona-tiltakene er opphevet. Meteren er borte, det samme er skjenkerestriksjoner og begrensninger på nærings- og kulturliv.

Med stadig økende vaksinasjonsgrad og kontrollert spredning av det mindre farlige omikron-viruset, bygges det gradvis opp en sterkere flokkimmunitet i befolkningen.

Fortsatt er det usikkerhet knyttet til oppkomsten av nye virusvarianter og fremtidig vaksineeffekt. Det er også grunn til vente nye pandemier eller nye virusvarianter, men ingen vet når de melder sin ankomst.

For kommunen betyr det å beholde en viss beredskap parallelt med at hverdagen etter hvert normaliseres mer og mer. Samtidig er det også tid for ettertanke for å kunne å lære av de erfaringer som kommunens mange tjenester og aktører har vunnet gjennom krisehåndtering i mer enn to år. Vi håper at denne rapporten kan være ett av flere bidrag i så måte.

KOMMUNEDIREKTØRENS KOMMENTAR

05.04.2022

Kommunedirektøren takker for forvaltningsrevisjonsrapporten vedrørende Bærum kommunes håndtering av korona-pandemien. Denne vil bli brukt i kommunens videre arbeid.

Kommunedirektøren har følgende kommentarer til anbefalingene som følger av forvaltningsrevisjonsrapporten gjennomført av Rogaland revisjon, vedrørende Bærum kommunes håndtering av korona-pandemien.

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

Det ble gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse i oktober 2021. Den la grunnlaget for revidering av Pandemiplan 2020. Dette arbeidet pågår, og i den forbindelse vil langvarig og alvorlig pandemi, hvor det ikke foreligger vaksine bli ivaretatt.

Det er nedsatt en gruppe bestående av kommuneoverlege, beredskapsansvarlig, beredskapsrådgiver, hovedtillitsvalgt og hovedverneombud som utarbeider utkast til ny pandemiplan. Målet er at den ferdigstilles i løpet av våren 2022.

2. **Å få på plass en plan for helsemessig og sosial beredskap, i tråd med lovkravet. Kommunen bør samtidig vurdere om det lar seg gjøre å få til en bedre samordning av helseberedskapsplaner og beredskapsplaner på ulike nivåer.**

Det overordnede planverket i kommunen danner grunnlaget for alle beredskapsplaner på underliggende nivåer i kommunen. Disse må gjennomgås i ledermøter for å sikre at linjeorganisasjonen har eierskap til gjeldene planverk.

3. **Kommunens beredskapslager av smittevernutstyr bør ses i en regional sammenheng. Konkluderes det med at kommunen skal ha et eget permanent beredskapslager bør dette innarbeides i kommunens beredskapsplaner og pandemiplan.**

Kommunen har hatt og har stor glede av den digitale løsningen som ble utviklet internt for bestilling og distribusjon av smittevernsutstyr. Her hadde kommunen til enhver tid en samlet oversikt over utstyret og forbruk og kunne lage prognoser over behov. Dataene fremstilles både samlet og på det enkelte tjenestested.

Kommunene har fått i oppdrag å etablere egne løsninger for beredskapslager av smittevernsutstyr. Bærum ser at 6 måneders ordinært forbruk tilsvarer omtrent det samme som 8 ukers «kriseforbruk». Dette er tilsvarende det Oslo og Asker har lagt til grunn for sin beregning av størrelse på beredskapslageret.

Smittevernsutstyr har holdbarhetsdato. For å unngå at utstyret blir gammelt på lager og for å sikre sirkulasjon, gjøres det en anskaffelse som også omhandler beredskapslager hos fremtidig rammeavtaleleverandør. Anskaffelsen gjøres i samarbeid med Asker kommune. Det innebærer at kommunene sikres leveranse og tilgang på utstyr, samtidig som det sikres sirkulasjon på utstyret og at kommunen slipper å avsette lagerkapasitet til dette lokalt.

4. **Kommunen bør gjennomgå erfaringer med beredskapsorganiseringen og vurdere behov for (a) forenklinger og (b) klargjøringer av oppgaver og mandater for de ulike aktørene.**

Dette er en gjennomgang som må gjøres på alle ledernivåer i kommunen. I forbindelse med ny lederstruktur fra 1. september 2022 vil dette bli tydeliggjort for å sikre at ledere på alle nivåer kjenner til ansvar og roller.

5. **Pandemiplanen bør omfatte beredskap for å bygge opp test- og smittesporingskapasitet, samt behov for isolasjons- og karantenekapasitet.**

Dette viktige punktet vil kommunedirektøren ta med seg inn i den pågående revideringen av pandemiplanen.

Kommunen har gode erfaringer med samarbeid med private aktører om testing. Det vurderes å inngå intensjonsavtaler om samarbeid, som en del av om den fremtidige beredskapen.

Den operative beredskapsgruppen har besøkt Asker kommune og utvekslet erfaringer med hensyn til organisering og oppgavefordeling mellom TISK riggen og velferdstjenestene. I likhet med Stavanger kommune som er omtalt i rapporten, har Asker kommune hatt en annen fordeling av dette enn Bærum. I disse kommunene har Oppvekst og pleie- og omsorgssektoren selv stått for større deler av aktivitetene, særlig smittesporing og testing, enn i Bærum. Rapporten viser til at dette er medvirkende faktor til betydelig ulik ressursinnsatsen på dette området.

Kommunen erfarte i perioder at det kunne være krevende å dekke behovet for isolasjon ved kommunens egne hoteller, og har i perioder vært nødt til å bruke tilbud i Oslo til dette. Disse erfaringene tas med inn i revidering av pandemiplanen.

6. **Bærum kommune bør vurdere å gå i dialog med for eksempel Asker og Stavanger for å få nærmere klarhet i hvordan de har klart å håndtere smittesporingen med betydelig mindre ressurser enn det Bærum har gjort.**

Svar: Se over.

7. **Det bør avklares nærmere hvem-som-skal-gjøre-hva i forhold til kontroll og tilsyn når det er stort behov for isolasjon og karantene i en smittesituasjon.**

Dette er en ny problemstilling som dukket opp under koronapandemien. Kommunen må tydeliggjøre ansvar for kontroll og tilsyn knyttet til isolasjon og karantene, og dokumentere dette i rutiner og prosedyrer.

8. **Kommunen bør gjennomgå og evaluere kommunens innsats for å beskytte eldre og andre risikogrupper. Ikke bare med utgangspunkt i de enkeltsykehjem har vært hardest rammet, men helhetlig ut fra dagens beredskap, bemanning og kompetanse ved sykehjemmene.**

Kommunedirektøren vil ta initiativ til å gjennomgå og evaluere kommunens innsats i et helhetlig perspektiv ved kommunens sykehjem.

9. **Kommunen bør se nærmere på hvordan man sikrer at det fattes beslutninger til rett tid i en smittesituasjon preget av stor usikkerhet og intern uenighet.**

Dette må bli tydeliggjort i revidert pandemiplan på bakgrunn av erfaringer fra denne pandemien. Dette må også avklares og gjennomgås ansvar og rolle når ny lederstruktur er på plass fra 1. september 2022.

Med hilsen

Geir B. Aga
Kommunedirektør

Bente Rudrud Herdlevær
kommunaldirektør org., styring og utvikling

Dokumentet er elektronisk godkjent og trenger derfor ikke signatur

Kopi til:
Viken Kontrollutvalgssekretariat

1 INNLEDNING

1.1 PANDEMIENS UTVIKLING I KORTE TREKK

Denne forvaltningsrevisjonen er fullført mens pandemien har tatt en ny vending med økende smitte vinteren 2022. Den smittsomme virusvarianten omikron førte til en stor smittebølge, men på grunn av høy vaksinasjonsgrad og et mindre farlig virus, ble de aller fleste smitteverntiltakene fjernet i februar 2022. Mange ble syke, men svært få havnet på sykehus med alvorlig sykdom. Denne utviklingen i pandemien førte til en endring fra den opprinnelige slå-ned-strategien til en strategi basert på kontrollert smittespredning og etter hvert til oppheving av smitteverntiltakene.

Denne situasjonsbeskrivelsen beskriver noe av dynamikken og ikke minst det upredikerbare med denne pandemien. Den har gått i bølger med smittetopper og -bunner og krisehåndteringen er blitt omtalt som en *«dans med koronaviruset.»* Det har vært et spørsmål om å trykke på den *«røde knappen»* til rett tid og med rett kraft for å slå ned og kontrollere smitteutviklingen.

I det følgende har vi kortfattet trukket fram noen viktige datoer og hendelser under pandemien.

Ca. en måned etter at viruset først ble oppdaget i desember 2019, valgte Kina 11. januar 2020 å dele virusets egenskaper med resten av verden. 24. januar ble de tre første smittetilfellene påvist i Frankrike. 30. januar erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) utbruddet som en *«alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse»*. Først en måned senere, 11. mars 2020, valgte WHO å erklære pandemi. Da var viruset allerede spredt seg til flere enn 140 land i verden. Ved utgangen av 2021 var det registrert flere enn 260 millioner smittetilfeller i verden og mer enn fem millioner mennesker som man vet var smittet med viruset døde.

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

12. mars beskrev statsminister Erna Solberg tiltakene som *«de sterkeste og mest inngripende tiltakene vi har hatt i Norge i fredstid»*.[3] Nedstengingen omfattet barnehager og skoler, forbud mot kultur- og idrettsarrangement, stenging av en rekke virksomheter, innføring av karantene ved innreise til Norge og forbud mot utenlandsreiser for helsepersonell som arbeidet med pasientbehandling. I tida som fulgte ble det òg innført strengere grensekontroll og bortvising av utlendinger uten oppholdsløyve, og forbud mot opphold på hytter utenom egen bokommune.

Både Bærum og flere av de andre bykommunene, ble særlig rammet av høy smitteimport fra «røde vinterdestinasjoner» i starten av mars som følge av mange vinterferierende i land som Italia, Østerrike og Sveits. Testing avdekket en del av denne smitten, og isolering av syke og karantene for nærkontakter, gjorde at smittespredningen ble mindre enn den kunne ha vært.

[3] 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.

Pakken av tiltak som ble satt inn 12. mars 2020 er senere beskrevet i den statlige granskningsrapporten som dårlig utredet og dårlig forberedt.[4] Listen over hvilke kommunale tjenester og samfunnsfunksjoner som skulle stenges, ble utarbeidet i løpet av noen få timer og var klar først én time før tiltakene ble offentliggjort på pressekonferansen 12. mars.

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 var alle elever tilbake på skolen. Etter hvert lettet kommunen på besøksrestriksjoner i sykehjem mv. og det skjedde en viss 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.

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

I løpet av august utviklet smittesituasjonen seg fra å være stabil gjennom sommeren til å øke. For å beholde kontrollen tråkket staten på bremsen for videre gjenåpning. Cruisetrafikken ble ytterligere strammet inn, og nasjonal skjenkestopp ble innført kl. 24.00 fra 7. august. Samtidig med innstramninger fortsatte regjeringen å følge planen for gjenåpning. Fra 12. oktober 2020 ble det gitt lettelser for breddeidretten for voksne og regjeringen opphevde skjenkestoppen ved midnatt. Samtidig ble det tillatt med inntil 600 personer til stede samtidig på utendørsarrangementer, fordelt på grupper på inntil 200 personer. I kommuner med høyt smittetrykk åpnet imidlertid staten opp for at kommunene kunne innføre lokale forskrifter ol.

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

En måneds tid tidligere, vedtok kommunestyret i Bærum å innføre lokal smittevernforskrift. Det skjedde 1. oktober 2020. Da var smitten på vei oppover både i Bærum, og i flere av nabokommunene. Den 10. november innførte Oslo en tiltakspakke som samlet sett tok sikte på en såkalt *«sosial nedstenging»* for å bremse den økende spredningen av koronaviruset. Den samme linjen valgte Bærum etter vedtak i formannskapet 11. november.

Med den bråe, og til dels overraskende smitteøkningen i jule- og nyttårshelgen, ble det på ny vedtatt nasjonale og lokale tiltak for å slå ned utbruddet og gjenopprette kontroll med

[4] Se rapport her https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/pdfs/nou202120210006000dddpdfs.pdf

smittesituasjonen. I desember 2020 vedtok samtlige kommuner i Osloregionen at det var nødvendig å videreføre strenge lokale tiltak gjennom julen og nyttår. Den 3. januar 2021 kunngjorde regjeringen på kort varsel sterke innstramminger i de nasjonale tiltakene.

Den 22. januar 2021 ble det avdekket et utbrudd av den engelske virusmutasjonen i Nordre Follo, og regjeringen hasteinnførte 23. januar svært strenge tiltak for totalt ti østlandskommuner (senere omtalt som 'ring 1' rundt utbruddet). For kommunene som lå rundt 'ring 1'-kommunene (totalt 15 kommuner, senere omtalt som 'ring 2') ble det også innført strenge nasjonale tiltak, bl.a. i Bærum kommune. Tiltak gjennom nasjonal forskrift ble valgt for raskt å sikre samordning og samtidig ikrafttredelse for alle de aktuelle kommunene.

Økningen i smitte ble på ny stoppet, men spredningen av de mer smittsomme virusvariantene førte til ny fart i smittespredningen våren 2021. Forsterket TISK og skjerpet grensekontroll ble blant annet innført for å få bedre kontroll med spredningen av muterte virus.

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

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

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

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

Med statlig gjenåpning av samfunnet og svakere befolkningsetterlevelse sensommeren 2021, ble Bærum – sammen med resten av kommune-Norge - i stor grad sittende alene med ansvaret for å kontrollere smitteutviklingen gjennom lokale tiltak, samtidig som kommunene skulle ivareta oppgaven med massevaksinasjon.

Regjeringen besluttet lørdag 25. september 2021 klokken 16.00 at Norge går over til en normal hverdag med økt beredskap. Bærum kommune opphevet sin lokale forskrift 16. juni 2021. Med en tilnærmet fullvaksinert befolkning i løpet av første del av høsten 2021, beveget samfunnet gradvis mot en mer normalisert hverdag. Faren for utbrudd blant uvaksinerte og oppkomsten av nye virusvarianter, gjorde det imidlertid nødvendig å opprettholde en viss beredskap.

Fra november 2021 begynte smittetallene på ny å øke sterkt. Igjen ble det behov for å stramme inn både gjennom nasjonale og lokale tiltak. Så selv om noen sommeren 2021 uttalte at *«Det var den pandemien»* har den vist seg vanskeligere å bekjempe enn det nok mange så for seg etter at det 11 måneder etter starten på pandemien ble utviklet vaksine mot korona-viruset.

1.2 KRISEHÅNDTERING I FASER

En krise kan deles inn i en *førkrisefase*, en *akutt krisefase* og en *etterkrisefase*.[5] Disse kan henge nært sammen, f.eks. ved at forberedelser i en førfase har betydning for håndteringen i krisefasen. Håndteringen under krisen vil for sin del ha betydning for læringen i etterkrisefasen.

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

Tabell 1: Faser i forbindelse med koronapandemien.

Førfase – forberedelser		**Krisehåndtering** – respons		**Etterkrisefase** – læring
Kriseerkjennelse Forberedelser: - Planverk (helse og beredskap) - Beredskap smittevern-utstyr/legemidler - Beredskaps-organisering	→	Krisehåndtering i faser: • Nedstenging mars-april 2020 • Gradvis gjenåpning mai-tidlig høst 2020 • Innstramning okt./-nov. 2020 og nye lettelser • Innstramning på ny årsskiftet 2020/2021 • Muterte virus og ny smitteøkning mars/apr. og aug./sept. 2021 • Vaksinering og normalisering første del av høsten 2021 • Innstramninger på ny i november/ desember • Omikron-bølge vinteren 2022 og overgang til kontrollert smittespredning	→	Gradvis overgang til en mer normalisert hverdag Evaluering og læring av erfaringer fra håndtering av pandemien

Læringspunkter mht. håndtering av neste pandemi

Kriseerkjennelse og forberedelser

Kriseerkjennelse oppstår når situasjonen oppfattes som en trussel, når tidspresset og usikkerheten øker, og det bygger seg opp et behov om at det nå må tas grep. En krypende krise som utviklingen av en pandemi, kan være forbundet med så mye usikkerhet og tvil, at det nøles for lenge. Det kan øke faren for at situasjonen kommer ut av kontroll og håndteringen blir *reaktiv*: Man blir løpende etter krisen og prøver å slukke «smittebranner» etter hvert som de oppstår.

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

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

Både Verdens helseorganisasjon (WHO) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har utpekt pandemier som de mest sannsynlige truslene mot folkehelsen.[6] Til tross for dette var nasjonale myndigheter på flere områder dårlig forberedt da pandemien kom.[7]

Krisehåndtering

Krisehåndtering er summen av aktiviteter som er rettet mot å minimalisere konsekvensene av en krise.[8] Krisehåndtering blir dermed de aktiviteter som settes i gang under stor usikkerhet og stort tidspress. Siktemålet er å få kontroll, hindre eskalering av krisen og gjenopprette normalitet. Kommer en krise brått og overraskende på, utfordres de ordinære beslutningsprosessene.

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

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

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

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

Fallgruvene er synliggjort i den såkalte *beslutningsinformasjonsfellen*.[9] Manglende kunnskap kan føre til nøling og beslutningsvegring, noe som betyr at beslutningene kommer for sent. Men raske proaktive beslutninger kan også slå feil. Er kunnskapsgrunnlaget dårlig, kan en uinformert beslutning gjøre vondt verre, selv om den tidsmessig kom til riktig tid.

---

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

[7] *Myndighetenes håndtering av koronapandemien.* Rapport fra Koronakommisjonen, NOU 2021:6.

[8] Jf. Lægreid, P. Styringskapasitet og styringslegitimitet. Stat og styring 2:2020.

[9] Jf. Johnsen, B. Helge. (2011). Beslutningstaking i operative situasjoner. Bergen: Universitetet i Bergen.

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

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

Det ligger i pandemiens natur at den ikke har respekt for kommunegrenser, landegrenser og hvordan det lokale smittevernet er organisert. Koronapandemien utgjør dermed et såkalt *umedgjørlig problem* (wicked problem) som berører mange tjenester og forvaltningsnivåer.[10]

Det er derfor viktig å finne fram til en organisering som fungerer effektivt i krisehåndteringen. Løsningen skal ivareta fire generelle prinsipper for organisering av beredskapsarbeid:[11]

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

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

Etterkrisefase og læring

Kriselæring dreier seg både om **læring under krisen og etter krisen**.[12] Tilpasninger i planer, tiltak og organisering underveis i krisehåndteringen vil være en form for erfaringsbasert læring

---

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

[11] Jf. St. meld. Nr. 29 (2011-2012).

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

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

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

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

Samtidig viser erfaringen med koronapandemien og tidligere pandemier, at uansett forberedelser i førfasen, vil det ofte være et betydelig innslag av usikkerhet og overraskelse når krisen melder seg. Det som er gode løsninger for håndtering av én type pandemi vil ikke nødvendigvis treffe blink i forhold til andre typer pandemier. De kommunale pandemiplanene før koronapandemien var sterkt påvirket av erfaringene med svineinfluensaen i 2009/2010, og tok i liten grad høyde for et planscenario basert på en koronapandemi der vaksine ikke foreligger.

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

1.3 ANALYTISK RAMMEVERK OG METODE

Bærum kommune var allerede i slutten av januar i gang med møter for å diskutere et mulig utbrudd av koronapandemi. 27. januar 2020 var det et første møte med kommunedirektørens ledergruppe.

Gjennomgående hadde Bærum kommune oppdaterte beredskapsplaner før pandemien slo til inklusive helhetlig ROS-analyse for Asker og Bærum.[13] Bærum kommune har en smittevernplan 2019-2024 som ble oppdatert i 2019. Målet i planen er å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de overføres til innbyggerne eller ut av kommunen. Også pandemiplanen i Bærum kommune var helt fersk og forelå i ny utgave februar 2020, bare uker før nedstengningen av Norge Viktige mål i planen er å forebygge smittespredning og redusere sykelighet og død, behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon og opprettholde øvrige nødvendige helsetjenester i en situasjon med pandemi. planverket omfattet også oppdaterte kontinuitetsplaner for å sikre driften i tilfelle stort sykefravær og behov for omdisponering av personell. Til sist har Bærum kommune utarbeidet mer spesifikke og handlingsrettede planer som har adressert ulike sider ved håndteringen av pandemien.

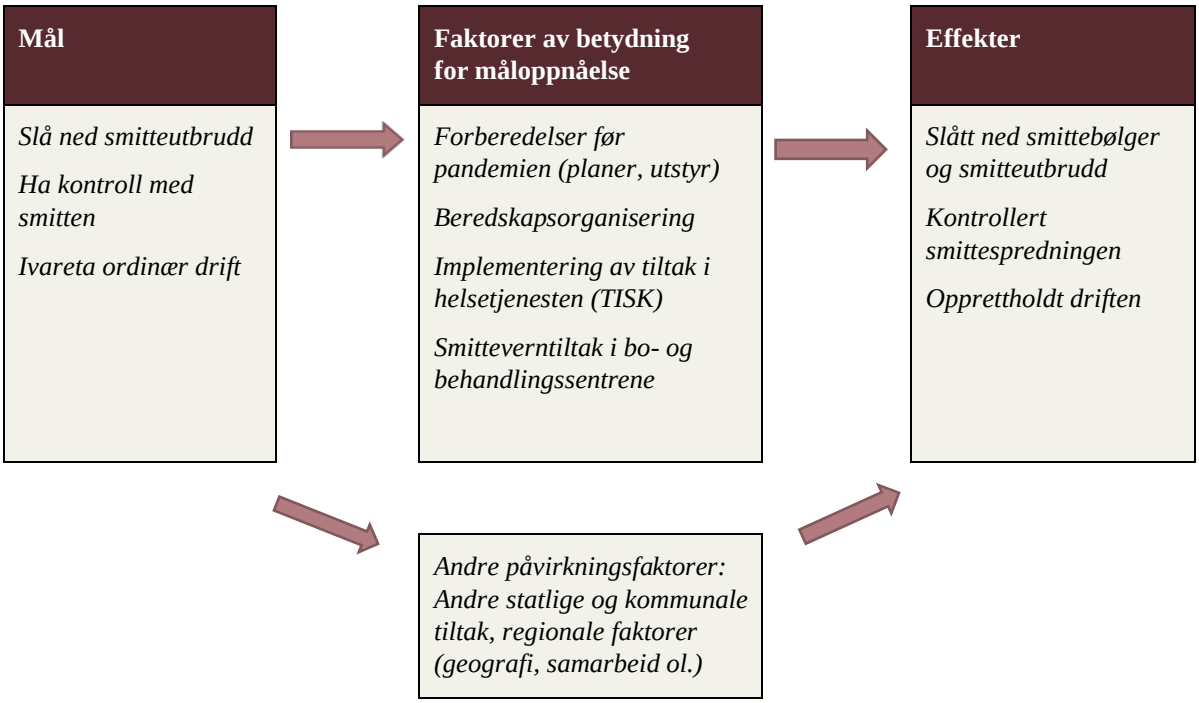
Selv om det forelå et oppdatert planverk, har de statlige målene og virkemidlene om å slå ned smitten og kontrollere smittespredningen vært helt sentrale for Bærums pandemihåndtering.

[13] Det vises til kapittel hvor planverket er nærmere gjennomgått og vurdert.

Derfor er dette *målbildet* et viktig utgangpunkt for å vurdere måloppnåelse gjennom de ulike smitteverntiltak som kommunen har iverksatt i forbindelse med krisehåndteringen.

På *tiltakssiden* har vi undersøkt noen, men langt fra alle de tiltak som Bærum kommune har tatt i bruk for å slå ned utbrudd og kontrollere smitten (jf. kontrollutvalgets bestilling). Det rapporten tar for seg, er forberedelser i forkant, overordnet beredskapsorganisering, oppbygging av TISK-kapasitet og en kortfattet gjennomgang av smitteverntiltak i bo- og behandlingssentrene.[14]

Figur 1: Mål, tiltak og påvirkningsfaktorer og effekter av krisehåndteringen.



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

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

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

Noe mer utfordrende har det vært å avlede revisjonskriterier for å kunne vurdere handlekraft og besluttsomhet i ledelsen. Dette er ikke noe vi kan avlede av planverk eller lovverk. Likevel er det

[14] Smittevernarbeidet i skoler og barnehager, i tekniske tjenester og innenfor kultur og idrett, er dermed ikke omfattet av denne revisjonen.

en viktig del av krisehåndteringen. Her har vi lent oss på faglitteraturen og de faktorer den identifiserer som viktige for god kriseledelse og -håndtering.

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

Det er benyttet et bredt sett av datakilder: Skriftlig dokumentasjon, intervjuer og statistikk. Sammenlignet med andre revisjoner, har **skriftlig dokumentasjon** stått sentralt. Det er lagt ut fortløpende informasjon fra møter ol. på krisestøtteverktøyet CIM. Denne kilden har gjort det mulig å følge krisehåndteringen fortløpende, og bidratt til å kunne løse revisjonsoppgaven uten å forstyrre de aktører som har stått midt oppi håndteringen unødig.

I tillegg er det gjennomført **36 intervjuer** på ulike stadier av pandemien. Dynamikken i krisen har gjort at intervjuene i noen grad har vært situasjonspregede, mao. farget av det som kommunen stod oppe i på tidspunktet for intervjuet.

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

I vedlegg har vi redegjort nærmere for datagrunnlaget.

1.4 ORGANISERING AV RAPPORTEN

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

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

I **kapittel 5** undersøker vi hvordan kommunens ledelse har organisert og håndtert beredskapsarbeidet. I **kapittel 6** undersøker vi oppbyggingen og bruken av TISK-virkemidlene: Testing-Isolering-Smittesporing-Karantene.

I **kapittel 7** undersøker vi kommunens bruk av lokal forskrift og mer spesifikt hvordan den har håndtert smitteverntiltak i bo- og behandlingssentrene.

2 SMITTEUTVIKLINGEN

2.1 INNLEDNING

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

smittsomme sykdommer pålegger kommunen å rapportere om smittetilfeller til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) ved Folkehelseinstituttet.[15]

Foruten innmelding til MSIS, der folkeregisteradresse avgjør hvilken kommune smittetilfellet registreres i, har Bærum kommune fortløpende registrert smittede med fysisk tilhold i kommunen.[16] Kommunetallene er daglig presentert på kommunens korona-nettsider,[17] og både disse og MSIS-tallene (ved sammenligning med andre kommuner) har inngått i situasjonsanalyser til beredskapsledelsen og blitt delt med ulike samvirkeaktører.

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

Covid-19 viruset har mutert flere ganger – fra alfa til delta og til omikron. Smittsomhet og sykdomsbyrde har variert med virusmutanten, der delta har hatt større sannsynlighet for å gi alvorlig sykdom enn de øvrige variantene, mens omikron er beregnet å gi 69 prosent mindre sannsynlighet for sykehusinnleggelse enn delta. Smittetallene er dermed ikke alene det relevante styringsparameteret. Smittetallene under omikron må ses i sammenheng med lavere relativ belasting på helsevesenet og større immunitet i befolkningen som følge av vaksineringen.

2.2 SMITTETILFELLER I BÆRUM

Bærum fikk bekreftet det første covid-19 smittetilfellet 27. februar 2020.

Det ble starten på den første smittebølgen der import av smitte fra «røde» vinterdestinasjoner i Sør-Europa med omfattende smitte stod sentralt den første tiden. Ifølge en av de vi har intervjuet, var halvparten av smittetilfellene fram til 17. mars 2020 importsmitte. Flere kom tilbake fra vinterferie i Nord-Italia og Østerrike i slutten av februar, noe som bidro til smittespredningen.

I første halvdel av mars skjedde den en rask stigning i antall smittede, en smittebølge som kulminerte i løpet av april. I løpet av mars/april testet 246 Bærums-innbyggere positivt på covid-19 ifølge kommunens egne tall, med en topp i slutten av mars/ primo april 2020.

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

---

[15] https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740

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

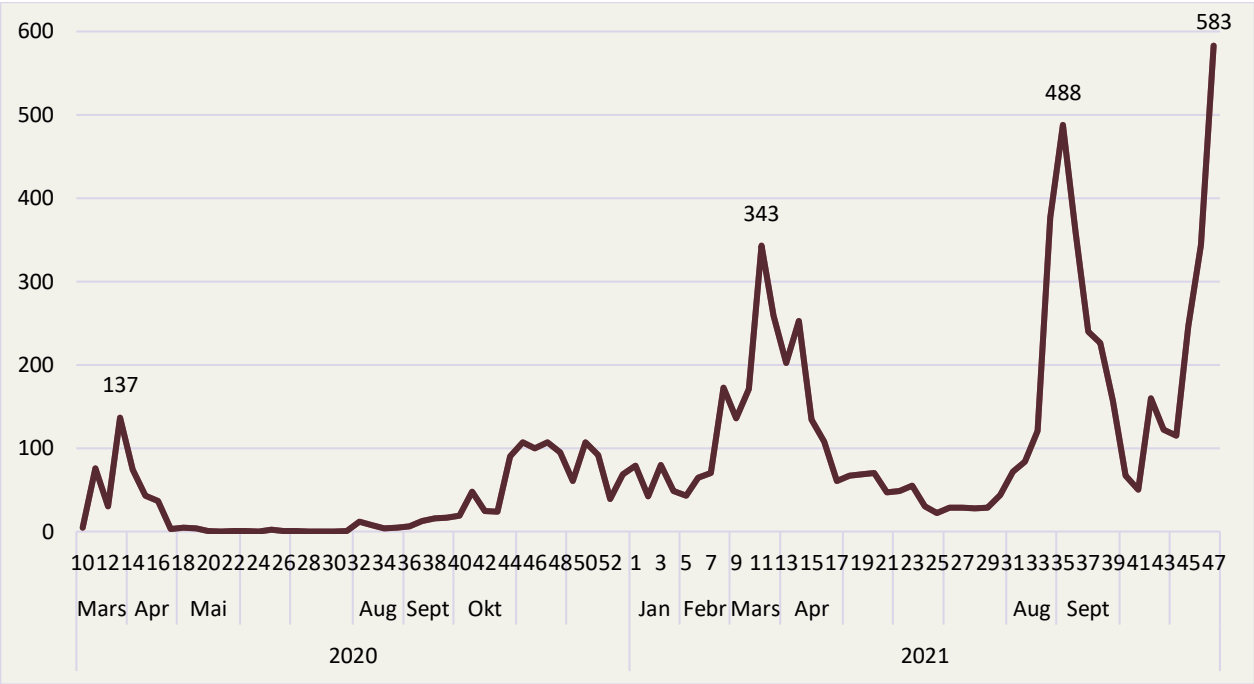
[17] Antall smittede i kommunene er registrert dag for dag og fremgår her https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiM2Y2Mzc5MGItMDQ3Ny00MGU5LTlhN2ItNDZkYjYwNWFmY2Y2IiwidCI6IjhjYjk0ZjE3LTRiNjAtNDVkNi1iMjc5LWNkODgwNzZlNWI0OCIsImMiOjh9&pageName=ReportSectionbde092699efef2a8c368

Fra 15. mai til 4. august 2020 – med gravis gjenåpning av samfunnet – ble det kun påvist 8 nye smittetilfeller i Bærum. I august økte nye påviste smittetilfeller med 32, for så å øke kraftig i september og oktober og særlig i november da 430 nye smittede ble registrert.

Fra slutten av november og inn i desember sank antall nye smittetilfeller noe til 364. I januar sank de ytterligere – ned til totalt 292 for januar. Situasjonen med relativt få nye smittetilfeller skulle imidlertid ikke vare lengre enn noen uker, før en ny kraftig smittebølge slo til i mars/april 2020.

Den varte lengre enn bølgen rundt årsskiftet, og selv med strenge lokale tiltak, lot ikke de muterte virusvariantene seg like effektivt slå ned som under de forrige smittebølgene. Med sommerferie og gradvis gjenåpning av samfunnet i løpet av mai 2021 til september, økte smitten på ny, denne gang drevet av delta-varianten. Spredningen falt sammen med færre kontaktreduserende tiltak, færre grenserestriksjoner, skolestart og fadderuker ved universitet og høgskoler.

Figur 2. Antall påviste koronasmittede (nye smittede per uke) i Bærum i løpet av pandemien (Kilde: MSIS).



Etter gjenåpningen av samfunnet 25. september 2021, fikk vi på ny en kraftig omdreining i smitten i Bærum fra november etter en nedgang i oktober. Den delta-dominerte smittebølgen senhøstes ble etter hvert erstattet av en omikron-drevet smittebølge vinteren 2022.

Oppsummert har Bærum vært gjennom **5 store smittebølger** - mars/april 2020, desember/januar 2020/2021 og mars/april og august/september 2021 og november/desember 2021/ vinteren 2022. Den siste bølgen er spesiell i den forstand at den er så mye større enn de andre bølgene, og at den først ble dominert av delta-viruset og deretter av omikron-viruset.

Pandemiens høyeste smittetopper kom vinteren 2022, noe som må ses i sammenheng med den smittsomme omikronvarianten og overgang til en statlig strategi basert på kontrollert smittespredning. I stedet for å slå ned utbrudd og dempe smittespredningen som dominerte håndteringen under de fire første smittebølgene, har strategien fra midten av januar 2022 vært å la smitten spre seg, men der toppene skal unngås ved hjelp av minst mulig inngripende tiltak. Denne «brems-strategien» er en klar endring fra den tidligere «slå-ned-og-kontroller»-strategien.

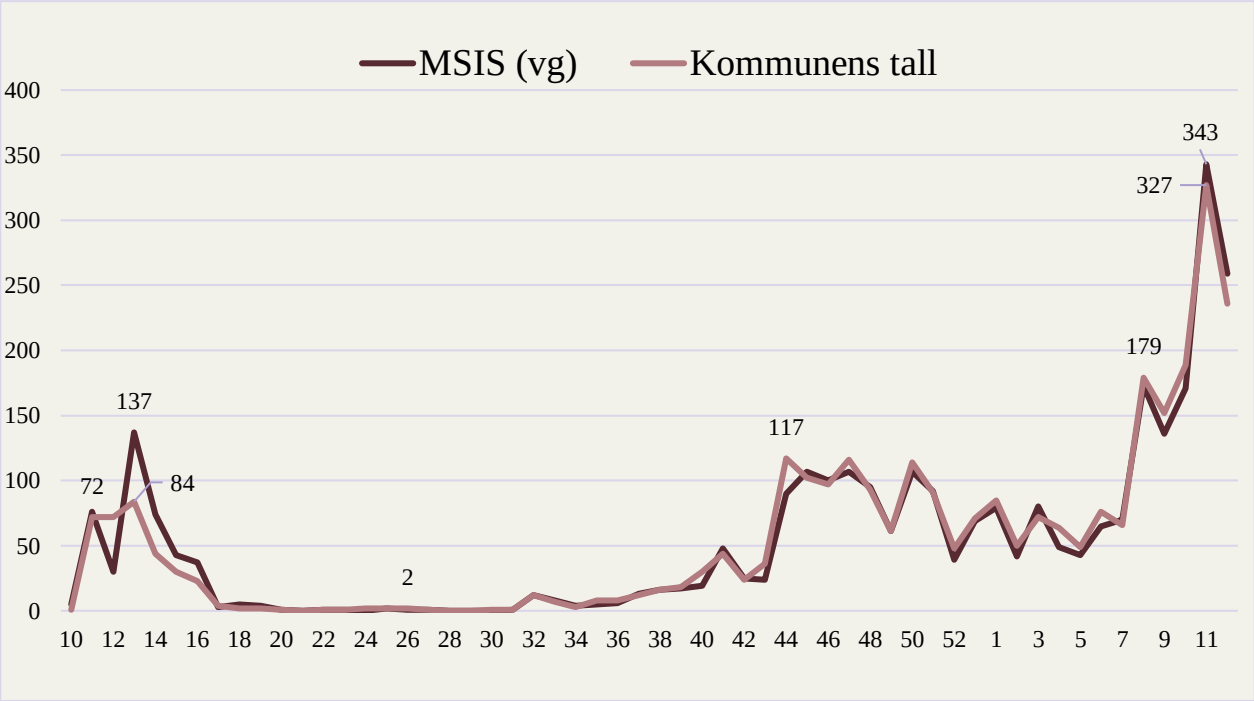
Foruten innmelding til MSIS, der folkeregisteradresse avgjør hvilken kommune smittetilfellet registreres i, registrerer også Bærum smittede med fysisk tilhold i kommunen. Kommunetallene er daglig presentert på kommunens nettsider. Siden vi ikke nødvendigvis har tilgang til andre kommuners egne kommunale tall, vil MSIS-tallene være de beste til sammenlikninger med andre kommuner, mens kommunens tall kan være bedre til å si noe om faktisk smitte i kommunen.

Kommunens smittetall og tallene fra MSIS kan avvike noe. Dette skyldes i hovedsak at:

1. **Kommunens smittesporingssystem**, som ikke var ferdigutviklet i starten. Man klarte derfor ikke å registrere alle smittetilfellene der (gjelder mars og april 2020). Fra og med mai 2020 antas det at datagrunnlaget i smittesporingssystemet er fullstendig.
2. **MSIS benytter folkeregistrert adresse** på smittet person, mens kommunens smittesporingssystem baserer seg på oppholdsadresse ved avgitt positiv test.
3. Enkelte feilregistreringer kan skje, både i smittesporingssystemet og i MSIS.

Vi har gjort en sammenlikning av kommunenes tall og MSIS-tallene. Figur 4 viser forskjellen i tallene fra MSIS og kommunens egne gjennom ett år i pandemiperioden (mars 2020 – mars 2021). Som vi ser, er de litt avvikende i starten av pandemien, men etter hvert nokså like. I resten av rapporten har vi derfor i hovedsak basert oss på MSIS-tallene.

Figur 3. Antall påviste koronasmittede i Bærum (nye smittede per uke) i løpet av pandemien (Kilde: Kommunens egne og tall og tall registrert i MSIS).

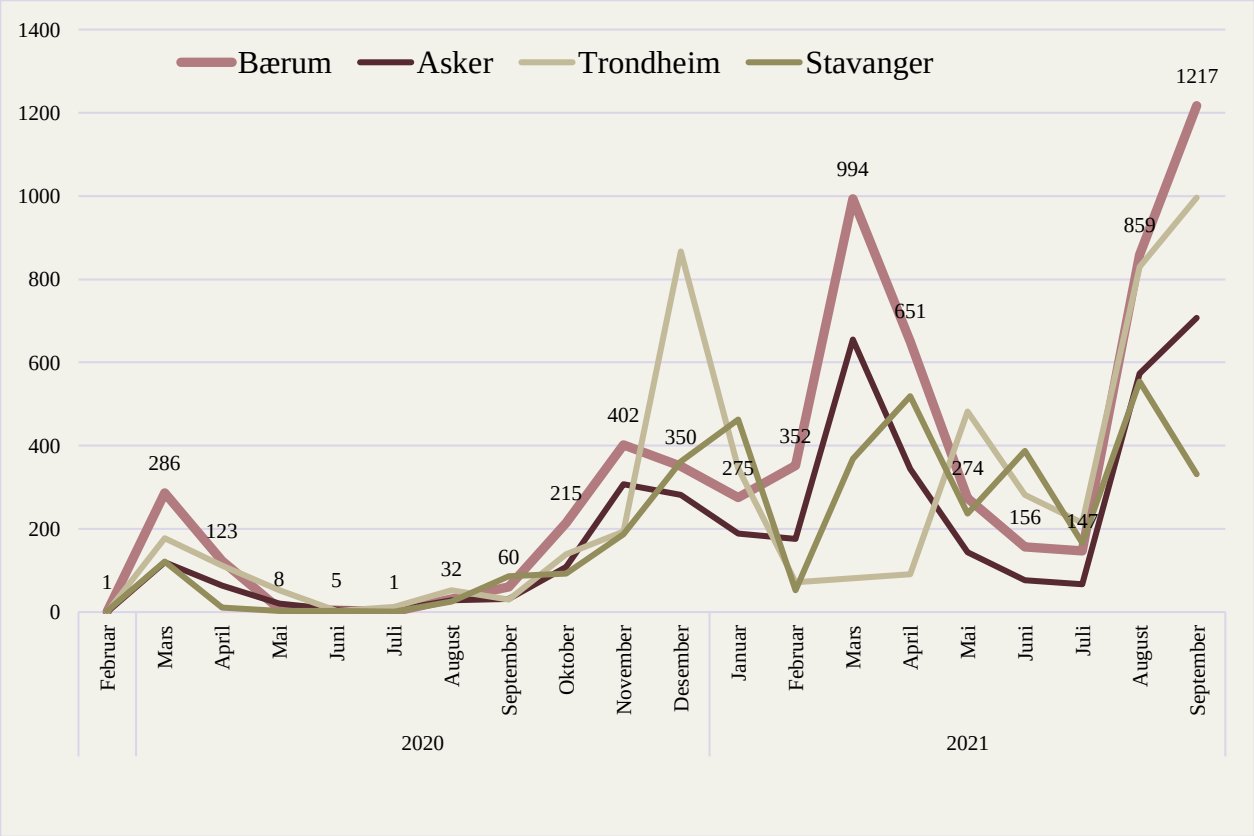


I det følgende sammenligner vi Bærum med andre bykommuner i ASSS-gruppen. Vi finner likhetstrekk i forhold til antall smittebølger, men både tidspunktet for når bølgene kom og styrken i bølgene har variert noe. I figuren nedenfor har vi for oversiktens del vist Bærum sammenlignet med tre andre kommuner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

Som vi ser, har Asker i hovedsak hatt sammenfallende smittebølger med Bærum, bare svakere, mens Trondheim og Stavanger har hatt en litt annen utvikling. For eksempel lå Bærum høyt under den første smittebølgen, og det tok lengre tid enn i Stavanger å slå ned bølgen. Høsten 2020 fikk Bærum en tidligere, men litt svakere bølge enn Stavanger, før det dro seg kraftig til for Bærums del i mars/april i 2021. Trondheim fikk en kraftig smittebølge rundt årsskiftet som ble

slått ned, og ble holdt nede lenge, før de fikk en ny smittebølge i mai/juni. I august 2021 hadde Trondheim og Bærum en kraftigere vekst i påvist smitte enn Stavanger.

Figur 4. Påviste smittetilfeller i fire norske bykommuner (Kilde: MSIS).

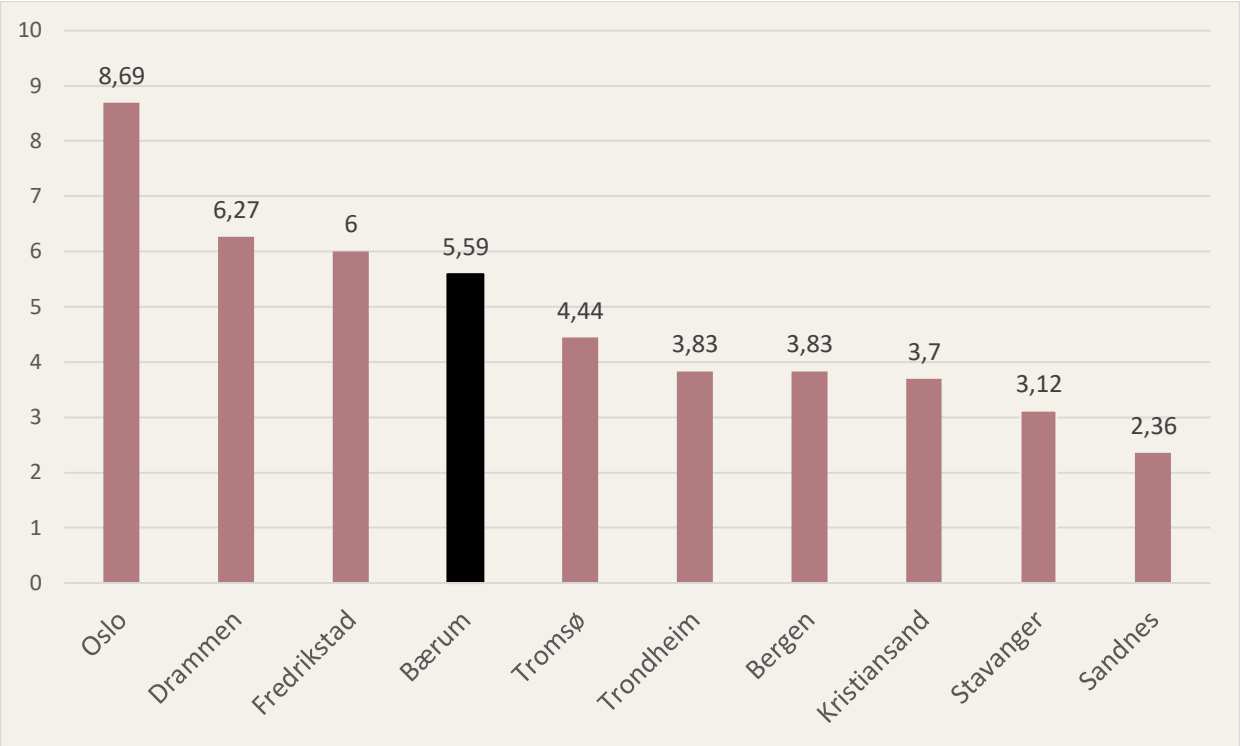


I figuren nedenfor har vi vist prosentandelen av befolkningen i de 10 største bykommunene som hadde vært smittet av covid-19. Tallene er fra første halvdel av november 2021. Det var før den hittil siste smittebølgen for alvor tok av i Norge. Den smittebølgen er ikke fullt ut sammenlignbar med de tidligere bølgene i og med at mer av smitten er blitt avdekket gjennom hurtigtester.

Sammenlignet med de andre bykommunene i ASSS-gruppen, var Stavanger (og Sandnes) lenge *annerledesbyene* som unngikk de største smitteutbruddene. Helt fra starten av pandemien til jule- og nyttårshelgen 2020/2021 hadde Stavanger og Sandnes minst smitte av de 10 bykommunene. Det var også situasjonen i første halvdel av november 2021.

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

Figur 5. Påviste smittetilfeller som prosentandel av befolkningen 13.11.2021 (Power BI).



Stavanger og Sandnes har hatt minst påvist smitte om vi avgrenser oss til denne tidsperioden. Smittebølgene har kommet omtrent på samme tid, men vært svakere i Sandnes. Noe av de samme mønsteret ser vi når vi sammenligner smitteutviklingen i Bærum og Asker.

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

Omfanget av påvist smittede i de 10 største bykommunene varierer mye mellom kommunene, jf. neste tabell. Den viser MSIS-tall fra november 2021, antall koronarelaterte dødsfall i kommunen pr. 4. oktober 2021 og registrert smitte pr. 20. januar 2022.[18]

Tabell 2. Antall smittede av covid-19 og koronarelaterte dødsfall i 10 bykommuner (MSIS-tall og tall innhentet av VG).

Kommune	Antall påviste covid-19 smittede pr. 13.11.2021	Antall korona-relaterte dødsfall pr. 04.10.2021	Antall påviste covid-19 smittede pr. 20.01.2022

[18] Antall koronarelaterte dødsfall er hentet fra VGs kartlegging i perioden mars 2020 til 4. oktober 2021. Etter den tid er det registrert koronarelaterte dødsfall kun på fylkesnivå.

Oslo	60 613	225	133 707
Bergen	10 957	55	27 619
Trondheim	7952	5	20 461
Bærum	**7173**	**47**	18 681
Drammen	6390	48	16 134
Fredrikstad	4992	17	10 827
Stavanger	4501	4	12 860
Kristiansand	4167	9	13 227
Tromsø	3424	2	7056
Sandnes	1900	3	6648

Bærum har under pandemien hatt flere koronarelaterte dødsfall. Det første korona-relaterte dødsfallet i Bærum skjedde 29. mars 2020. I løpet av de neste ukene – fram til 25. april, økte antallet koronarelaterte dødsfall til 23.[19] Flere av disse hadde sammenheng med den alvorlige situasjonen som oppstod på Vallerhjemmet, med mange smittede og døde. De fleste koronarelaterte dødsfallene har skjedd i sammenheng med de fire første smittebølgene. Mer enn to tredjedeler av dødsfallene har skjedd ved bo- og behandlingssentrene, resten på sykehus.

Blant de 10 bykommunene, har Oslo vært i en særstilling med over 60 000 smittede i november 2021 med mer enn en dobling til 133 000 i siste halvdel av januar 2022. Det er et langt stykke ned til de neste bykommunene, Bergen, Trondheim og Bærum. Nærheten til Oslo som episenter for covid-19 i Norge, har sannsynligvis påvirket smitteutviklingen i Bærum og andre nabokommuner i den felles bo- og arbeidsregionen i det sentrale Østlandsområdet.

Det totale antallet påviste smittetilfeller i de 10 største bykommunene utgjorde i begynnelsen av oktober 2021 95 535 tilfeller. Det var 50 % av registrerte smittetilfeller i Norge som da summerte seg til 190 533 tilfeller (ca. 3,7% av Norges befolkning). I slutten av januar 2022 utgjorde antall smittede i de 10 byene 267 000, noe som utgjorde 48 prosent av alle smittede i Norge (561 000).

De 10 bykommunene utgjør ca. 35 % av Norges befolkning. I Norden har Norge hatt lavere smitte enn Sverige (1 153 655 smittetilfeller) og Danmark (360 147 smittetilfeller), men høyere enn Finland (143 416) og Island (11 839).[20] I Norge var det første uka i oktober 2021, registrert 861 koronarelaterte dødsfall, mens tallene for Sverige var 14 868. I Danmark var det registrert 2663 dødsfall og i Finland 1084. Norge har dermed klart seg bra i en nordisk sammenheng.

[19] På det tidspunktet i april 2020 hadde det nasjonalt vært 216 koronarelaterte dødsfall. Bærum hadde på den tiden ca. 10 prosent av alle koronarelaterte dødsfall, selv om kun 2,3 prosent av landets befolkning bor i Bærum kommune.

[20] Tall fra begynnelsen av oktober 2021.

Vender vi tilbake til smittestatistikken for Bærum, er det noen fellestrekk mht. hvem som er overrepresentert i smittestatistikken: Menn i litt større grad enn kvinner, enkelte innvandrergrupper sammenlignet med etnisk norske og barn/unge 10-19 år og unge voksne i alderen 20-29 år, har vært overrepresentert i smittestatistikken. Med økende vaksinering av den voksne delen av befolkningen, har overrepresentasjonen av barn og unge blitt større.

Forklaringen på de store byvise forskjellene innenfor ASSS-gruppen er sammensatt. Det kan ha sammenheng med ulik eksponering for importsmitte, variasjoner i folks levekår, befolkningssammensetning/ innvandrerandel, transportsystem, boligstruktur, kultur og også rene tilfeldigheter. Også omfanget av testing påvirker omfanget av påviste smittede.[21]

Bærum kommune er som nevnt del av en felles bo- og arbeidsregion sammen med Oslo. Det har sannsynligvis bidratt til at Bærum kommer relativt høyt opp på smittestatistikken for de 10 største bykommunene. Det er også en kommune med høy geografisk mobilitet – ikke bare innenfor den felles bo- og regionen, men også til utlandet. Befolkningssammensetning og størrelsen på innvandrerbefolkningen i kommunen kan også være en medvirkende faktor, men innvandrerandelen er langt høyere i eksempelvis Oslo enn i Bærum.

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

Bærum sykehus har fra starten av pandemien blant annet tatt imot pasienter fra Bærum. Under den første smittebølgen i mars/april 2020 var det på det meste innlagt 41 pasienter med covid-19 (26. mars 2020). Under smittebølgen i november/desember 2020 var det på det meste 30 pasienter innlagt med covid 19. En topp ble nådd 8. april 2021 med 55 covid-pasienter på sykehuset. I forbindelse med den femte og foreløpig siste smittebølgen desember 2021/januar 2022 har det på det meste vært lagt inn 48 pasienter (29. desember 2021).[22] Vinteren 2022, med rekordhøy smitte forårsaket av omikronviruset, har antallet innleggelser relativt sett vært lave. Slik sett skilte smittetallene og innleggelser for sykehus lag i løpet av vinteren 2022.

Omikron har vist seg å medføre 70 prosents lavere sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus enn delta-mutanten. Det betyr at smittetallene for omikron kan være tre ganger høyere uten å medføre flere innleggelser på sykehus. Risikoen for å havne i intensivbehandling er også langt lavere for omikron enn for delta. I siste halvdel av januar 2022 lå Bærum, sammen med Asker, i Norgestoppen i smitte, uten at det medførte særlig flere innleggelser på sykehus. Statlige tiltak i form av skjenkestopp kl. 23, påbud om hjemmekontor (om mulig), munnbind hvis 1-meteren ikke kan overholdes, sammen med enkelte begrensninger i forhold til arrangementer, var det som stod igjen av smitteverntiltak ved inngangen til februar 2022. Disse ble beholdt for å unngå de største smittetoppene i den omikron-drevne smittebølgen vinteren 2022. Også disse ble etter hvert trappet ned etter at denne femte smittebølgen mistet kraft utpå vinteren 2022.

---

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

[22] Perioden som dekkes er fram til 20. januar 2022. Etter den tid skjøt smitten i været drevet av det smittsomme omikron-viruset. Med stort smittetrykk vil også et mindre farlig virus kunne gi press på sykehusene.

3 KRISEFORBEREDELSER

3.1 LOVVERK OG REVISJONSKRITERIER

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

Et av læringspunktene etter svineinfluensaen i 2009/2010 var at pandemier er forskjellige med hensyn til utbredelse og alvorlighetsgrad.[23] Det er derfor ikke mulig å lage én plan som i detalj forutser hvilke tiltak som skal iverksettes. Tiltakene må skaleres i henhold til hva som er passende respons til enhver tid. I tillegg er usikkerhet og manglende kunnskap om pandemiens art, særlig i begynnelsen av en pandemi, en stor utfordring for en *planstyrt krisehåndtering*.

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

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

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

Kravet om ***kommunal smittevernplan*** følger av smittevernloven § 7-1 tredje ledd, hvor det framgår at «tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført skal utgjøre et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste».

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

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

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

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:

- Kommunen hadde oppdaterte ROS-analyser, beredskaps- og helseplaner slik at kommunen var forberedt på pandemien i tråd med krav i lover og forskrifter.
- Kommunen hadde planer for å opprettholde ulike tjenester under pandemien.

3.2 GLOBAL PANDEMI OG LOKAL RESPONS

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

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

Foruten de tre ***koronapandemiene***, har det på 1900-tallet vært fire ***influensapandemier***: Spanskesyken (1918), Asiasyken (1957), Hong-Kong-syken (1968) og 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.[24] For sistnevnte virus, ble det relativt raskt utviklet vaksine.

Før koronapandemien hadde Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap (DSB) vurdert sannsynligheten for et omfattende pandemiutbrudd som høy. DSBs sikkerhets- og sårbarhetsanalyse for 2019 viste at *«Pandemi og legemiddelmangel er scenarioene med høyest risiko»*. DSB skriver videre at «Sannsynligheten for en alvorlig pandemi er i analysen angitt til 75 prosent i løpet av 100 år. Konsekvensene av en pandemi som beskrevet i scenarioet, vil bli svært store med om lag 8 000 dødsfall, 35 000–40 000 sykehusinnleggelser, svært store økonomiske tap og sosiale og psykologiske reaksjoner i befolkningen.[25]

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

Tidlig i januar 2020 var det fortsatt usikkert om Kina ville evne å begrense spredningen av viruset ut av landet, og det var stor usikkerhet knyttet til virusets alvorlighet, smittsomhet og

[24] 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.

[25] Se omtale i rapport fra tankesmien Agenda https://www.tankesmienagenda.no/post/agenda-notat-laerdommer-fra-koronakrisen/details

spredningspotensial. 20. januar fastslo kinesiske myndigheter at viruset smitter mellom mennesker. Den 22. januar informerte Fylkesmannen i Oslo og Viken om det nye viruset.

Den 31. januar ble koronaviruset definert som en allmennfarlig smittsom sykdom, og den nasjonale koordineringen av helsesektorens innsats ble delegert til Helsedirektoratet.[26]

Og som vi ser nedenfor ble det gjort en rekke forberedelser i januar/februar i Bærum kommune.[27]

Tabell 3. Forberedende aktiviteter vinteren 2020 (Kilde: CIM-Bærum (referater etc.)).

Dato (2020)	Aktivitet / Hendelse
21.01	Hendelse «21. januar utbrudd av coronavirus i Kina» **opprettet i CIM**.
27.01	**Orienteringsmøte i kommunedirektørens ledergruppe.** Kommuneoverlegen og kommunalsjef HeSo orienterte om status coronavirus.
28.01	Orientering til fastleger, legevakt, og ledere i kommunen.
30.01	WHO erklærer ***global helsekrise.*** Overordnet beredskapsledelse har sitt første møte.
31.01	***Informasjon om korona til innbyggerne på kommunens nettsider***
10.02	**Oppdatering om Coronavirus fra smittevernoverlegen**. Nå: Mål i helsetjenesten å identifisere og isolere evt. enkelttilfeller. Viser til FHIs råd. Prøvetaking har startet i Bærum (6 prøver tatt så langt). Testing er på legevakten.
25.02	**Oppdatert informasjon til fastleger og legevakt om oppdaterte råd fra FHI** om hvem som defineres som *mistenkt tilfelle* og kan/skal testes. Fastlands-Kina, Iran, Sør-Korea og de italienske regionene Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna og Veneto legges nå til som område med vedvarende spredning.
26.02	Pressekonferanse – ***første smittetilfelle*** i Norge bekreftet (kvinne, Tromsø)
26.02	**Operativ pandemiarbeidsgruppe etableres.** Tverrfaglig, med delegert myndighet til å beslutte og iverksette relevante tiltak ved en pandemi.
11.03	**Sentralisert innkjøp av smittevernutstyr.**
06.03	**Pleie og omsorg setter beredskapsstab**
09.03	Rutiner for koronatesting, prøvesvar og smittesporing
09.03	**Kontinuitetsplanlegging.** Kommunedirektøren ber alle tjenestestedeledere og enhetsledere gå igjennom sine beredskapsplaner og rapportere om minimumsbemanning for å opprettholde forsvarlig drift og ressurser som kan frigjøres på kort og lang sikt.
11.03	WHO erklærer global pandemi
11.03	Tjenesteledere ved sykehjemmene får beskjed om å iverksette pandemiplanen. 1 ukes frist
11.03	**Den overordnede kriseledelsen settes.** Leder: kommunedirektør. Strategisk kriseledelse deles i to undergrupper (pandemigruppen og fellestjenestegruppen som har hver sine operative grupper
12.03	**Norge stenger ned**
12.03	Informasjon til sykehjem om restriksjoner og rutiner
13.03	Stengning av kafeer, frisør og fotpleie ved sykehjemmene
13.03	Besøkskontroll iverksettes på sykehjem og omsorgsboliger
13.03	Første pasient ved Vallerhjemmet blir isolert som nærkontakt

Bærum var allerede i slutten av januar i gang med møter for å diskutere et mulig utbrudd av koronapandemi. 27. januar 2020 var det et første møte med kommunedirektørens ledergruppe. Kommuneoverlegen og kommunalsjef Helse og sosial orienterte her om status for koronavirus. I

[26] 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.

[27] Enkelte hendelser er udaterte. Dette betyr at de er plassert korrekt rent kronologisk, men at den eksakte datoen for hendelsen mangler.

slutten av januar var det også et kommuneoverlegemøte om koronaviruset[28]. Smittevernoverlegen har på dette tidspunktet i løpende dialog med overlegen på legevakten og smittevernoverlegen i Vestre Viken. Det oppsummeres fra møtet at legevakten er kontaktpunkt og ved økt pågang kan man vurdere å koble på fastlegene eller etablere en egen klinikk for diagnostisering.

Da koronavirusutbruddet ble erklært som en global folkehelsekrise 31. januar 2020, ga Helsedirektoratet og fylkesmennene (nå: Statsforvalteren) i oppdrag å finne ut av hvilke kommuner som manglet eller hadde utdaterte smittevern- og pandemiplaner. Det kom da frem at 74 kommuner manglet slikt planverk, eller det var utdatert. Gjennomgangen til Statsforvalteren i Oslo og Viken viste at alle kommunene i Oslo og Viken, herunder Bærum[29], hadde planene sine i orden, med smittevernplaner som enten nylig var oppdatert eller i ferd med å bli det[30,31].

Bærum hadde oppdatert smittevernplanen og pandemiplanen like forut for koronautbruddet vinteren 2019/2020. Planen var å gjennomføre en pandemiøvelse våren 2020. I stedet måtte kommunen håndtere en faktisk pandemi, som har fremstått som den ultimate øvelsen.

Pleie og omsorg satte beredskapsstab den 06.03.2020 og den overordnede beredskapsledelsen settes den 11.03, dvs. samme dag som WHO erklærer global pandemi. Til sammenligning satte Stavanger krisestab innen Helse og velferd den 3. februar, mens den overordnede beredskapsledelsen hadde sitt første møte den 30. januar.

Helseforetak og kommuner ble bedt av Helsedirektoratet om å oppdatere beredskapsplaner og planlegge for økt kapasitet i sykehusene, hos legevakt og fastleger og i kommunale institusjoner. I Bærum ble pandemiplanen oppdatert i mars 2020. I tillegg ble helhetlig risiko- og sårbarhetsvurdering for Asker og Bærum gjennomført i 2019 og presentert i kommunestyret i mars 2020 og kommunens overordnede beredskapsplan ble revidert i 2020.

Kommunene ble også bedt om å utarbeide kontinuitetsplaner for å sikre evnen til å oppfylle sine roller og oppgaver, selv i en situasjon med stort fravær av arbeidskraft og andre innsatsfaktorer.

I Pandemiplanen står det også at: *Alle samfunnskritiske kommunale tjenester må ha kontinuitetsplaner som sikrer forsvarlig drift ved stort fravær.*

Virksomhetene fikk den 9. mars beskjed av kommunedirektøren om å utarbeide kontinuitetsplaner. DSB som veileder for kontinuitetsplanlegging ble lagt ved som en hjelp til virksomhetene, og det ble senere utarbeidet maler for dette arbeidet. En kontinuitetsplan er en plan som skal beskrive de alternative rutinene som virksomheten skal følge når en kritisk situasjon har oppstått, dvs. hvordan tilbudet vil bli påvirket av ulike grader av fravær. I mange enheter vil bortfall av ansatte føre til et redusert tilbud.

I mange virksomheter vil bortfall av personell føre til svikt i tjenesteytingen. En kartlegging av hvor mye arbeidskraft virksomheten i en beredskapssituasjon har behov for, omfatter både kapasitet og kompetanse. Det må også tas høyde for at arbeidsmiljøloven legger begrensninger på bruk av overtid, nattarbeid osv. En kan skille mellom sykefravær og personellfravær. Det

---

[28] Jmf CIM logg

[29] Jmf. CIM-logg 6.februar 2020 meldt av beredskapsansvarlig kommuneoverlege

[30] https://www.nrk.no/osloogviken/oppdaterer-smittevernplaner-1.14920716

[31] https://www.statsforvalteren.no/oslo-og-viken/helse-omsorg-og-sosialtjenester/nyheter---helse-omsorg-og-sosialtjenester/2020/koronavirus---vi-folger-situasjonen/

samlede fraværet av ansatte er vanligvis større en selve sykefraværet. Folk er borte fra jobben fordi de er syke, fordi de er i karantene eller for å ta hånd om syke familiemedlemmer. Det kan også tenkes at enkelte holder seg hjemme fordi de er redde for å bli smittet. I tillegg kommer det ordinære sykefraværet som ikke har noe med korona å gjøre.

I eposten den 09.03.2020 gav kommunedirektøren virksomhetene to oppdrag: Et oppdrag med kort frist og et oppdrag med lengre frist som dreide seg om å utarbeide kontinuitetsplaner. På oppdraget med kort frist ble alle tjenesteledere og enhetsledere bedt om å gå gjennom og rapportere følgende:

- Minimumsbemanning for å opprettholde forsvarlig drift
- Ressurser som kan frigjøres på lang og kort sikt

De fikk to spørsmål: *Hvor mange ansatte vil ditt tjenestested kunne avse i en kritisk situasjon? Er det spesifikke bemanningsutfordringer som tilsier at ditt tjenestested raskt kan komme i en slik situasjon?*

Eksempel Oppvekst grunnskole. Det ble lagt en del føringer som skolene skulle ta hensyn til når de vurderte hvor mange ansatte de kunne avse. For eksempel skulle det ikke gå utover den lovpålagte spesialundervisningen, man skulle opprettholde tilbudet for de yngste elevene og vurdere hjemmeundervisning for de eldste. Gjennomgangen fra hver skole viste at Oppvekst grunnskole samlet sett kunne avse 200 personer.

Tilbakemeldingene i intervjuene tyder på at mange virksomheter utarbeidet kontinuitetsplaner i kjølvannet av kommunedirektørens oppdrag, noe vi har fått enkelte eksempler på. Arbeidet med kontinuitetsplaner har fått mye større oppmerksomhet som en følge av koronapandemien. Før pandemien var det liten oppmerksomhet omkring kontinuitetsplanleggingen

Samtidig pekes det i intervjuene på at man ikke var helt sikre på hvordan arbeidet med kontinuitetsplanene ble fulgt opp av de ulike virksomhetene. Det tas det til orde for at beredskapsansvarlig/ledelse bør ha en tettere oppfølging av virksomhetenes arbeid med kontinuitetsplaner, dvs. at man kan følge med på om enhetene har gjennomført nødvendige analyser og planer. Det holder ikke å sende ut maler, hevdes det.

3.3 PLANVERK

Planer skal være styringsverktøy og gi grunnlag for raske beslutninger og riktig respons. I dette delkapitlet foretar vi en kort gjennomgang av utvalgte beredskapsplaner og helseplaner som forelå vinteren 2020.[32] *I hvilken grad ga de svar på de utfordringer som fulgte med koronaen?*

Hovedsvaret på dette spørsmålet kan oppsummeres slik: Kommunen hadde et oppdatert planverk som var en god rettesnor for arbeidet som ble gjort, men planverket var ikke tilpasset en global megakrise av et slik omfang og en slik varighet som koronapandemien. Kommunens evne

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

til å improvisere og handle har vært helt avgjørende for å kunne håndtere de raske endringene i smittetrykk og nasjonale føringer,

I dette delkapitlet foretar vi en kort gjennomgang av utvalgte beredskapsplaner og helseplaner som forelå vinteren 2020. På beredskapsområdet og på helseområdet finnes en rekke ulike planer på både nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Disse planene inngår i et planhierarki mellom stat, regionale myndigheter og kommunene. Tabellen nedenfor viser Bærum kommunes planer, i tillegg til nasjonale og regionale planer.

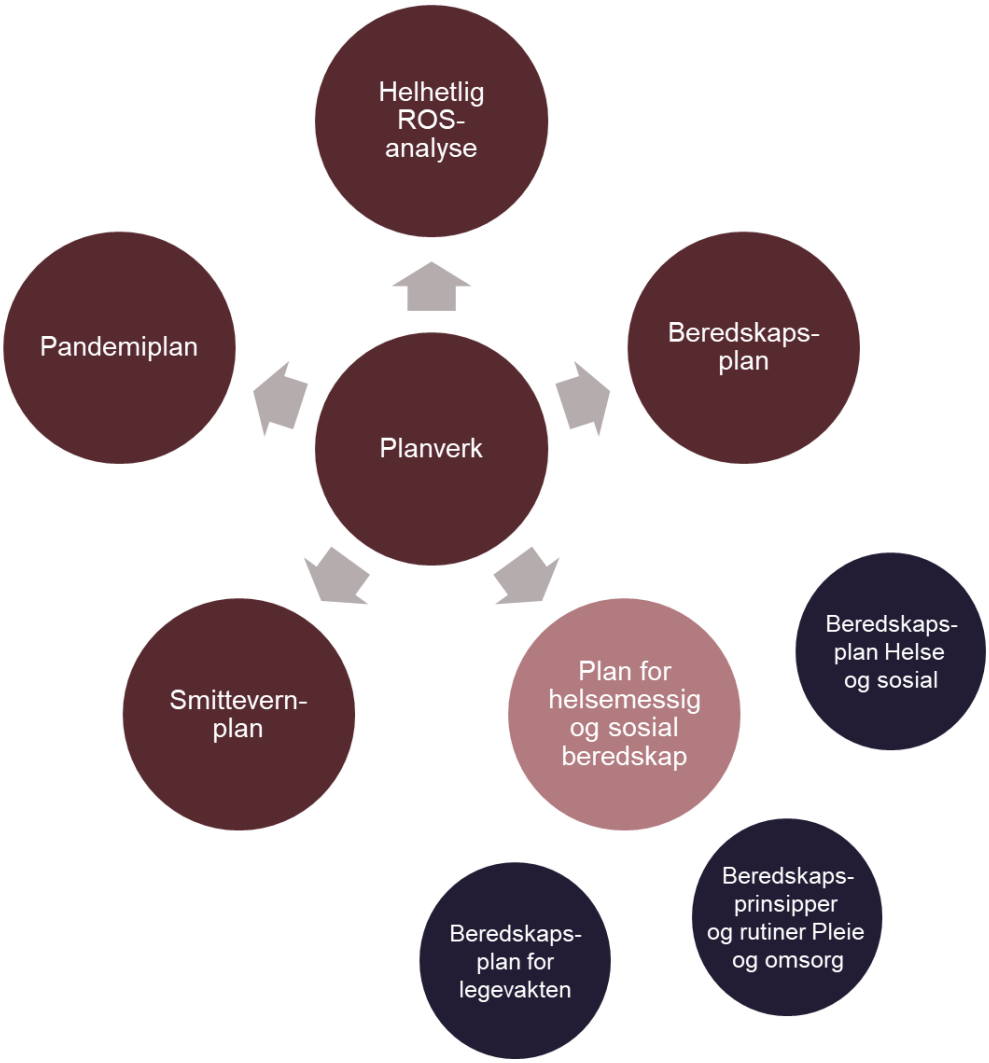
Tabell 4. Oversikt over nasjonalt, regionalt og lokalt planverk for beredskapen i kriser

Styringsnivå	Beredskapsplaner	Helseberedskapsplaner mv.
Nasjonalt	- Nasjonal helseberedskapsplan (2018) - Årlig nasjonal sårbarhets- og beredskapsrapport	- Nasjonal beredskapsplan covid-19 (10.06 2020) - Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer (2019) - Nasjonal plan mot pandemisk influensa (2014) - Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien (7. mai 2020) - Nasjonal handlingsplan- smittevern (2019-2023)
Regionalt	- Helhetlig ROS-analyse for Asker og Bærum (2020)	
Kommunen	- Overordnet beredskaps-plan (2020) - Virksomhetsnivå: Beredskapsplaner, ROS-analyser og kontinuitetsplaner[33]	- Smittevernplan (2019) - Pandemiplan (februar 2020) - Beredskapsplan Helse og sosial - Beredskapsprinsipper og rutiner Pleie og omsorg - *Det er et lovkrav at kommunene også skal ha en plan for helsemessig- og sosial beredskap, men Bærum kommune hadde per februar 2021 ikke en slik plan*

I figuren under viser vi en oversikt over planverket i Bærum kommune, dvs. både overordnet beredskapsplanverk og helseberedskapsplanene. Mørkerød farge indikerer at kommunen har disse, mens lys rosa farge indikerer at vi ikke har funnet en slik plan. Det er et lovkrav at kommunene skal ha en plan for helsemessig og sosial beredskap, men Bærum kommune har ingen slik plan. Mørk blå farge representerer planer lavere i hierarkiet. Beredskapsplanen for legevakten er et eksempel på beredskapsplaner på virksomhetsnivå.

Figur 6. Oversikt over aktuelt overordnet planverk i Bærum kommune

[33] Kontinuitetsplanene har vært virksomhetenes viktigste styringsverktøy under pandemien.



Vi går ikke nærmere inn på alle disse planene, men legger mest vekt på pandemiplan, helhetlig ROS-analyse og kommunens beredskapsplan.

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.

Bærum kommunes Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS) ble vedtatt våren 2020. I analysen har kommunen vurdert at **smitte og pandemier har den høyeste beregnede risikoen** av alle de 20 identifiserte uønskede hendelsene. Ifølge analysen vil dette ramme muligheten til å drive forsvarlig tjenesteyting pga. høyt sykefravær og mange i karantene. Dette kan også føre til isolasjon for brukere og mangel på mening og aktivitet, og samtidig gjøre det krevende for tjenestestedene å ha en bemanning som sikrer forsvarlige tjenester (eks: læring for elevene). Konsekvensreduserende tiltak i ROSen:

- Kontinuitetsplanlegging, planer for smittevern, samt opplæring, interne tiltak ved mistanke om/eller smitteutbrudd, innføring av hjemmekontor/økt bruk av digitale plattformer og innføring av kohorter.

Analysene avdekket at kommunene er spesielt sårbare for hendelsene: «Bortfall av elektronisk kommunikasjon», «Digitalt angrep», «Svikt i medisinforsyning», «Bortfall av kraftforsyning», **«Smitte og pandemier»** og «Atomulykke»

I scenarioanalysen tilknyttet ROS-analysen spisses den uønskede hendelsen ytterligere i retning av influensapandemi, som velges som uønsket hendelse i ROS-analysen:

- *Sannsynligheten er høy, og den vil få betydelige helsekonsekvenser og kunne ramme samfunnskritiske funksjoner i stor grad. Et svært smittsomt virus vil kunne lamme samfunnet ved at mange (også i nøkkelposisjoner i og utenfor kommunen) er syke samtidig og dermed ramme samfunnsmaskineriet i betydelig grad. Hvis viruset i tillegg er virulent (gir alvorlig sykdom) har den alvorlige konsekvenser i form av alvorlig sykdom og død, og vil samtidig forårsake stor angst og uro i befolkningen. Ved en omfattende pandemi kan de fleste kommunale tjenester bli utfordret, men oppdaterte kontinuitetsplaner og gode smitteverntiltak vil bedre kommunens håndteringsevne.*

Videre står det at en sesongpreget influensapandemi forventes å starte i Norge mellom desember og mars, og at den kan komme i en eller flere bølger. Når det gjelder omfang, anslår man i analysen at inntil 50 prosent av befolkningen kan smittes og 25-30 prosent bli sengeliggende fra 1-2 uker ved en omfattende pandemi.

I analysen pekes det på at en pandemi kan oppstå når et nytt influensavirus opptrer hos mennesker, og befolkningen helt eller i stor grad mangler immunitet mot dette viruset. Det står også at utarbeidelse av en vaksine vil kunne ta flere måneder.

Vurdering av sårbarhet:

- *Ulike sektorer har ulik sårbarhet, men pleie-omsorgssektoren er særlig sårbar. Pasientene blir sykere, pleiere må være hjemme på grunn av sykdom eller sykdom i familien og det er lite av hjelpen som kan utsettes eller avvikles. I tillegg vil viktige nøkkelfunksjoner i samfunnet være sårbare for influensa, særlig hvis kritisk kompetanse er samlet på få personer. Ved en alvorlig influensapandemi kan sykehusets akuttmedisinske kapasitet bli truet og kommunene kan oppleve å måtte håndtere sykere personer enn normalt og dette kan gi en særlig utfordring for kommunenes helsetjenester. Kommunen kan få betydelige utfordringer både innen sitt ansvar for helse og omsorg, men også i forhold til andre samfunnskritiske funksjoner, men har gode beredskapsplaner som vil sikre de sentrale ansvarsområdene selv ved en alvorlig og utbredt influensapandemi. Selv om pandemien blir langvarig vil kommunen evne å normalisere situasjonen relativt raskt når pandemien er over.*

Videre står det at dagens pandemiplaner (nasjonale og lokale) gjør at Bærum kommune er forberedt på å møte en pandemi.

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.

Beredskapsplanen inneholder en beskrivelse av hvordan beredskapen i Bærum kommune skal organiseres, samordnes og dokumenteres i krisesituasjoner. Den beskriver også hvordan uønskede hendelser skal håndteres i kommunen, mht. varsling, intern bistand og eventuell evakuering. Denne planen er unntatt offentlighet, og er ikke gitt en nærmere beskrivelse eller vurdering her.

DSB har siden 2002 gjennomført en årlig spørreundersøkelse blant landets kommuner om status for samfunnssikkerhets- og beredskapsarbeidet i kommunen[34]. Hovedformålet er å sjekke status for kommunens arbeid med kravene i forskrift om kommunal beredskapsplikt. Undersøkelsen i 2021 ble tatt noe ned i omfang pga. den pågående pandemihåndteringen og svarprosenten har gått ned sammenliknet med tidligere år (i år på 80%). Nedgangen tolkes som en konsekvens av høy arbeidsbelastning i forbindelse med pandemien, da beredskapsfeltet i 2020 *hovedsakelig handlet om pandemien og liten grad øvrige deler av fagfeltet*[35].

Årets undersøkelse (2021) viser at Bærum kommune har gjennomført ROS-analyse i 2019 med alle utvalgte minimumskrav til analysen, og at de har en helst fersk overordnet beredskapsplan fra 2020, som også oppfyller samtlige minimumskrav. Beredskapsplanen er basert på ROS-analysen, forankret i kommunestyret og den gjennomgås årlig[36]. Kommunen øvde sist på beredskapsplanen i 2019. Sammenliknet med de andre av landets kommuner, kommer Bærum svært godt ut av kommuneundersøkelsen 2021.

I Bærum kommunes beredskapsplan peker man ut seks områder hvor man anser at kommunen er spesielt sårbar. Ett av disse er smitte og pandemier. Dette punktet er fulgt opp i mandatet for Operativ pandemi arbeidsgruppe (datert 12.03).[37]

Øvelser. Som nevnt planla Bærum kommune å gjennomføre en pandemiøvelse våren 2020. I stedet måtte kommunen håndtere en faktisk pandemi som på mange måter har fremstått som den ultimate øvelsen. I tidsrommet 2016 til 2018 har Bærum øvd en rekke ganger.[38] En av disse

---

[34] https://www.dsb.no/menyartikler/statistikk/kommuneundersokelsen/

[35] https://www.dsb.no/contentassets/2e46c5ab2c37436db36ba80a85cfbc51/kommuneundersokelsen-2021_publisert.pdf

[36] Opplyst i intervju med beredskapsansvarlig

[37] Opplyst i epost 22.12.21.

[38] Kilde: Gjeldende Overordnet beredskapsplan

øvelsene (juni 2016) dreide seg om et smitteutbrudd i Asker og Bærum kommune, dvs. et salmonellautbrudd, som var størst i Bærum.

Kort om smittevernplanen

Smittevernplan for Bærum kommune (2019-2024) ble sist oppdatert i 2019. Den inneholder en oversikt over ressurser innen smittevern (for eksempel kommuneoverleger og fastleger), smittevernarbeid i en normalsituasjon og smittevern i en beredskapssituasjon.

Under kapittelet om smittevern i en beredskapssituasjon er dråpesmitte trukket frem som et mulig scenario (kapittel 5.2): *Det er en reell fare for et mer alvorlig utbrudd av influensasykdom ved endringer i virusegenskaper og man kan da få utbrudd av en pandemi. Det kan også dukke opp nye varianter av infeksjoner, for eksempel SARS (severe acute respiratory disease syndrom) eller mer som gir nye utfordringer i smitteberedskapen. Eventuelle nye utbrudd som dekker større områder, vil vi kunne bli forberedt på via internasjonal infeksjonsovervåking. Ved et slik utbrudd må vi raskt kunne vaksinere større grupper og ta hånd om flere syke og pleietrengende. I tillegg til helsesøstre og kommunale- / fastleger, må vi da bruke ressurser i pleie og omsorgstjenesten; personell, sykehjem og eventuelt hoteller som sykestuer.*

Det henvises videre til pandemiplanen.

Pandemiplan

Pandemiplanen er fra februar 2020, og er revidert på bakgrunn av helhetlig ROS for Asker og Bærum. Forrige revisjon av pandemiplanen var juni 2014.

Ifølge planen gjelder **hovedprinsippene** innenfor beredskapsarbeid også ved håndtering av en pandemi. Kommunedirektøren skal innkalle kommunens kriseledelse når pandemi er erklært og at han/hun beslutter å sette pandemigruppen etter anmodning fra kommuneoverlegen. Det er kommunalsjef Helse og sosial som skal lede pandemigruppen, mens kommuneoverlegens ansvar er medisinskfaglig rådgivning.

Pandemigruppens mandat er ifølge planen *å overvåke og analysere situasjonen og sørge for iverksetting av smitteverntiltak i tråd med nasjonale føringer*.

Tiltak for å begrense smitten. Ifølge planen er målsetting med smitteverntiltakene å redusere hastigheten pandemien sprer seg med i befolkningen. Tiltak avhenger av alvorlighetsgrad. Videre står det at tiltak (som håndhygiene og hostehygiene) er grunnleggende og må vektlegges både i helsetjenesten og i befolkningen ellers. Det pekes også på at det kan bli økt behov for medisinsk forbruksmateriell som munnbind, åndedrettsvern, beskyttelsesfrakk, visir og hansker.

ROS-analysen tar høyde for at det noen måneder å utvikle en effektiv vaksine. Dette pekes det også på i pandemiplanen: *Det må forventes en forsinkelse i levering, ettersom produksjon først kan igangsettes etter at virus er definert*.

I planen står det litt om isolering, blant annet at det kan være aktuelt å ha en egen kommunal klinikk for diagnostisering, isolering og behandling av syke. I planen står det derimot ingenting

om testing, smittesporing og karantene, ei heller om hvordan oppbygging av test- og smittesporingskapasitet kan skje.

Personell. Ifølge planen vil en pandemi kunne medføre inntil 40 % reduksjon av arbeidsstokken grunnet egen sykdom eller omsorg for smittede i egen familie. Alle tjenestesteder i kommunen skal ha planer for håndtering av stort fravær.

Pandemiplanen har et kapittel som omhandler mobilisering og organisering av personell. Mobilisering av personell skal vurderes fortløpende. Prioritering mht antall og nødvendig kompetanse vil være avhengig av meldt behov. Internt personell mobiliseres, organiseres og koordineres av pandemigruppen og mobilisert personell skal ledes i linjen de overføres til.

Mobilisering/omdisponering av personell mellom tjenestesteder kan gjøres av kommunalsjef evt. via pandemigruppen og kriseledelsen, og hvis det er behov for ekstraordinære tiltak vurderes og iverksettes dette av pandemigruppen og deretter kriseledelsen v/kommunedirektøren. Planen har en liste med grupper som kan være aktuelle som ekstrapersonell. Eventuelt eksternt personell koordineres også av pandemigruppen og ledes i linjen de utfører oppdrag for. Frivillige pekes på som en stor ressurs.

I intervjuene pekes det likevel på at pandemiplanen ikke tok høyde for antall medarbeidere som ble satt i isolasjon eller karantene: *«I planen var vi ikke forberedt på hvor mye karantenesituasjonen vil komme til å svekke våre helsetjenester.»* Og karanteneproblematikken kom til å bli en stor utfordring for kommunen. Vi får opplyst at det var litt over 500 ansatte i karantene i den mest krevende situasjonen våren 2020, med utbruddet på Vallerhjemmet.

Per desember 2021 har Bærum kommune laget en ny overordnet pandemi-ROS og er i gang med å oppdatere pandemiplanen.

Planenes betydning for krisehåndteringen

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

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 har variert veldig underveis, noe som har gjort den vanskelig å planlegge for.

I Bærum var de mest sentrale planene nylig blitt oppdatert, men pga. krisens omfattende og skiftende karakter og manglende konkretiseringer av blant annet TISK-virkemidlene, har man i

kommunen improvisert og håndtert utfordringer underveis i pandemien. Eller som en av de intervjuede sa det: «*Vi var forberedt på en krise, men ikke på* ***denne*** *krisen*». En annen sa det slik: *«Vi hadde et godt planverk å lene oss på, men det var ikke helt tilpasset akkurat dette. Vi måtte hele tiden finne løsninger på nye utfordringer.»* Et eksempel på dette som det vises til er pandemigruppen og den operative pandemigruppen (OPA), som omtales i positive ordelag.

Operativ pandemi arbeidsgruppe (OPA) var imidlertid ikke omtalt i eksisterende planverk. Kriseledelsen så imidlertid at det var behov for en tverrfaglig operativ arbeidsgruppe, med delegert myndighet til å beslutte og å iverksette relevante tiltak ved en pandemi. Eksempler:

- Etablere midlertidig organisasjon og struktur.
- Omplassere og beordre medarbeidere internt i kommunen.
- Utvidede og ekstraordinære innkjøp
- Forsterke gjeldende organisasjon og strukturer.

OPA ledes av seksjonsleder Helse, i nært samarbeid med pandemigruppen.

Opprettelsen av OPA hadde flere formål:

- Tilrettelegger for og bidrar til at alle syke får nødvendig helsehjelp.
- Bidrar til kommunens håndtering for å redusere sykdom og død som følge av smitten.
- Bidrar til å opprettholde kommunale helsetjenester i et bredt spekter, med spesielt fokus på Helse og sosial og Pleie og omsorg.
- Bidrar til samordnet, riktig og nødvendig informasjon til befolkningen og internt i kommunen, via Kommunikasjonsenheten.
- Iverksetter raskt og samstemte tiltak.
- Sikrer at håndteringen er i tråd med nasjonalt pandemiplanverk, og nasjonale og kommunale beslutninger som fattes fortløpende.
- Sikrer at nøkkelpersonell er definert

Medlemmer: Seksjonsleder helse, kommuneoverlege med smittevernansvar, kommunikasjonsrådgiver, representant fra folkehelsekontore, pleie og omsorg, og helsetjenester barn og unge, legevakt, representant for fastlegene, stab OPA og beredskapsansvarlig.

Hvem som har vært medlemmer i OPA, har variert etter utviklingen i pandemien og alvorlighetsgrad. Eksempelvis gikk beredskapsansvarlig ut av OPA fordi vedkommende var medlem i pandemigruppen.

I starten ble det lagt opp til daglige møter i OPA. Leder av arbeidsgruppen skulle da rapportere til Pandemigruppen to ganger daglig, til kriseledelsen ved behov.

At så mange havnet i karantene blir i intervjuene trukket frem som en av de største manglene ved planverket. Flere pekte også på at planene ikke tok høyde for pandemiens varighet.

3.4 VURDERING OG ANBEFALING

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

Hovedfunn: Kommunen hadde et oppdatert planverk som var en god rettesnor for arbeidet som ble gjort, men planverket var ikke tilpasset en global megakrise av et slik omfang og en slik varighet som koronapandemien. Kommunens evne til å improvisere og handle har vært helt avgjørende for å kunne håndtere de raske endringene i smittetrykk og nasjonale føringer. OPA og fellestjenestenes innsats har vært viktige brikker i så måte.

Gjennomgangen tyder på at Bærum kommune var relativt tidlig ute med å forberede håndteringen av koronapandemien. Det ble gjort en rekke forberedende aktiviteter i januar, februar og tidlig i mars, men kommunen satte krisestab en drøy måned senere enn Stavanger kommune.

Koronapandemien kom som en overraskelse på mange, til tross for et nokså ferskt planverk og 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 koronaviruset var på dette tidspunktet.

I Bærums ROS-analyse fra 2020 har smitte og pandemier den høyeste beregnede risikoen av alle de identifiserte uønskede hendelsene. Dette punktet er videreført i beredskapsplanen, som igjen er blitt fulgt opp gjennom mandatet til Operativ pandemiarbeidsgruppe. Denne gruppen fikk delegert myndighet til å beslutte og iverksette tiltak under pandemien. Gjennomgangen tyder på at dette var et vellykket grep.

Både ROS-analysen og pandemiplanen tar høyde for at det kan ta noen måneder å utvikle en effektiv vaksine. Pandemiplanen forutså at pandemien vil kunne medføre en kraftig reduksjon av arbeidsstokken og hadde en plan for omdisponering av personell under en krise. Til tross for dette opplevde de intervjuede at pandemiplanen ikke tok tilstrekkelig høyde for antall medarbeidere som ble satt i isolasjon eller karantene.

Etter vår vurdering er den manglende konkretiseringen av TISK-virkemidlene (testing, isolering, smittesporing og karantene) pandemiplanens svakeste punkt. I planen står det litt om isolering, blant annet at det kan være aktuelt å ha en egen kommunal klinikk for diagnostisering, isolering og behandling av syke. Utover dette står det lite om testing, smittesporing og karantene. Under pandemien har dette vært helt sentrale tiltak for å begrense smitten, spesielt når det ikke forelå en effektiv koronavaksine.

En revidert pandemiplan bør være mer konkret mht. bruk av testing, isolering, smittesporing og karantene. Eksempler her organisering og drift av teststasjoner og smitteoppsporing, og en plan for rask oppskalering av test- og smittesporingskapasitet.

Det sentrale planverket i Bærum var på plass før pandemien. Planene overskuet imidlertid ikke alvorlighetsgraden og lengden på krisen. En mulighet i en langvarig og omfattende krise som korona-pandemien, er at man planlegger fortløpende og dynamisk under pandemien, for å sikre konkrete og relevante planer. Dynamisk planlegging gir fleksibilitet til å håndtere en langvarig krise hvor både smitteverntiltak og mottiltak for å håndtere konsekvenser kan skaleres opp og ned i samsvar med smittesituasjonen.

Gjennomgangen tyder på at det overordnede planverket hadde relativt lite å si for Bærums krisehåndtering, i likhet med øvrige kommuner vi har undersøkt. Dette kan selvsagt ha sammenheng med at planene ikke var gode og konkrete nok i forhold til den konkrete krisen som oppstod, men det kan også ha sammenheng med at det er et urimelig krav at planverket skal være skreddersydd for enhver mulig krise. En god plan innebærer ikke at alt som står der er perfekt, men at planen tar opp i seg de mest sentrale momentene knyttet til organisering, ansvarsdeling, krisehåndteringsprosessen og den praktiske krisehåndteringen.

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

En viktig verdi ved planleggingen er at man i kommunen har gjort seg noen tanker på forhånd, og at planene skaper en grunnstruktur eller et orienteringspunkt man kan handle ut fra. Samtidig har kommunen forholdt seg til raske og omfattende endringer over en lengre periode der er improvisering og situasjonsbasert ledelse er viktig. 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.

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

Vi anbefaler kommunen…

- Å få på plass en plan for helsemessig og sosial beredskap.
- Planverket bør oppdateres med et scenario som tar høyde for en langvarig og alvorlig pandemi som må slås ned med inngripende tiltak fordi det ikke foreligger vaksine.

4 SMITTEVERNUTSTYR

4.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

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

Lagerkapasiteten i de fleste land var på det tidspunktet begrenset, med unntak av Finland, som hadde store beredskapslagre av både smittevernutstyr og legemidler.[39] Mange land ville holde på eget utstyr, også produsentlandene, og prisene steg og de aller fleste norske kommuner manglet munnbind og annet smittevernsutstyr senvinteren 2020.[40] Norge fikk en stor utfordring da EU-kommisjonen fra 14. mars vedtok å innføre eksportrestriksjoner på beskyttelsesutstyr til land utenfor EU. Restriksjonene førte til at lastebiler med smittevernutstyr på vei til Norge ble stående fast ved grenseovergangene. I slutten av mars ble restriksjonene opphevet.

Hva sier så lover og forskrifter om hva kommunene må ha av smittevernutstyr? Regelverket inneholder ikke detaljerte krav til hvor mye smittevernutstyr kommunene må ha på lager. Av § 8 i forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. fremgår det at *«Virksomheten skal sørge for å ha tilfredsstillende sikkerhet for forsyning av viktig materiell, utstyr og legemidler.»*[41] Hva som er tilfredsstillende, er ikke presisert nærmere.

I Helsedirektoratets faglige råd til pandemiplanlegging fra 2019, anbefales kommunene å ha planer for forsyninger av legemidler og smittevernutstyr:[42]

- *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*.

Ifølge pandemiplanen er målsettingen med smitteverntiltakene å redusere hastigheten pandemien sprer seg med i befolkningen. Hvilke tiltak som skulle implementeres, var avhengig av pandemiens alvorlighetsgrad og stadium. Smittevernrutiner som hånd- og hostehygiene ble sett på som grunnleggende, og det ble ellers vist til de smitteverntiltakene som ved en pandemi ville bli formidlet av helsenorge.no, helsedirektoratet og FHI. I pandemiplanen til Bærum kommune står det at under en pandemi kan *«kan bli økt behov for medisinsk forbruksmateriell som munnbind, åndedrettsvern, beskyttelsesfrakk, visir og hansker»*.

---

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

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

[41] Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-07-23-881

[42] https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging

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

På bakgrunn av gjennomgangen over utleder vi følgende revisjonskriterier:

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

4.2 OPPBYGGING AV LAGER MED SMITTEVERNUTSTYR

I starten av pandemien var det ikke noe felles lager for smittevernutstyr i Bærum og i pandemiplanen var det ingen estimater for hvor mye utstyr man vil kunne trenge ved ulike pandemiscenarier. Ved nedstengningen var det heller ikke en samlet oversikt over hvilken type utstyr som fantes på lager i kommunen. Ifølge pandemiplanen var virksomhetene selv ansvarlige for å bestille inn utstyr.

Det ble etter hvert bestemt at kommunene skulle rapportere inn tilgjengelig verneutstyr til Statsforvalteren (tidligere Fylkesmannen). I figuren under har vi illustrert estimert lagervarighet for smittevernutstyr i starten av pandemien, dvs. mars/april 2020. Lagervarigheten for uke 14 oppgis i uker og er av Helsedirektoratet beregnet ut fra tilgjengelig utstyr sett opp mot forventet forbruk[43].

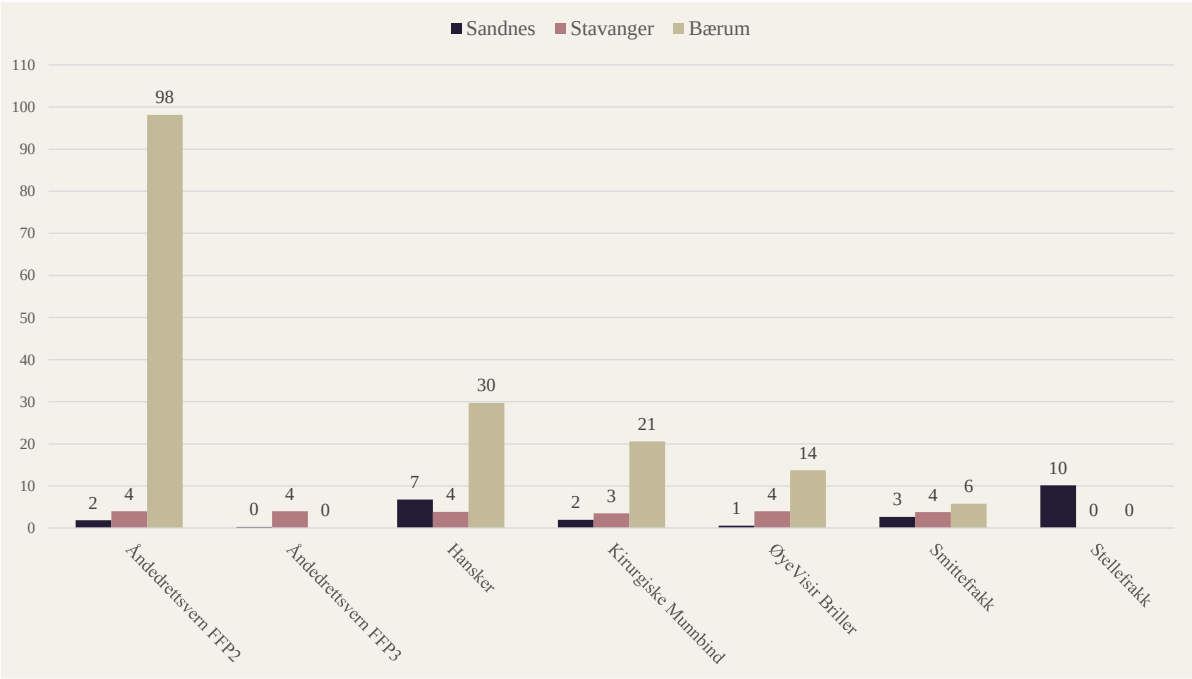
I juli 2020 gav Helsedirektoratet og statsforvalterne kommunene fargekodene grønn, gul og rød - alt etter hvor mange uker lageret varte[44]. Mindre enn to ukers lagervarighet gav rødt, under fem ukers lagervarighet gav gult og over fem uker gav grønt[45].

[43] Det er helsedirektoratet som beregner lagervarigheten, som er beregnet ut fra lagerbeholdning delt på forventet forbruk i kommende uke.

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

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

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



Vi ser at Bærum lå relativt godt an i starten, både når man tar utgangspunkt i nasjonale myndigheters fargekoder, og når man sammenligner med Stavanger og Sandnes. Kommunen hadde både munnbind, hansker og åndedrettsvern for flere ukers forventet forbruk

Disse forskjellene reflekteres også i intervjuene i de tre kommunene, der de intervjuede i Sandnes og Stavanger i større grad gir uttrykk for en utstyrsmangel i starten enn det man gjør i Bærum.

Intervjuene i Bærum tyder på at lagerkapasiteten gjennom hele perioden har vært betryggende, og at man sjelden har manglet smittevernutstyr. Samtidig peker flere på at det var en del usikkerhet knyttet til hvor mye smittevernutstyr kommunen hadde i starten, fordi det det var vanskelig å få oversikt over kommunens samlede utstyrsmengde (ettersom lagrene var desentraliserte). Man var også usikre på hvordan pandemien ville utvikle seg, og hvilket og hvor mye smittevernutstyr man ville trenge i kommunen. Derfor var det en viss rasjonering i starten.

For å få en bedre oversikt over og kontroll med utstyret kartla Pleie og omsorg eksisterende utstyr i kommunen. Gjennomgangen tyder på at man fikk en total oversikt tidlig i april 2020, etablerte et sentralt hovedlager, og en ordning med en felles bestilling av utstyr.

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

I figuren under har vi sett på utviklingen i smittevernutstyr over tid i Bærum. Vi bruker her absolutte tall og ikke forholdstall (estimert lagervarighet), ettersom det kan være grunn til å tvile

på forholdstallene, primært i uke 29 og uke 9.[46] Vi ser at det har vært en kraftig vekst i lagerbeholdningen for de fleste utstyrstypene.

Tabell 5. Utstyrssituasjon i Bærum over tid

Utstyrstype	Uke 14	Uke 29	Uke 9	Endring	Endring i %
Åndedrettsvern FFP2	1 668	1 530	11 950	10 282	616 %
Åndedrettsvern FFP3	50	235	1 200	1150	2300 %
Hansker	256 080	319 220	1 500 000	1 243 920	486 %
Kirurgiske munnbind	72 047	482 500	1 150 000	1 077 953	1496 %
Operasjonsluer	17 100	19 690	31 500	14 400	84 %
Visir/ briller	19 237	20 538	17 000	-2 237	-12 %
Smittefrakk	18 724	22 875	26 600	7 876	42 %
Stellefrakk	0	4 740	60 700	60 700	

Det har vært en del endringer i retningslinjer for bruk av utstyr underveis i koronaperioden, slik at en del av utstyret knapt brukes lenger, men dette visste man ikke i starten. Det har blant annet vært endrede retningslinjer for bruk av masker og man bruker ikke operasjonsluer lenger. Etter hvert har det hovedsakelig vært munnbind og hansker som er blitt brukt av kommunene.

I de tre neste figurene har vi sammenlignet de tre kommunene på de samme tidspunktene

Tabell 6. Lagerbeholdninger i midten av juli (uke 14).

Utstyrstype	Sandnes	Stavanger	Bærum
Åndedrettsvern FFP2	123	240	1 668
Åndedrettsvern FFP3	312	920	50
Hansker	91 224	152 700	256 080
Kirurgiske munnbind	9 763	174 040	72 047
Operasjonsluer	1 491	3 800	17 100
Visir/ briller	599	678	19 237
Smittefrakk	3 142	4 915	18 724
Stellefrakk	7 969	0	0

[46] I de tre neste figurene har vi sammenlignet kommunene med absolutte tall, og ikke forholdstall. Årsaken til det er at vi har funnet feil i forholdstallene i uke 29 og uke 9. Eksempelvis står det at Bærum kommune i uke 9 har et lager for kirurgiske munnbind for 19,2 uker, mens Stavanger har et lager for 304 uker. Dette kan vanskelig stemme. I faktiske tall har Bærum 1,15 millioner kirurgiske munnbind denne uken, dvs. om lag dobbelt så mye som Stavanger. Et annet eksempel: Sandnes kommune i uke 29 har et lager for FFP2 og FFP3 på 0 uker. Dette er beviselig feil, ettersom Sandnes har mye FFP3 og en del FFP2.

Tabell 7. Lagerbeholdninger i midten av juli (uke 29).[47]

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

Tabell 8. Lagerbeholdninger tidlig i mars 2021 (uke 9/10).

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

Kommentar: Det har vært en kraftig utstyrsvekst i alle de tre kommunene. Hovedforskjellen er utgangspunktet: Bærum lå greit an i starten, det gjorde ikke de to kommunene i Rogaland.

4.3 VURDERING OG ANBEFALING

Gjennomgangen viser at Bærum hadde et relativt stort lager av smittevernutstyr i starten av pandemien, sammenlignet med Stavanger og Sandnes. Kommunen hadde både munnbind, hansker og åndedrettsvern for flere ukers forventet forbruk. Likevel var det en viss frykt for at dette ikke var tilstrekkelig. Dette skyldtes dels at kommunen i starten ikke hadde den fulle oversikten over hvilket utstyr de hadde. Man var også usikre på hvordan pandemien ville utvikle seg, og på hvor mye smittevernutstyr man ville komme til å trenge.

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

Samtidig med at den første smittebølgen ble slått ned utover våren 2020, ble lagrene for smittevernutstyr fylt opp i Bærum. I uke 9 2021 hadde kommunen en meget god kapasitet. Dataene tyder Bærum da hadde et lager som kunne dekke forbruket i minst åtte måneder[48].

Til Aftenposten uttalte helseminister Bent Høie 14. mai 2020 at *«Jeg er ganske overbevist om at et av læringspunktene vi kommer til å ha etter denne situasjonen, er behovet for å standardisere hvilke lagre vi har av denne typen utstyr. Nå har det vært opp til hvert enkelt sykehus og hver kommune å vurdere hvor store lagre de skal ha»*.[49] Etter dette utspillet har Helsedirektoratet bygd opp et nasjonalt beredskapslager av smittevernutstyr som skal kunne vare et halvt år, samtidig som kommunene fra 2021 skal ha en lagerkapasitet som varer i minimum 8 måneder.

Spørsmålet er hva Bærum kommune bør gjøre fremover? Dette avhenger litt av hva man nasjonalt kommer til å gjøre etter pandemien. 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.

Per desember 2021 er Bærum i gang med å oppdatere pandemiplanen. I dag står det i pandemiplanen at det kan bli økt behov for medisinsk forbruksmateriell som munnbind, åndedrettsvern, beskyttelsesfrakk, visir og hansker, men ikke hvor mye kommunen har av dette utstyret. Etter vår vurdering bør kommunen bygge videre på den utstyrsoversikten man har skaffet og hvor utstyret er lagret. Dette er et naturlig utgangspunkt for å vurdere utstyrssituasjonen, både i «fredstid» og når en eventuell ny epidemi eller pandemi oppstår, og for å sikre en bedre utstyrsplanlegging. Det er sannsynligvis mest naturlig å ha en utstyrsoversikt som et vedlegg til pandemiplanen og ikke i selve pandemiplanen, ettersom mengden av utstyr trolig vil endre seg relativt hyppig.

Anbefaling:

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

---

[48] Årsaken til at vi skriver tyder på er at vi (som nevnt har funnet feil i Fylkesmannens forholdstall). Ifølge disse tallen er lagervarigheten i Bærum i uke 9 mindre enn åtte måneder for alle utstyrstyper utenom FFP2. Men dette kan umulig stemme. Dessuten fant vi at Stavanger kommune hadde et lager for forbruk i minst åtte måneder, og Bærum har gjennomgående mer utstyr enn Stavanger i uke 9.

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

5 LEDELSE, ORGANISERING OG KOMMUNIKASJON

5.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

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

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

I dette kapitlet undersøker vi nærmere fire aspekter ved hvordan overordnet kriseledelse har håndtert sitt arbeide i løpet av pandemien: *Tilgang på styringsinformasjon (kunnskap), kommunikasjon internt og eksternt, valg av beredskapsorganisasjon og regionalt samarbeid.*

Tilgangen på *styringsinformasjon* er viktig for en kunnskapsbasert situasjonsforståelse. Mye av den fortløpende krisehåndteringen fra kriseledelsens side har dreid seg om når og hvor hardt det skulle trykkes på den *«røde knappen»*.

Krisehåndteringen må også ses i lys av hva som ønskes oppnådd. *For Bærum sin kriseledelse har det dreid seg om å gjøre sitt ytterste for å redusere omfanget av pandemien og spare liv*. Viktige mål har vært å beskytte eldre og andre risikogrupper og ha kontroll på smitten inntil befolkningen er vaksinert. Lenge dreide det seg om å finne en riktig balanse mellom forebyggende tiltak, og mer reaktivt slå ned smitteutbrudd når de oppstod. Med omikron er denne strategien dramatisk endret i og med at kontrollert spredning av viruset inngår i utviklingen av flokkimmunitet.

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

Vi har formulert følgende revisjonskriterier som vurderingsgrunnlag.

- Ledelsen har handlet og truffet nødvendige beslutninger selv om informasjons- og kunnskapsgrunnlaget har vært mangelfullt.
- Kommunikasjonen har vært tilstrekkelig internt i kommunen og til innbyggerne.
- Kommunens beredskapsorganisering har vært innenfor rammen av de fire grunnleggende prinsippene som stilles til beredskapsorganisering og ledelse.
- Samordning vertikalt og horisontalt har sikret effektivitet i smittevernarbeidet.

5.2 TILGANG PÅ STYRINGSINFORMASJON

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

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

Vinteren 2020 var informasjonen om det nye viruset sparsommelig og usikker. I planverket er det lagt til grunn at mangel på informasjon og kunnskap ikke må stå i veien for handling i en krisesituasjon. Det skal forebygge at mangel på kunnskap fører til nøling og beslutningsvegring.

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

Krisestøtteverktøyet CIM

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

Gjennomgangen vår tyder på at CIM er blitt brukt til å fortløpende legge inn møtereferater, situasjonsrapporter, planer, medieovervåking osv. Etter litt usikkerhet i starten, har det blitt mer rutine over hvilken koronainformasjon som er lagt i CIM. Det er imidlertid i begrenset grad blitt loggført informasjon om den regionale koordineringen med ulike nabokommuner.

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

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

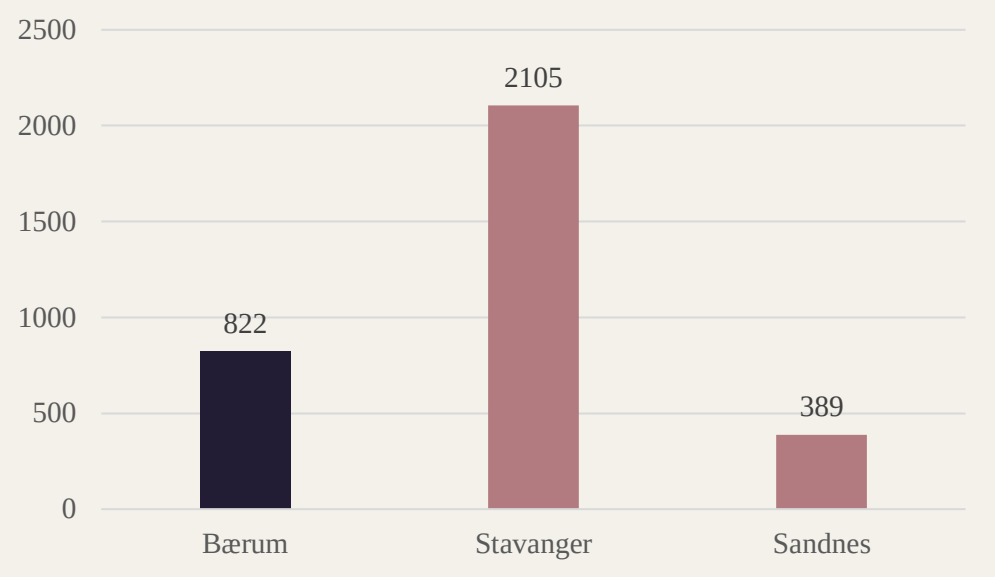
Det varierer også fra kommune til kommune hvor mye man har brukt CIM i pandemihåndteringen og hva som legges inn der. I figuren under illustrerer vi forskjellene mellom Sandnes, Stavanger og Bærum mht. loggføring under korona-hendelsen. Tallene er status per 14. april 2021 for de tre kommunene. Etter den tid er mer loggført for Bærums del.
1. februar 2022 var det loggført i alt 1083 aktiviteter for koronahendelsen i CIM Bærum.

Bærum kommune har aktivt brukt CIM under hele pandemien. Vi erfarte tidlig at kun bruk av loggpunkter ble uoversiktlig. Bærum har under hele pandemien brukt stabsmøte modulen hvor alle møter i kriseledelsen er registrert, fokusområder og alle aksjonspunktene kommunen har jobbet med. Der får kommunen en god oversikt over hva vi har utført og hva som pågår.

CIM har gjennom stabsmøte modulen fungert som «logg». Når det gjelder arkivering, er alle møtereferatene i kriseledelsen arkivert i kommunens arkivsystem «WebSak Fokus».

De som har hatt ansvar i Bærum kommune for å oppdatere CIM, har vært godt fornøyd med oppbyggingen av CIM, nettopp under en langvarig hendelse. Bruk av stabsmøte-modulen og aksjonspunktene har tydeliggjort dette.

Figur 8. Antall loggføringer i CIM knyttet til koronapandemien fra jan. 2020 til 14.04.2021.



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

Foreløpig vurdering

Fremover bør kommunen ta stilling til hvordan man skal bruke CIM i kriser, blant annet om man skal skille mellom hvordan man bruker verktøyet i kortvarige og langvarige kriser. Det synes videre å være et behov for å avklare nærmere hvilken informasjon som skal legges der, og hvordan det kan brukes mer effektivt i forhold til informasjonsdeling og som styringsverktøy.

Verken i Bærum, eller de andre kommunene vi har undersøkt, har CIM fungert som et godt informasjonsdelingsverktøy. I Bærum har få hatt tilgang til systemet, men systemet har gitt en god oversikt over aksjoner som må håndteres, hva som pågår og hva har blitt utført.

Storbynettverket har tatt et initiativ overfor Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og pekt på behovet for å gjøre styringsverktøyet mer funksjonelt også under store og langvarige kriser som koronapandemien.

Utvikling av statistikk og styringsinformasjon

I starten av pandemien var informasjonen svært begrenset. Bærum kommune satte imidlertid raskt i gang arbeidet med å få registrert smittede, ansatte i karantene/ isolasjon ol..

Fra mars 2020 har Bærum lagt ut daglig informasjon om smittesituasjonen på sin nettside. I tillegg er det laget ukesrapporter med stadig mer fyldig informasjon om smitteutviklingen i kommunen, i ulike tjenester og om kommunens tiltak.[50]

---

[50] https://www.baerum.kommune.no/korona/korona-informasjon-fra-barum-kommune/

Allerede i første halvdel av mars 2020, ble kommunene bedt om å rapportere på beholdningene av smittevernutstyr, jf. kapitlet om smittevernutstyr. Mangelen på utstyr stod høyt på agendaen til kriseledelsen og i pandemigruppen og OPA helt til situasjonen var under kontroll. I en periode ble det også rapportert på smittesporingskapasitet og antall personer i karantene og isolasjon.

Kriseledelsen har fått informasjon om folks etterlevelse av smitteverntiltakene, samt tilsyns- og kontrollrapporter om overholdelse av smittevernreglene i utelivsbransjen, i butikker ol.

Noen læringspunkter kan trekkes ut av intervjumaterialet:

- **Å forutse dynamikken i smitteutviklingen har vært krevende.** Usikkerheten om smitteutviklingen på lang sikt har gjort styringsinformasjon om smitteutviklingen på kort sikt viktigere.
- **Styringsinformasjon om én krise forhindrer ikke at kriser kan oppstå andre steder.** Mye av den styringsinformasjonen som kriseledelsen har fått, har vært beslutningstøtte for å skalere opp, beholde, eller skalere ned smitteverntiltak. Strenge smitteverntiltak har bidratt til å kontrollere smitteutviklingen og til en viss grad beskytte eldre og risikogrupper mot sykdom og død. Samtidig kan de inngripende tiltakene ha skadevirkninger både for ansatte og brukere, som øker med varigheten av smitteverntiltakene. Dette kommer frem i ulike rapporter [51]. Styringsinformasjon om de byrder som tiltakene påfører, er nødvendig om det skal foretas en presis avveining mellom nytte og kostnader. Ledelsen har fått informasjon om økonomiske konsekvenser av tiltakene og hva de kan bety for samfunnet, for idretten, kulturlivet, reiselivet og utelivsbransjen for å nevne noe. Men det synes å ha vært *rapportert begrenset med informasjon om hva smitteverntiltakene har betydd for brukerne og for driften av kommunen.* Dette gjelder også for Stavanger. Det ville gjort styringsinformasjonen mer fullstendig som grunnlag for ledelsens forholdsmessighetsvurderinger.

5.3 KOMMUNIKASJON

I en krise som koronapandemien, er det viktig å formulere et tydelig budskap som kommer ut til rett tid. Ledere som ikke kommuniserer på en overbevisende måte, vil fort få problemer. Dårlig krisekommunikasjon kan føre til en vond sirkel av rykter og økende mistillit til ledelsen blant ansatte og i befolkningen. Å formidle et troverdig og korrekt bilde av hva som faktisk foregår, er derfor svært viktig.

For å vurdere hvordan Bærum kommune har jobbet med kommunikasjon i koronakrisen er det relevant å se til kommunens krisekommunikasjonsplan for å se hvilke mål kommunen selv setter seg for kommunikasjon i en krise. Denne kan fungere som rettesnor/kriteriesett for god krisekommunikasjon, og verdien av å ha en plan for dette før krisen slår ut, kan være stor. Bærum

[51] https://www.ks.no/contentassets/ce81d2f45ec2409692df77b5afe8b22b/Delrapport-2-Kommunenes-erfaringer-fra-koronapandemien-s-langt.pdf

https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2737650

kommunes verdier åpenhet, respekt og mot skal ligge til grunn for kommunikasjon ved kriser. Hvis vi går tilbake til uttalte overordnede målsetninger/prinsipper er disse ifølge planen:

- *Gi viktig informasjon ut, men også bidra til arbeidsro slik at krisen kan løses best mulig*
- *Informasjonsflyten inn til og innen virksomheten fungerer*
- *Leder er ansvarlig for å gi ut informasjon korrekt, raskt og målrettet*
- *Informasjon skal være samordnet fra alle ledd og fremstå enhetlig*

I tillegg ble det i brevet Råd om organisering av smittevernstiltak i kommunene fra Helsedirektoratet til kommunene 2.mars 2020 påpekt at:

> *«Tydelig kommunikasjon og fortløpende oppdateringer til helsetjenesten og innbyggere er viktig. Kommunen må planlegge for at de ulike aktørene i kommunehelsetjenesten får nødvendig informasjon og at de følger anbefalingene som blir gitt av Fhi. Dette omfatter også helsepersonell i privat virksomhet.»*

Dette vil også danne grunnlag for vår vurdering av krisekommunikasjonsarbeidet i kommunen.

Kommunikasjon til innbyggere

I pandemiplanen til kommunen står det om informasjons- og kommunikasjonstiltak:

> *Kommunikasjon er ett av virkemidlene for å nå målene i pandemiplanen. Kunnskapsbasert og samordnet informasjon som gis fortløpende, er avgjørende for å oppnå best mulig tilslutning til og resultat av myndighetene og kommunens tiltak.*

Av kommunikasjonskanaler vises det i pandemiplanen til helsenorge.no, nasjonale myndigheters egne nettsteder og www.kriseinfo.no (dsb), sosiale medier, media, publikumstelefon, infotelefon for helsepersonell ang. vaksine og smittevern, kommunens nettsider/Yammer-portalen og CIM.

I pandemiplanen står det om informasjon til publikum at: Informasjon til publikum vil i stor grad gjengi og vise til informasjon fra nasjonale helsemyndigheter og skal inneholde:

- *Løpende utvikling av epidemien i utlandet og Norge*
- *Sykdommens ytringsform, inkludert alvorlighet*
- *Standardtiltak når det gjelder hygiene for å unngå smitte*
- *Selvhjelp: når bør man søke lege og hvordan kan man behandle seg selv*

Kommunen har ikke gjennomført noen undersøkelser blant beboere i Bærum som ser på deres opplevelse av pandemihåndteringen eller kommunikasjonen rundt dette. Vi får opplyst at det har vært ønskelig, men at det har vært vanskelig å få gjennomført pga kapasitet.

Kommunikasjonsenheten i Bærum kommunen består av 8 medarbeidere. Disse har jobbet systematisk med pandemihåndtering gjennom smittebølgene og prøvd å opprettholde normal kommunikasjonsaktivitet mellom bølgene. De har gjennom sin informasjons- og kommunikasjonsvirksomhet gjennomført en rekke tiltak med hovedformål å[52]:

- Informere befolkningen om råd og regler, status m.m.
- Motivere til adferdsendring – følge smittevernråd, la se vaksinere m.m.

[52] Tilsendt informasjon fra kommunikasjonsenheten

- Avlaste koronatelefon
- Oppmuntre og gi håp
- Involvere og ha tett dialog med viktige aktører – blant annet næringslivet
- Serve media proaktivt og besvare spørsmål

De viktigste kanalene for informasjon fra kommunen til Bærums innbyggere har vært nettsiden, facebook-siden, og ulike mediesaker. Tabellen nedenfor viser en oversikt over antall saker/nyheter/poster fra ulike kilder ifm. korona. Som vi ser, er det største volumet i mediesaker og på nettsiden (Nytt fra Bærum).

Tabell 9. Oversikt over mediesaker og saker på nettsiden. Kilde: Bærum kommunes kommunikasjonsavdeling

Tema	Tidsrom	Antall
Mediesaker (samlet)	01.03.20 – 05.10.21	4 500 saker
Nytt fra Bærum	16.03.21 -05.10.21	780 nyhetsposter
Facebook	01.03.21 – 05.10.21	120 poster
Filmer	01.03.21 – 05.10.21	49
e.post koronahenvendelser	20.11.20 – 05.10.21	1 642

Kommunen har offisielle profiler på flere av de store sosiale mediene, og disse er driftet av kommunikasjonsenheten i kommunen. Bærum kommunes Facebook *følges av 22 000 personer*, mens Instagramkontoen til kommunen har nærmere 5000 følgere og Twitter om lag 3200. Kommunen poster innlegg noen ganger i uken og mange av innleggene er felles for de ulike plattformene. Gjennom 2020 og 2021 har det dreid seg mye om korona. Første post om korona ble postet 10. mars 2020, da med informasjon om koronatelefonene i Bærum kommune.

Kommunen fører statistikk på besøk på nettsidene, og de har sett en kraftig økning i bruken av nettsidene i 2020 og 2021 sammenliknet med før korona. Antall brukere økte med 68% fra 2019-2020, fra nesten 800 000 i 2019 til over 1,3 millioner i 2020. *Sammenlikner vi 2020 og 2021 (tom 30. august begge år) ser vi en enda større økning på hele 81 %.* Bruken av mobiltelefon inn mot nettsiden har også fordoblet seg med 104 % økning fra 2019-2020 og igjen en mer enn dobling (122 %) fra første halvdel 2020 mot første halvår 2021 (tom 30. august begge år).

Ser vi på antall sidevisninger totalt fra 2019-2020 og fra 2020-2021 (tom. 30. august begge år), ser vi at det fra 2019-2020 er en økning på 76 %, og fra 2020-2021 en enda større økning med hele 182 %, til nærmere 10 millioner visninger per 31. august 2021. Antall sidevisninger på kun koronarelatert informasjon var i 2020 1 852 776, mens det per 31. august 2021 var 5 471 987. Ser vi nærmere på sidevisninger på koronarelatert informasjon som andel av totale sidevisninger, finner vi at den har økt fra om lag en fjerdedel (27 %) til over halvparten (55 %).

Tabell 10. Oversikt over besøk og bruk av Bærum kommunes nettsider.

Antall	2019	2020	2020*	2021*	Økning 2019-2021
Brukere	796 414	1 337 470	786 576	1 423 416	179 %
Sidevisninger (totalt)	3 952 166	6 957 063	3 520 936	9 914 927	251 %
Sidevisninger koronarelatert		1 852 776	394 841	5 471 987	779 %**
Mobilbrukere	344 539	702 310	390 937	866 507	251 %

** Tall frem til og med 30. august gjeldende år.*
*** Økning 2020-2021*

Sidene for koronavaksine, koronanytt fra Bærum kommune, råd og regler, sykehjem og barnehage og skole har i 2021, per 25. september hatt henholdsvis 1.300.347, 1.399.323, 996.825, 12.673 og 55.492 visninger. Mange av søkene på nettsiden går via eksterne søkemotorer, hvor google er dominant (60-95% avhengig av informasjonsside).

Tall fra den interne søkemotoren på kommunens nettside viser at den i 2020 hadde totalt 210.177 søk hvorav 6828 (3,3 %) var relatert til korona (inkluderer alt av søkeord i kategoriene korona, vaksine, test, teststasjoner, karantene mm.). Søketallene for 2021 ligger per 31. august på 175.116 søk totalt, hvorav 14.536 (8,3 %) er relatert til korona. Vi ser altså både en stor økning i søk på nettsiden fra 2020 til 2021 og en større andel koronarelaterte søk.

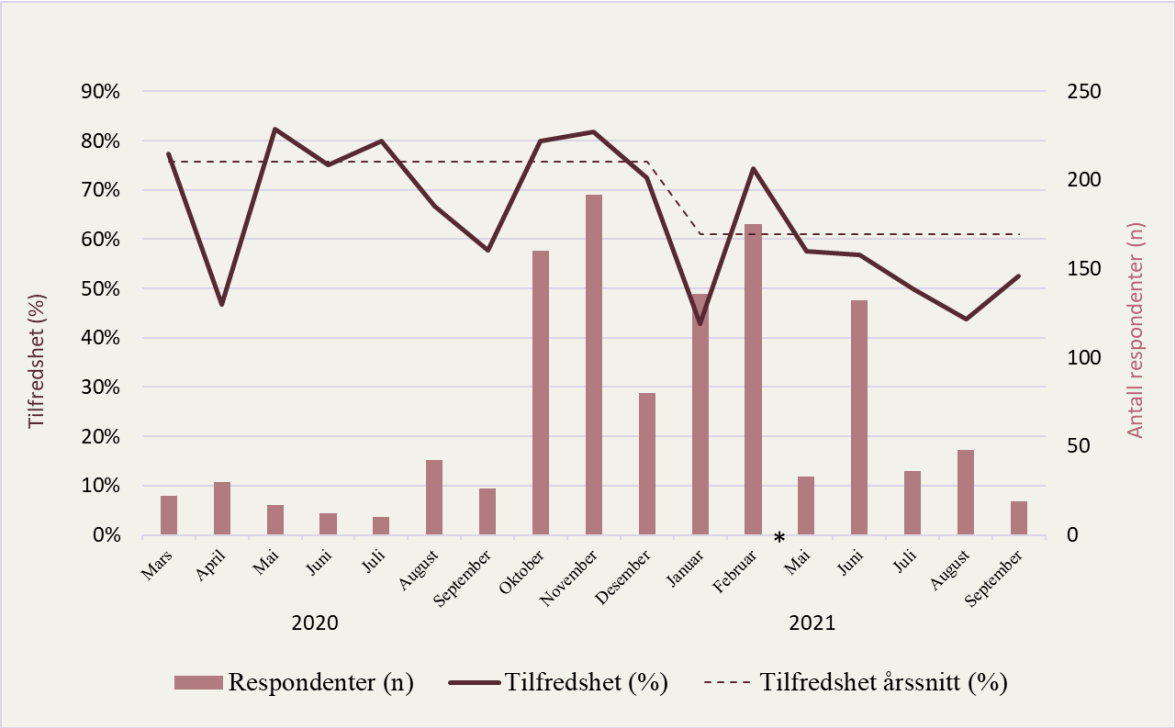
Tilfredshet med nettsidens koronainformasjon

Bærum kommune benytter i likhet med en rekke andre kommuner og offentlige/private organisasjoner løsningen Task analytics for å måle kundetilfredshet på nettsiden sin. I figuren nedenfor fremstilles kundetilfredshet med nettsiden, målt i prosent månedlig, for kategorien *Koronainformasjon*, som dekker all informasjon knyttet opp mot korona. Som vi ser av figuren, varierer brukernes tilfredshet betraktelig gjennom pandemiperioden. Vi får opplyst at kommunens mål ligger på 70-75 %[53]. Antall månedlige respondenter varierer også stort, fra 10-20 noen måneder til over hundre andre måneder. Vi får opplyst at det kan ha sammenheng med at koronasidene ble langt mer besøkt i 2021 enn i 2020 (figur mangler besøkstall for hele 2021). Ut fra kommentarer har man sett at tilbakemeldinger i stor grad er knyttet til informasjon og tiltak på nasjonalt nivå, da gjerne innstramminger og endringer som påvirker brukerne i stor grad. For 2021 er det mange spørsmål knyttet til når enkeltpersoner skal få sin vaksine, noe som nettsiden ikke kan gi et eksakt svar på, og som derfor kan oppfattes som manglende informasjon.[54]

Figur 9. Oversikt over befolkningens tilfredshet med kommunens koronainformasjon på nettsiden.

[53] Intervju kommunikasjonsansvarlig 19.08.21

[54] Opplysninger fra digitalt ansvarlig, Kommunikasjonsenheten



**Manglende data for mars og april 2021 grunnet systemfeil.*

Kommunikasjon med kommunens ansatte

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

En rekke ulike kanaler er benyttet for å formidle informasjon om korona til de ansatte:

<u>Kanaler</u>:

- *Yammer*
- *Kommunens nettside,*
- *Intranettet (ansattsider: ny portal 2021)*
- *e-post*
- *SMS*
- *Plakat/oppslag*
- *Elektonisk vaktbok*
- *CIM (kun et fåtall ansatte har tilgang)*

Mange av de vi har intervjuet, uttrykker jevnt over tilfredshet med den informasjon de har fått fra ledelsen og over intranett. Flere påpeker imidlertid at informasjonen til tider har vært overveldende, hvor endringer har kommet på løpende bånd. Mange syns det har vært utfordrende å henge med. Basert på intervjumaterialet, kan det også virke som at det har vært en del utfordringer med å få informasjon og beskjeder helt ut til den enkelte ansatte ved tjenestestedene. Det opplyses om at det er varierende hvor mye de ansatte bruker kommunens ulike plattformer

(yammer, kommunens nettside, ansattsider), og at i utgangspunktet skal informasjon og kommunikasjon gå i organisasjonslinja.

Koronahåndboken er en nettbasert håndbok for alle ansatte i Bærum kommune og den ble lansert i august 2020. Denne ble laget for å samle all informasjon på ett sted og ansvarlig for arbeidet har vært folkehelsekontoret, ved samhandlingskoordinator[55]. *Etableringen av denne trekkes frem av mange av intervjuene som SVÆRT positivt.* Når denne kom, ble det mye enklere å forholde seg til informasjonen. Den ble mer enhetlig, og det var lettere å følge med.

Intervjuene tyder, som nevnt over, imidlertid på at kommunikasjonen internt i kommunen til tider har vært krevende. Særlig i starten av pandemien var det krevende å få på plass et velfungerende kommunikasjonssystem. Det var heller ikke spesifikt definert i planverket hvilken kanal som skulle være hovedkanal for informasjon og kommunikasjon med kommunens ansatte, men heller listet en rekke ulike aktuelle kanaler. Pandemiplanen sier blant annet: *Hvordan de ulike kanalene skal benyttes i kommunikasjonsarbeidet, blir en løpende vurdering i det koordinerte kommunikasjonsarbeidet.* En av de intervjuede peker på at linjene var for lange og at informasjonen var for utydelig. Flere av de intervjuede peker på at kommunikasjonen fra ledelsen ut i organisasjonen da pandemien slo til var for dårlig. Det tok for lang tid før kriseledelsen ble synlig for organisasjonen: Hvilke beslutninger som ble tatt, hvorfor beslutninger ble tatt. Mange forsto ikke hvorfor nettopp helsesykepleiere ble omdisponert, selv om dette var spesifisert i pandemiplanen. Som en informant peker på, så var det først over sommeren 2020 at kommunikasjonen til de ansatte begynte å fungere tilfredsstillende.

5.4 BESLUTNINGSSITUASJON OG DILEMMAER

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

Den første strategien er en *prinsipiell strategi* som går ut på å minimalisere skaden ut fra et «føre var-prinsipp», «better safe than sorry» eller «heller litt for mye enn litt for lite».[56] Målet er å holde smitten lav ved forebyggende tiltak. Fordelen med forebygging er at den vil kunne opprettholde et jevnt lavt smittetrykk over tid fordi en rekke mobilitets- og kontaktreduserende tiltak brukes langsiktig og forebyggende. Den er også lett å formidle til innbyggerne og gir inntrykk av en ledelse som er i forkant av problemene. Ulempen er at den kan komme på kant med forholdsmessighetsprinsippet i smittevernloven, og kan føre til økende mistillit i befolkningen om det tas i bruk strenge og inngripende tiltak i situasjoner med lite smitte.[57] I noen av intervjuene, er det pekt på at smitteverntiltakenes ulemper burde vært synliggjort bedre.

Medisinsk-faglig har forebygging støtte som en strategi for å minimere konsekvenser for liv og helse. Forholdsmessighetsprinsippet trekker imidlertid mer i retning av en pragmatisk tilnærming:

---

[55] Fra Situasjonsrapport nr. 18

[56] Jf. Lægreid, Per, (2020): Styringskapasitet og styringslegitimitet. Stat & Styring 2-2020.

[57] Ifølge smittevernloven § 1-5 skal smitteverntiltakene være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse og være forholdsmessige. I praksis betyr dette at den helsemessige gevinsten av et tiltak må være større enn byrdene. Utfordringen for beslutningstakerne under koronapandemien har vært å finne ut når det er riktig å sette inn smitteverntiltak, og hvor inngripende disse skal være: Når overstiger tiltakenes helsemessige gevinster ulempene befolkningen påføres? Dette dilemmaet har kommet til tydelig til uttrykk i møtene i beredskapsledelsen.

Fører forebygging til byrder for folk og samfunn som overstiger (kortsiktig) helsemessig nytte, vil de ikke lenger være i tråd med smittevernloven. Mange har vært opptatt av smitteverntiltakenes byrder, men kanskje aller mest det politiske miljøet i Bærum.

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

Etter hvert har den proaktive strategien blitt supplert med et større innslag av pragmatisme. Gjennom erfaring har det blitt lettere å lese og forutsi smitteutviklingen. Risikofaktorene har blitt bedre kjent, og det er bygget opp kunnskap om hva som trengs for å slå ned og kontrollere smitteutviklingen og når tiltakene med minst mulig risiko kan trappes ned.[58]

For kriseledelsen mv. har dilemmaet bestått i å finne riktig tidspunkt for å trykke på den «røde» knappen. *Er tiltaksnivået riktig i forhold til smittesituasjonen og risiko for ny smittespredning? Bør det iverksettes strengere tiltak? Kan vi lette på tiltakene?*

For å kunne svare på spørsmålene har kriseledelse og pandemigruppe fått smittevernoverlegens medisinsk-faglige risikovurdering. Fagråd korona, med bred medisinskfaglig kompetanse, har fungert som faglig rådgivende organ. Forholdsmessighet har stått sentralt i smittevernoverlegens vurderinger. Kommunedirektørens oppgave har vært å trekke konklusjoner. Vi får opplyst at medisinskfaglige råd nesten uten unntak har veid tyngst i vanskelige avgjørelser.

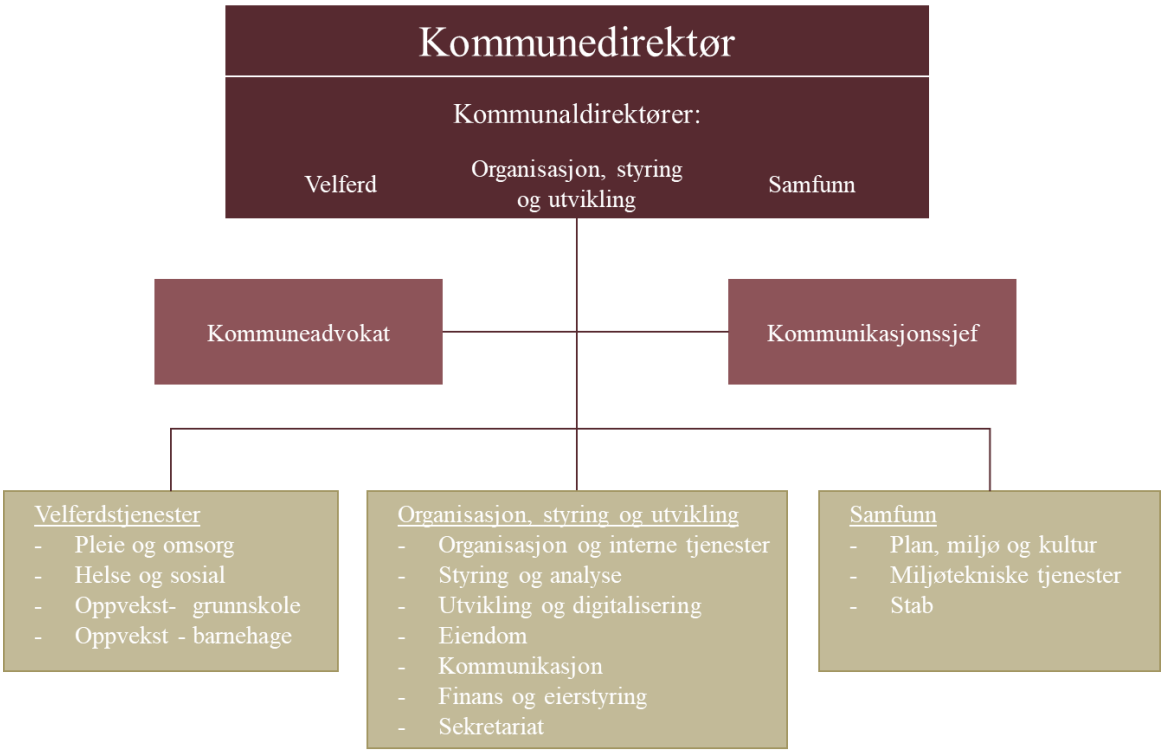
Intervjumaterialet tyder på at samarbeidet mellom fagekspertise, administrativ ledelse og politikk har vært nøkkelen til balanserte avveininger og beslutninger. Ifølge mange av de vi har intervjuet, har ulike hensyn blitt veid mot hverandre - både faglige, administrative og politiske – noe som har gitt vedtakene legitimitet og sikret kompromisser mellom ulike hensyn.

5.5 OVERORDNET BEREDSKAPSORGANISERING

Figuren nedenfor viser hvordan Bærum kommune er organisert på administrativ side.

Figur 10. Organisasjonsmodell Bærum kommune. Kilde: Kommunens nettside

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



I det følgende ser vi nærmere på den overordnet beredskapsorganisering. Den er viktig for å implementere kriseledelsens beslutninger og for samordning horisontalt og vertikalt. Som vi så i innledningen, skal organiseringen ivareta prinsippene om ansvar, likhet, nærhet og samvirke.

Kommunens beredskapsplan beskriver hovedprinsippene for beredskapsarbeid og krisehåndtering, og den skal ifølge planen følge de fire prinsippene for ansvar, likhet, nærhet og samvirke, som beskrevet i tidligere kapittel. Dette er i henhold til nasjonale retningslinjer.

Hvis man ser på hva dette i praksis betyr, vil det innebære at man i utgangspunktet skal være restriktiv med å flytte håndtering og ansvar oppover i organisasjonen, men heller etterstrebe å delegere dette nedover i linjeorganisasjonen. Omstrukturering eller opprettelsen av nye (parallelle) strukturer i organisasjonen bør også unngås om man skal følge disse prinsippene. Videre innebærer samvirkeprinsippet at ansvaret for et godt samvirke i utgangspunktet skal ligge hos den enkelte enhet/etat, og ikke tas opp til høyere nivå enn nødvendig.

Beredskapsplanen legger også føringer for nivåene for ledelse av kommunens beredskaps- og krisehåndteringsarbeid. Den beskriver fra høyeste til laveste et strategisk, operativt og taktisk nivå. Figuren nedenfor er hentet fra beredskapsplanen til Bærum kommune, og viser hva hvert nivå har ansvar for og hvort tett på krisen de er.

Figur 11. De ulike nivåene for ledelse av kommunens beredskaps- og krisehåndteringsarbeid. Kilde: Bærum kommunens beredskapsplan

Aktørene i kommunen som representerer de ulike nivåene er:

1. **Strategisk nivå** – kriseledelsen ved kommunedirektør og kommunaldirektører
2. **Operativt nivå** – kommunalsjefer
3. **Taktisk nivå** – tjenesteledere

Planen sier videre at det er viktig at kommunen har samme nivåinndeling også ved håndtering av en krise, dette for å skape likhet med samarbeidende aktører og forenkle samvirke.

I kommunens beredskapsplaner er de tre ledernivåene i organisasjonen definert som følger:

1. **Kommunedirektør-nivå**; kommunedirektør og kommunaldirektører
2. **Kommunalsjefsnivå**; kommunalsjefer og seksjonsledere
3. **Tjenesteledernivå**; tjenesteledere, enhetsledere og avdelingsledere

Planverket i kommunen (beredskapsplanen) har også tydelig definert hvem som skal sitte i kommunens kriseledelse og hvordan ansvar og oppgaver skal være fordelt. Pandemiplanen sier at det skal opprettes en pandemigruppe ved erklært pandemi og beskriver medlemmer og ansvars- og oppgavefordeling mellom disse. Sånn sett hadde Bærum kommune på plass en organisasjonsplan og en plan for mobilisering av personell.

Operativ pre-pandemi arbeidsgruppe (OPPA)

Den operative pre-pandemigruppen ble opprettet 28. februar 2020. Hensikten med den operative gruppen i prepandemisk fase, var å sikre informasjon om korona-viruset og sende strategiske spørsmål til avklaring til kommunens toppledelse om situasjonen, løse utfordringer på operativt nivå og forberede en mulig pandemi.

OPPA hadde representanter fra:

- *Folkehelsekontoret; avdelingsleder, kommuneoverlege og smittevernoverlege*
- *Asker og Bærum legevakt*
- *Kommunikasjonsavdelingen*

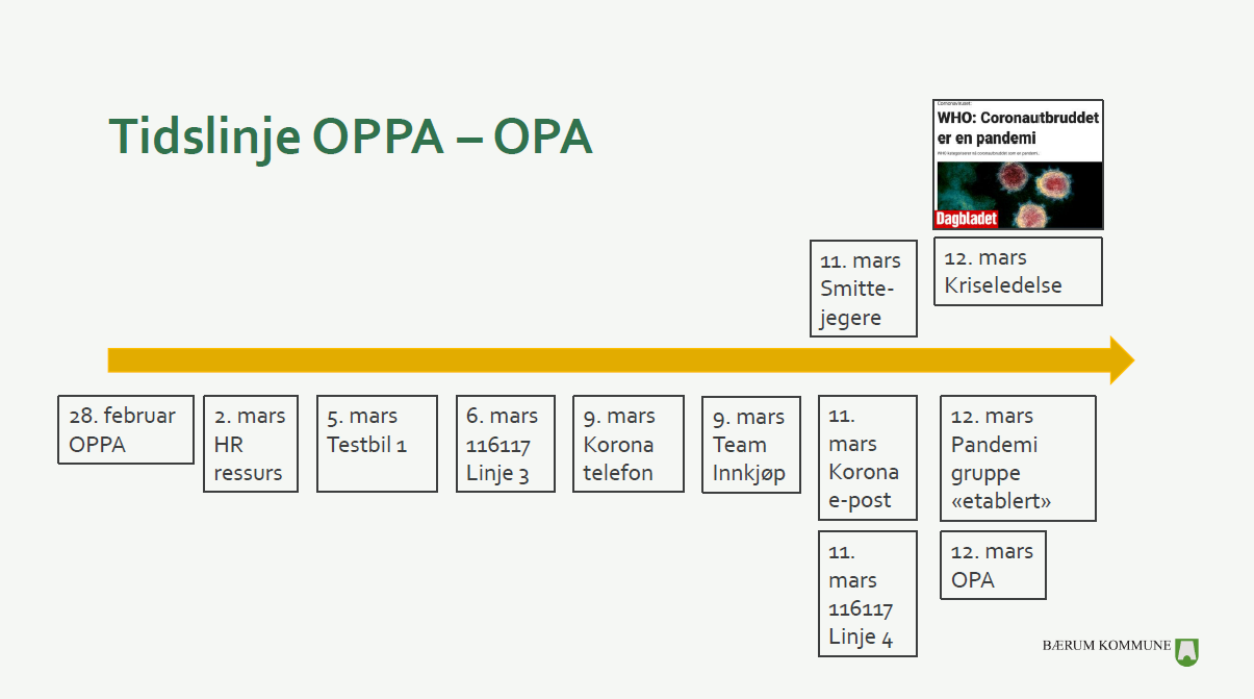
- *Beredskapsansvarlig Bærum kommune*
- *Seksjonsleder helsetjenester barn og unge (HEKT)*
- *«ansvarlig» fastlegeordningen (FL)*
- *Pleie og omsorg (PLO)*

Blant de første oppgavene var å sikre kommunikasjon mellom sentrale aktører i kommunen og begynne arbeidet med testkapasitet og rutiner for bestilling av smittevernutstyr.

I perioden 27 februar til 11 mars samlet Operativ Pre-Pandemi Arbeidsgruppe (OPPA) informasjon, skapte nettverk og iverksatte umiddelbare tiltak for å håndtere det økende trykket – og søkte å se fremover mot en situasjon hvor pandemi kunne bli fastslått. 11 mars definerte WHO covid-19 som en pandemi, og OPPA ble da endret til OPA (Operativ Pandemi Arbeidsgruppe), samtidig som Pandemigruppe ble satt (ihht. Pandemiplanen).

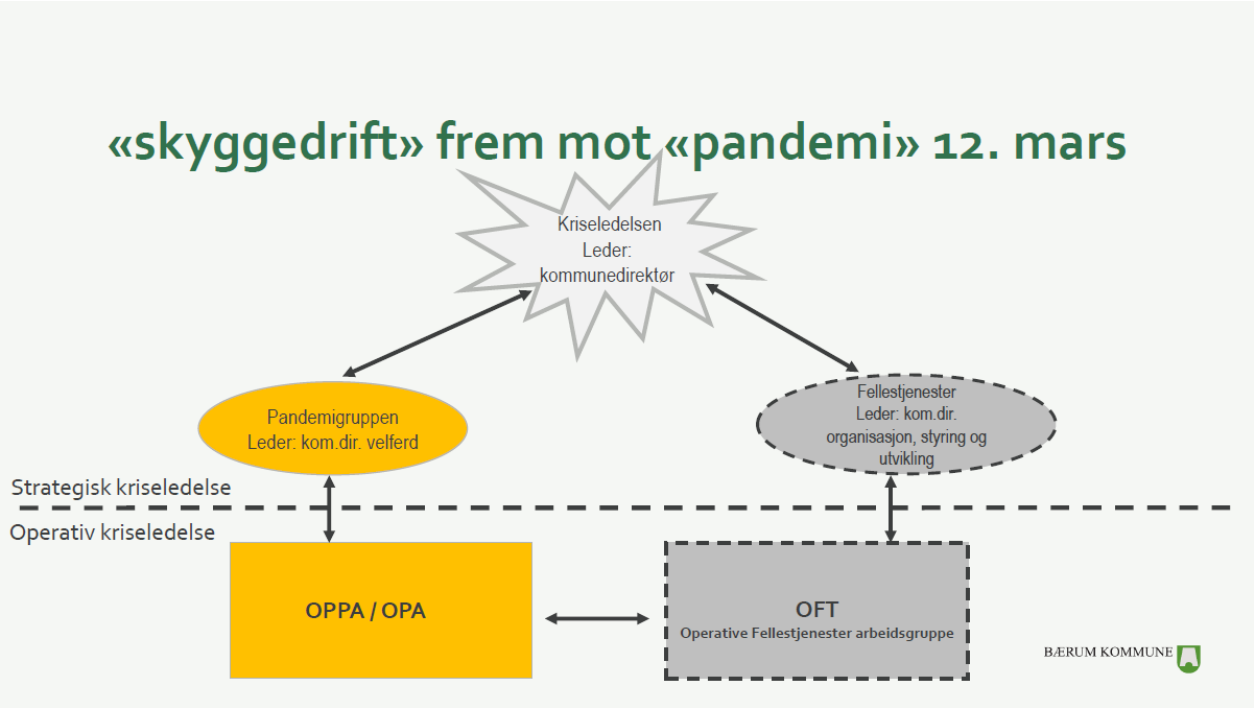
Figuren nedenfor beskriver hendelser fra OPPA fram til etablering av OPA.

Figur 12. Tidslinje fra OPPA fram til etablering av OPA.



OPPA var et av flere beredskapsorgan som fungerte frem mot 12 mars 2020, jf. figuren nedenfor.

Figur 13. «Skyggedrift av krisehåndtering frem mot erklæring av pandemi 12. mars 2020.



Som figuren viser, inngikk både pandemigruppe, kriseledelse og fellestjenester i den strategiske kriseledelsen. Den operative kriseledelsen bestod av OPPA/ OPA og OFT; Operative fellestjenester arbeidsgruppe. Denne organisasjonsstrukturen er ikke beskrevet spesifikt i pandemiplanen, ei heller er opprettelsen av en egen operativ pandemigruppe. Vår gjennomgang tyder imidlertid på at dette har vært et svært vellykket grep, og tilbakemeldingene fra intervjuer er at denne gruppen har vært gull verdt i den praktiske pandemihåndteringen.

Beredskapsorganisering under pandemien

Den neste figuren (fig. 14) viser hvordan krisehåndteringen har vært organisert under pandemien. Det har vært justeringer og tilpasninger underveis for å optimalisere organiseringen. Det har også blitt etablert diverse grupper og team for å håndtere spesifikke oppgaver.

To spesialiseringsprinsipper er lagt til grunn for den organisatoriske inndelingen. Det ene er skillet *vertikalt* nevnt over, mellom strategisk krisehåndtering og operativ krisehåndtering. *Horisontalt* er det gjort et skille mellom velferd og pandemigruppen på den ene siden, og organisasjon, styring og utvikling (fellestjenester) på den andre siden.

Kriseledelsen, sammen med pandemigruppe og organisering og styring, utgjør hovedelementene på strategisk side. Tjenesteområdet Velferd har stått sentralt i forhold til rigging av pandemigruppen. Arbeidet med lokal forskrift er også definert å være en del av kommunens strategiske krisehåndtering og har vært en sentral oppgave for kriseledelsen.[59] Arbeidet med lokal forskrift er nærmere beskrevet i kapitlet om smitteverntiltak i Bærum.

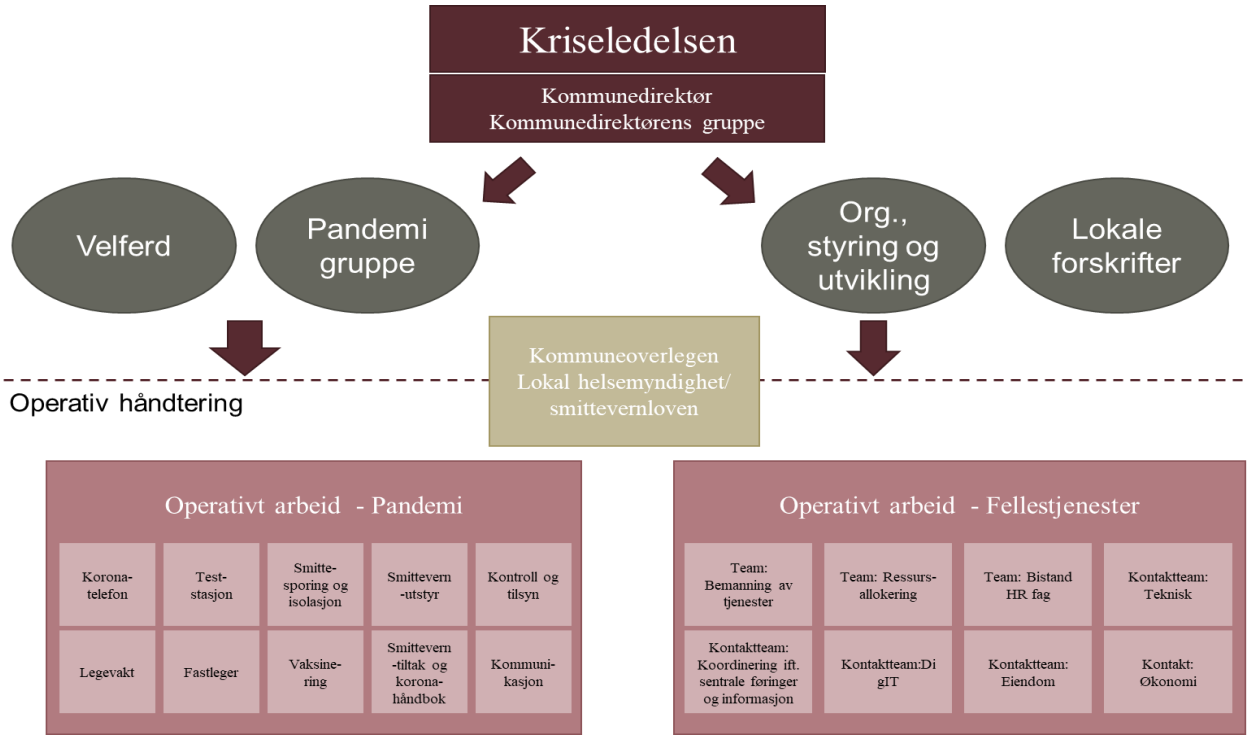
[59] Kriseledelsen i Bærumkommune skal ifølge overordnet beredskapsplan bestå av: kommunedirektør, ordfører, varaordfører, kommunaldirektør velferd, kommunaldirektør samfunn, kommunaldirektør organisasjon, styring og utvikling (OUS), HR-sjef, kommunikasjonssjef, kommuneoverlege og beredskapsansvarlig. Ledelsen ble på et senere tidspunkt supplert med kommunalsjef for helse og sosial.

Kommuneoverlegen havner i denne illustrasjonen over beredskapsorganisering i en mellomposisjon mellom strategisk nivå og operativt nivå, representert gjennom Fagråd Korona. Det betyr å være bindeledd og bro mellom strategisk og operativt nivå. Fagråd korona ble opprettet av pandemigruppen som en avlasting for faglige avklaringer og råd. Gruppen har rådgitt både Pandemigruppen og OPA, med mål om å (a) bidra til at kommunens ledelse ved Pandemigruppen får et forsvarlig smittevernfaglig grunnlag for sine beslutninger og (b) sikre at innbyggere, organisasjoner og interne tjenester får kvalitetssikrede og samkjørte råd fra Bærum kommune. Kommuneoverleger har imidlertid også sittet i både Kriseledelsen, Pandemigruppen og deltatt i OPA ved behov.

På operativt nivå, står operativ pandemigruppe (OPA) sentralt med Seksjonss Helse som leder. Praktisk håndtering av TISK, jf. kapitlet om TISK, har vært lagt til operativ pandemigruppe. Det samme gjelder vaksinering, smittevernutstyr, diverse andre smitteverntiltak og kommunikasjon, som vist i figur nedenfor.

Operativt arbeid – fellestjenester (OFT), har håndtert oppgaver i forhold til bemanning, ressurser, HR, teknisk, eiendom, økonomi mv. Mye av arbeidet har vært organisert i diverse team.

Figur 14. Organisasjonskart over Bærum kommunes beredskapsorganisasjon.



I Bærums beredskapsplan opereres det, som nevnt, med tre organisatoriske nivåer i beredskapsarbeidet: strategisk, taktisk og operasjonelt. Det er i planverket sagt hvem som representerer hvilket nivå. Det er ikke nærmere beskrevet hva strategisk krisehåndtering innebærer. Det operative er enklere i den forstand at det dreier seg om å finne praktiske løsninger på de utfordringer og oppgaver som fortløpende dukker opp i forbindelse med en krise.

Stavangers beredskapsplan opererer også med tre organisatoriske nivåer i beredskapsarbeidet: Beredskapsledelse (strategisk nivå), beredskapsstaben (operasjonelt nivå med beredskapssjefen)

og tjenesteområdene (taktisk nivå).[60] Fordelingen av beslutningsfullmakter på disse nivåene avgjør hvor hovedtyngden av krisehåndteringen foregår: Sentralisert der ledelse og beredskapsstab spiller hovedrollen. Eller desentralisert, der den ordinære drifts- og linjeorganisasjonen spiller en hovedrolle.

En klar forskjell mellom Bærum og Stavanger, er den sentrale rollen som beredskapssjef og -stab har fått i Stavanger. En diskusjon det første drøye halvåret av pandemien, var hvordan oppgavefordelingen skulle være mellom den sentrale beredskapsstaben på den ene siden og tjenesteområdene på den andre. Etter hvert er beredskapsstabens rolle blitt mer tilretteleggende og rådgivende, mens mye av den praktiske krisehåndteringen har foregått i tjenesteområdene, med tyngdepunkt i Helse og velferd.

Strategisk valgte Stavanger tidlig i pandemien en proaktiv og til dels streng tilnærming i tråd med beredskapsprinsippene om «moderat overreaksjon» og «sikkerhets/usikkerhets-prinsippet.» Det første innebærer å ta litt ekstra i når usikkerheten er stor, for å gardere seg. Det andre prinsippet går ut på at mangelfull informasjon ikke skal forhindre handling.

Beredskapsledelsen i Stavanger brukte tid innledningsvis for å avklare hva som skulle være ledelsens strategi og hva den trengte av beslutningsstøtte for å understøtte et linjevalg basert på å være raskt ute med smitteverntiltak, ta litt ekstra i, og være forsiktig i forbindelse med gjenåpning og lettelser i tiltak. Vi finner ikke dokumentasjon på tilsvarende diskusjon i Bærum tidlig i pandemien hvor innholdet i den strategiske håndteringen av pandemien ble avklart.

Pandemigruppe og Operativ Pandemigruppe (OPA)

Pandemigruppen skal overvåke og analysere situasjonen og sørge for iverksetting av smitteverntiltak i tråd med nasjonale føringer. Pandemigruppen etableres når kommuneoverlegen anser det som hensiktsmessig. Gruppen har bestått av kommunikasjonssjef, overlege legevakten, kommunalsjef PLO, kommunalsjef helse og sosial, kommunalsjef barne- og ungdomstjenesten, fastlegerepresentant og har vært ledet av kommunaldirektør velferd.

Ifølge Pandemigruppens mandat framgår det at «Pandemigruppen er en faglig og administrativ rådgivergruppe med delegert myndighet til å beslutte og å iverksette relevante tiltak ved en pandemi. Pandemigruppen skal overvåke og analysere situasjonen og sørge for iverksetting av smitteverntiltak i tråd med nasjonale føringer. Kommunedirektøren beslutter å iverksette pandemigruppen etter anmodning fra kommuneoverlegen, når det anses det som hensiktsmessig. Det skal være en lav terskel for å møtes. Kommunalsjef Helse og sosial skal etter planen lede pandemigruppen i nært samarbeid med kommuneoverlegen. (J.fr Smittevernloven § 7.2).»

Leder av pandemigruppen har imidlertid vært kommunaldirektør velferd. Siden vedkommende også sitter i kriseledelsen, har hun, sammen med kommunikasjonssjef, kommunalsjef helse og sosial og beredskapsansvarlig, deltatt både i kriseledelsen og pandemigruppen.

Hovedansvarsområder for pandemigruppen[61]:

---

[60] Beredskapsstaben i Stavanger består av beredskapssjef, 4 beredskapsrådgivere i stab og beredskapskoordinatorene i tjenesteområdene og i stab/støttetjenestene. Under pandemien har flere ressurser blitt mobilisert for å kunne håndtere alle beredskapsoppgavene, blant annet ansatte fra det såkalte prosjektkontoret.

[61] Kilde: Referat Pandemigruppen 25.05.2020

- Testkapasitet
- *Smittesporing*
- *BAUN og BIOM team*
- *Smittevernutstyr*
- *Håndtere smitte i døgninstitusjoner*
- *Håndtere smitte i andre brukerrettede tjenester*
- *Sikre nok kapasitet i de kritiske Covid-19- tjenestene – intern og ekstern mobilisering*
- *Opplæring smittevern*
- *Oppfølging av brukere/pasienter og pårørende med Covid smitte.*

Tema under møtene inkluderer også faglig vurdering av status og nye oppfølgingspunkter.

Operativ pandemigruppe (OPA) er en tverrfaglig operativ arbeidsgruppe som ligger nærmest til virksomhetene. Ifølge mandat har OPA *delegert myndighet til å beslutte og å iverksette relevante tiltak ved en pandemi*. OPA rapporterer i hovedsak til Pandemigruppen, og ved behov, også til Kriseledelsen. Gruppen har hatt det praktiske oppfølgingsansvaret i forhold til bestillinger fra pandemigruppen. Den har bestått av medlemmer fra Helse og sosial, Folkehelsekontoret, kommuneoverlege, smittevernoverlege, beredskapsansvarlig, representanter fra legevakten og pleie og omsorg, helsetjenester barn og unge og kommunikasjon.

Sammenlignet med Stavangers beredskapsorganisering, har pandemigruppen og operativ pandemigruppe flest likhetspunkter med organiseringen i tjenesteområdet Helse og velferd. Hovedelementene i Helse og velferds beredskapsorganisasjon har vært tjenesteområdets beredskapsledelse med arbeidsutvalg, en operativ beredskapsgruppe og ulike arbeidsgrupper, teams og midlertidige virksomheter opprettet etter behov. Beredskapsledelsen i Helse og velferd i Stavanger har flere likhetspunkter med pandemigruppen i Bærum kommune, men med den forskjell at leder i Bærum omfatter både levekårsfeltet og oppvekstfeltet. Stavanger hadde inntil 2018 samme organisering som Bærum – en felles stor levekårs- og oppvekstavdeling – som nå er splittet i to tjenesteområder. Begge disse tjenesteområdene har valgt å etablere egne interne beredskapsorganisasjoner for å håndtere pandemien.

Prinsipielt kan organisering av beredskapsarbeidet ved siden av linjeorganisasjonen bety et brudd med likhetsprinsippet, jf. de fire grunnleggende prinsippene for beredskapsarbeid. Det kan oppstå to beslutningslinjer – en driftslinje og en beredskapslinje – som kan komplisere styringen nedover og kommunikasjonen oppover. Intervjumaterialet gir ikke entydige svar på hvorvidt det har vært utfordrende å operere med to adskilte linjer. Flere peker imidlertid også på at det ikke har vært noe skille mellom linjeorganisasjonen og beredskapsorganisasjonen.

Koronakrisen har videre vært en så langvarig og omfattende krise at det neppe ville vært praktisk mulig å håndtere den uten en egen beredskapsorganisasjon med pandemigruppe og operativ pandemiarbeidsgruppe. Beredskapsorganisasjonen har også gjort det mulig for velferd å kunne påta seg store beredskapsoppgaver i tråd med ansvars- og nærhetsprinsippene.

Samhandling mellom kriseledelse, pandemigruppe, OPA og virksomhetene. Intervjuer viser at samhandlingen i hovedsak har fungert tilfredsstillende, men også at den har vært krevende til tider. Informasjonsmengden og det å nå helt ut med relevant informasjon har vært utfordrende. Det samme har graden av detaljnivå i styringen vært. Har styringen vært for overordnet har den i noen saker resultert i ulik praksis i virksomhetene. I andre sammenhenger kan styringen ha vært for detaljert. Balanseforholdet mellom styring og frihet for virksomhetene har dermed variert noe fra sak til sak. Ut fra intervjuer kan det virke som at graden av detaljrapportering til

Pandemigruppen har opplevdes som for omfattende. Det samme gjelder overordnet ledelses detaljstyring av delegerte oppgaver.

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

Samhandling mellom pandemigruppe/ Operativ pandemigruppe og andre tjenesteområder. Krisehåndtering i samsvar med ansvars- og nærhetsprinsippet forutsetter at velferd ikke blir seg selv nok selv om tyngdepunktet i krisehåndteringen ligger der. En siloorganisert krisehåndtering vil heller ikke være i tråd med samvirkeprinsippet. Hovedinntrykket er at det horisontale samvirket i stor grad har fungert mellom velferd og de øvrige tjenesteområdene. I noen saker har det vært behov for tverrsektoriell samordning i overordnet kriseledelse, men mye av den praktiske koordineringen synes å ha foregått formelt og uformelt mellom tjenesteområdene.

Vi har fått opplyst at OPA opphørte som struktur fra juli 2021, da alt knyttet til pandemihåndteringen ble lagt i linjen. TISK-møte Seksjon helse ble da opprettet som erstatning for OPA, for å ha en koordineringsarena for TISK-riggen. Pandemigruppen ble erstattet med Koordinering pandemi under kommunalsjef Helse og Sosial [62]

5.6 REGIONALT SAMARBEID

Koronaviruset tar ikke hensyn til kommunegrenser. Et felles bo- og arbeidsmarked på Nord-Jæren betyr at smitte i én av kommunene fort kan få konsekvenser for nabokommunene. Håndteringen av koronapandemien har derfor en *regional dimensjon*, og effektiv innsats fordrer samordning av tiltak på tvers av kommunegrenser og forvaltningsnivåer.

Samvirkeprinsippet i beredskapsarbeid betyr at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre at de på best mulig måte samvirker med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering. Beredskapen skal kunne møte både avgrensete akutte hendelser og større kriser som trekker ut i tid.

Bærum har inngått i et regionalt samarbeid, spesielt om lokal forskrift, men lite av dette er dokumentert i krisestøtteverktøyet CIM, ut over punkter registrert i stabsmøtetavle. Først og fremst er dette arbeidet dokumentert i kommunens saks-/arkivsystem. I tillegg er dialog og samordning med andre kommuner omtalt i mange av Bærum kommunes saksfremlegg til Formannskapet i forbindelse med behandling av forsalg til endringer i lokale smitteverntiltak.

[62] Kilde: e-post SAB

Kortfattet oversikt over regionale samarbeid som Bærum har inngått i:[63]

- Bærum kommune tok relativt tidlig (høsten 2020) initiativ til dialog med andre kommuner i Osloregionen om samordning av smitteverntiltak på tvers av kommunegrenser.
- Jevnlig dialog på administrativt nivå mellom Bærum og flere andre kommuner var på plass fra november 2020 og pågikk frem til de fleste tiltak ble opphevet sommeren 2021.
- Det var en egen, løpende dialog om smitteverntiltakene og samordning av disse i en nokså fast gruppe av jurister som jobbet med smitteverntiltakene i sine respektive kommuner. Denne gruppen hadde jevnlige samtaler og møter i hele perioden med lokale forskriftsfestede tiltak. Det foreligger ikke referater e.l. fra denne dialogen.
- Overordnet helsemyndighet/HOD/Statsforvalteren la føringer for et samarbeid i bo- og arbeidsregionen Oslo. Dette skjedde høsten 2020. Bærum kommune la dette til grunn i sitt arbeid med lokal forskrift.
- Kommunene tett til Oslo (Lillestrøm/Lørenskog/Bærum/Asker/Drammen) samordnet seg ved flere anledninger knyttet til lokal forskrift.
- Bærum kommune samordnet ved flere anledninger sine lokale smitteverntiltak med Oslo og andre kommuner rundt Oslo og Bærum (Lillestrøm, Lørenskog, Bærum, Asker, Drammen, Lørenskog og Lier).
- Kommunene i vest; Bærum, Asker, Lier og Drammen samarbeidet rundt vurderingene ifbm revisjon av lokal forskrift. Her initierte Bærum kommune en rekke møter, både på kommunedirektør-, kommuneoverlege- og kommuneadvokat-nivå. Dette foregikk løpende helt frem til lokale forskrifter ble avviklet. Arbeidet var operativt, og ikke del av formelt Interkommunalt politisk råd-arbeid (IPRAB). Samordning og avklaringer regionalt har fortsatt etter dette på alle nevnte nivåer.
- I forbindelse med lokal forskrift samarbeidet og samordnet Bærum seg også tett med Oslo kommune. Særlig her var samarbeidet mellom kommuneadvokatene viktig i den fasen hvor lokal regulering var inngripende.

Oppsummert har det regionale samarbeidet i perioden med lokal forskrift vært omfattende, på alle ledernivåer i Bærum kommune.

Sammenlignet med beredskapssamarbeidet Stavanger har inngått i, finner vi både likheter og forskjeller. Stavanger samarbeidet tett med sine tre nærmeste nabokommuner om lokal forskrift, men også om utvikling av et konsept for «feltsykehus». I saken om interkommunalt «feltsykehus» ble det oppnådd enighet om relativt sensitive temaer som geografisk lokalisering, avgivelse av helsepersonell og kostnadsdeling ved etablering. Kommunene på Nord-Jæren tok utgangspunkt i et beredskapssamarbeid som er utviklet over tid – med felles ROS-analyse, felles regional beredskapsplan og en beredskapsorganisasjon med faste samarbeidsstrukturer.

Det har videre vært et tett medisinsk-faglig samarbeid både på Nord-Jæren og i opptaksområdet for Helse Stavanger. Smittevernoverlegene har i hovedsak klart å bli enige om risikovurderinger og situasjonsforståelse og i anbefalinger om forholdsmessige smitteverntiltak. Også på andre faglig-administrative nivåer har samarbeidet som hovedregel fungert, innenfor beredskap, kommunikasjon og TISK-samarbeid om testing og luftveislegevakt for å nevne noe.

[63] Fremstillingen bygger på en skriftlig redegjørelse fra Bærum kommune som vi fikk tilsendt 2. februar 2022. Stor takk til Siri Anne Bjørnbakken som har innhentet opplysninger og sammenfattet dette i et notat til revisjonen.

En viktig forskjell om vi sammenligner med Bærum, er at Bærum ikke har hatt samarbeid om testing. For Stavangers del, ble testsystemet utviklet sammen med to av nabokommunene. Stavanger inngikk også tidlig et samarbeid om analyser og scenarier med Helse Stavanger og konsulentfirmaet Proactima. I saken om smittevernutstyr har det vært samvirke kommune-statsforvalter- helseforetak, men oppbyggingen av lagre av smittevernutstyr i helseforetakene og kommunene har i liten grad vært satt inn i en regional sammenheng. Smittesporingen har i hovedsak vært kommunal. Tilsvarende har vært tilfelle i Bærum.

Samarbeidet om lokal forskrift og «feltsykehus» i Stavanger-regionen, har vært mellom 4 kommuner, mens møtene i storbynettverket og i samarbeidsforaene i opptaksområdet til Helse Stavanger har omfattet langt flere kommuner. Også Bærum har inngått i storbynettverket – som har vært en viktig arena for erfaringsutveksling og fremstøt overfor sentrale (helse-)myndigheter.

Alt i alt har regionalt samvirke under pandemien vært både omfattende og en noe innfløkt affære. Selv om hovedinntrykket er at det i hovedsak har fungert, bør det evalueres for å undersøke om det kan forenkles og gjøres enda bedre. Her bør inngå en vurdering av hvilken rolle statsforvalter, helseforetak, fylkeskommune og en storkommune som Bærum skal spille i et velfungerende regionalt samvirke under langvarige og alvorlige kriser som koronapandemien.

5.7 VURDERING OG ANBEFALING

Tilgangen på styringsinformasjon er viktig for en kunnskapsbasert situasjonsforståelse og krisehåndtering. Mye av den fortløpende krisehåndteringen fra kriseledelsens side har dreid seg om når og hvor hardt det skulle trykkes på den *«røde knappen»*. Denne «dansen med koronaen» har vært helt nødvendig for å kunne håndtere en lite predikerbar pandemi.

Strategisk har Bærum valgt en linje der de i tråd med helsemyndighetenes mål, har slått ned smitteutbrudd, innført kontakt- og mobilitetsregulerende tiltak for å kontrollere den generelle smittespredningen, og forsøkt å beskytte eldre og andre risikogrupper for smitte.

Gjennomgangen av datamaterialet tyder ikke på at Bærum tidlig definerte hva som skulle være kommunens strategiske linje og hvilke oppgaver det innebar for strategisk ledelse. Stavanger hadde tidlig en diskusjon om strategi, og valgte en proaktiv og streng tilnærming i sin håndtering av pandemien. Strategien ble også tydelig nedfelt i handlingsplaner (særskilte covid-19-planer) for håndtering av pandemien. Stavanger har tilstrebet å være *raskt ute med smitteverntiltak, ta litt ekstra i, og være forsiktig i forbindelse med gjenåpning og lettelser i tiltakene.*

At det ikke fullt og helt ble avklart tidlig hva som skulle være mer strategiske oppgaver og operative oppgaver, kan være en forklaring på at dette skillet i perioder har vært noe uklart og flytende i Bærum. Det er en tilbakemelding som går igjen i flere intervjuer. Andre opplever at ansvar og oppgaver har vært tydelig ut fra planverket, men at Pandemigruppen, og i noen tilfeller også kriseledelsen i forbindelse med lokal forskrift, i enkeltsaker har utøvd en relativt detaljert styring og dermed vært tett på det operative arbeidet som formelt sett har vært delegert til operativ pandemigruppe eller nedover i organisasjonen. Det meldes fra flere at toppledelsen ofte har vært vel mye «nede i grøten». I den sammenheng kan det være nyttig med en erfaringsgjennomgang med tanke på å klargjøre og respektere formelle ansvarsforhold slik det fremkommer av planer og delegerte fullmakter.

For øvrig får krisehåndteringen i Bærum kommune jevnt over gode skussmål i intervjuene. TISK, lokal forskrift, trafikklysmodell og andre smitteverntiltak har bidratt til å holde smitten under kontroll, selv om den har vært langt større i Bærum enn i f.eks. Stavanger, jf. kapittel 2.

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

Kriseledelse og pandemigruppen har vært sentrale beslutningsorgan gjennom hele pandemien og holdt i trådene i en bred og omfattende krisehåndtering. Ledelsen har samlet sett utvist stor handlekraft. Usikkerhet og svakt kunnskapsgrunnlag har ikke stått veien for handling. Det har gitt høy beslutningseffektivitet og evne til å skjære igjennom i usikre beslutningssituasjoner. Det meldes allikevel fra noen intervjuobjekter at det tidvis har vært beslutningsvegring fra ledelsen.

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

Grunnstrukturen i Bærums beredskapsorganisering har ligget fast under pandemien, men det er gjort flere store og små justeringer for å optimalisere den samlede krisehåndteringen. Et større antall team, arbeidsgrupper, prosjekter er opprettet under pandemien, og det har vært en **svært** omfattende møtevirksomhet gjennom store deler av pandemiperioden. Et spørsmål som er reist i flere intervjuer, er om dette i sum har gitt en noe uoversiktlig struktur. *Et læringspunkt som kan trekkes ut av dette, er at én og samme beredskapsorganisasjon ikke nødvendigvis passer for alle krisesituasjoner*. En sentralisert kommandostruktur passer trolig best til kortvarige, akutte kriser. Strekker en krise ut i tid – som med koronapandemien – er det behov for en mer fleksibel og desentralisert tilnærming der krisehåndtering i tjenesteområdene får en større plass.

Det er en utbredt oppfatning i intervjuene at det har vært behov for å ha en relativt omfattende beredskapsorganisasjon for å kunne håndtere pandemien over så lang tid. Den har sikret langsiktig styringseffektivitet og tverrfaglighet i koronahåndteringen. De mange gruppene og hyppige møtene oppleves av de aller fleste som nødvendige.

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

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

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

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

Anbefaling:

- *Gjennomgå erfaringer med beredskapsorganiseringen og vurdere behov for (a) forenklinger og (b) klargjøringer av oppgaver og mandater for de ulike aktørene.*

6 OPPBYGGING AV TISK-KAPASITET

6.1 BAKGRUNN OG REVISJONSKRITERIER

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

TISK har stått sentralt i regjeringens strategi for å identifisere smittede og slå ned smitteutbrudd gjennom smittesporing, isolering og karantene. TISK er et målrettet smitteverntiltak som identifiserer og håndterer smittede til forskjell fra generelle befolkningsrettede tiltak for å hindre smittespredning gjennom kontaktreduserende tiltak. Til forskjell fra kommunene på Nord-Jæren – hvor det har vært regionalt samarbeid om testing, isolering av smittede og karantenehotell - har Bærum kommune i hovedsak håndtert oppbyggingen av TISK på egen hånd.

Regjeringens mål har fra tidlig i pandemien vært å holde smittespredningen under kontroll, slik at smitten er håndterbar og ikke overskrider kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten, herunder TISK-kapasiteten. Er ikke «forsvarsverket» gjennom TISK tilstrekkelig, vil TISK-tiltak måtte suppleres med mer generelle kontaktreduserende befolkningstiltak. Det har dreid seg både om statlige tiltak i covid-19-forskriften, men også befolkningstiltak i lokal smittevernforskrift.

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

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

Verken staten eller kommunene hadde klar en strategi eller plan for rask oppskalering av TISK-kapasiteten før pandemien slo til i begynnelsen av mars 2020. TISK er utviklet under pandemien, og ble lansert i regjeringens strategi for håndtering av koronapandemien fra 7. mai 2020 (s.7).[64]

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

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

- *5 % ca. 6400 tester i uka av befolkningen i Bærum*
- *1,5 % ca. 1920 tester i uka av befolkningen i Bærum*

De statlige kravene ble operasjonalisert i et brev fra Helsedirektoratet til kommunene 3. juli

[64] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/

2020.[65] Ytterligere informasjon til kommunene om TISK kom i brev fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet til ordførerne 4. september.[66] Det er også gitt informasjon om kommunenes bruk av personellressurser i forhold til TISK 19. august 2020.

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

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

I januar 2022 varslet regjeringen at arbeidet med testing og smittesporing i større grad ville bli lagt på den enkelte. Fra 26. januar 2022 ble det innført en ordning der smittekarantene på 10 døgn kan erstattes med daglig testing for husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. Det ble også gjort lettelser i kravet om PCR-test etter positiv hurtigtest for å lette presset på testkapasiteten. Dermed kan kommunene prioritere ressursene til utbruddshåndtering i helse- og omsorgstjenesten og til smittesporing blant sårbare grupper og ubeskyttede miljøer, som for eksempel brukere i omsorgstjenesten og personer med høy risiko for sykdom.

TISK-strategien er altså blitt endret betydelig over tid, og det har betydd at råd og krav til kommunene har endret seg over tid. Når vi skal vurdere Bærums kommunes TISK-innsats har vi lagt til grunn de statlige kravene og anbefalingene til kommunene.[67]

Staten har i sin kommunisering av krav til TISK-kapasitet til kommunene, ikke stilt direkte krav til **regionalt samarbeid** om TISK-tiltakene. Siden 2004 har det imidlertid vært mulig å inngå interkommunalt samarbeid om smittevernet. For øvrig gjelder samvirkeprinsippet i beredskapsforskriften. Samvirke legges til grunn hvor dette bidrar til en bedre og mer effektiv krisehåndtering enn om kommunene står alene.

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

- Kommunen har økt TISK-kapasiteten i tråd med statlige føringer.
- Det skal være kort ventetid for testing og raskt svar på prøvetaking.
- Kommunen har hatt stor nok kapasitet til å kunne håndtere smittesporing også ved et større smitteutbrudd og dermed unngå høy andel med ukjent smittekilde.
- Helsesykepleiere må ikke omdisponeres til testing/smittesporing (fra 4.09.2020).

---

[65] 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

[66] https://www.regjeringen.no/contentassets/4fdc181035d94db687a5174aeae2b0fb/brev-til-landets-ordforere-om-oppfolging-av-tisk-strategien-og-finansiering.pdf

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

- Kommunen skal tilby isolasjon og karantene der dette er nødvendig.
- Kommunen skal føre tilsyn med at regler for isolering og karantene blir fulgt.

6.2 HÅNDTERINGEN AV TISK I MARS 2020

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

Vi har nedenfor laget en tidslinje som viser hvordan TISK ble håndtert i mars måned 2020.

Tabell 11. Tidslinje med oversikt over sentrale hendelser i 2020 ifm. oppbyggingen av TISK

Dato	Type/Avsender	TISK-aktuell hendelse
25.02.2020	FHI	Oppdaterte råd til hvem som defineres som mistenkt tilfelle
27.02.2020	Statusmøte	Fortsatt kun legevakten som tester. Trenger økt bistand til testing. Ambulerende prøvetakingsbil, mest hensiktsmessig. Transportkontoret har biler.
28.02.2020	OPPA (Operativ Pre-Pandemisk arbeidsgruppe)	Det skal tas prøver alle dager – inkl. helg. IKKE karanteneplikt for friske personer selv om de har vært i områder med vedvarende spredning av korona.
28.02.2020	Situasjonsrapport nr. 1	Testing vil foretas også gjennom helgen, lørdag og søndag.
02.03.2020	Statusmøte	Helsepersonell som har vært i områder med vedvarende smitte, eller sammen med smittede skal ha 14 dagers karantene.
03.03.2020	Kriseledelsen statusmøte	Drive-in testing fungerer bra
03.03.2020	OPPA	Mangler test-kit! Test-kit er bestilt fra kommunen i dag
04.03.2020	OPPA	160 prøver tatt frem til nå. Over gjennomsnittlig testaktivitet i vår kommune. Grunnet mangel på testutstyr globalt, må en restriktiv linje følges.
05.03.2020	Referat Dialogmøte BS og Asker Bærum	Asker og Bærum legevakt tester pasienter i bil utenfor legevakten. Utreder ambulant (hjem til pas.)-testing
05.03.2020	Testutstyr levert i dag.	
06.03.2020	Statusmøte morgen	Legevakten: Grei kapasitet til testing foreløpig
06.03.2020	OPPA	Ber fastlegene om å kartlegge og vurdere behov for testing.
10.03.2020	OPPA-gruppe referat	Helsearbeidere: uansett hvor man har vært, hvis man får symptomer skal de testes
10.03.2020	OPPA-gruppe referat	Testing: 40 på morgenen, 20 på dagen (totalt ca 348 x 60
10.03.2020	Statusmøte	Smitteoppsporing pågår, smittesporingsgruppe skal på plass i dag. all registrering pågår foreløpig manuelt i påvente av sikker digital registrering med kryptering. Testing: 40 på morgenen, 20 på dagen (totalt ca 348 x 60).
10.03.2020	Statusmøte	Smittesporingsgruppe: Fire sykepleiere fra Friskliv og mestring er på plass på Folkehelsekontoret i dag
11.03.2020	OPPA-gruppe referat	Smittejegerne er på plass, får PC i løpet av dagen, elektrikere jobber med infrastruktur,
12.03.2020	Statusmøte	Testanalyser er flyttet fra OUS til Drammen sykehus. Testing: har kapasitet på testing kveld, men har ikke vært benyttet. Smittesporingsgruppe: Har fått fastleger inn i turnus.

13.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Nye kriterier for testing 13. mars fra FHI. Smittesporing: har fått dedikert på tre psykologer til bistand. Bør vi sette opp et telt utenfor for å undersøke syke pasienter i karantene i stedet for å ta de inn på sykehuset. Diskuteres med Vestre viken kl. 11.00.
13.03.2020	OPA-gruppe referat	Testing: Skal også teste ansatte ved Vestre viken. Telt utenfor: Vestre viken er forespurt og jobber med saken.
13.03.2020	Kriseledelsen	Testkriterier er betydelig endret. Vekting mot de som faktisk er syke og har symptomer.
13.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Testing av beboere på sykehjem og omsorgsboliger: Følger føringer om at eldre med symptomer skal testes. Har rutiner på dette.
15.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Smittesporing: nesten alle nye er relatert til reise. 116117: god kapasitet, har kontroll, responstid siste døgn 5-7 min. Telt: Røde kors, er på plass. Oppgave - personer som kommer med symptomer skal sorteres før de evt tas inn på sykehus
16.03.2020	OPA-gruppe referat	Eget telefonnummer er opprettet til bruk for å avtale testing for fastleger, kriseledelse og helsepersonell definert som nærkontakt og som har symptomer. Må grov-triagere pasienter før de kommer inn på sykehuset, ønsker å sette opp telt utenfor.
16.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Holde karantenen må kommuniseres
16.03.2020	Situasjonsrapport nr. 4	Smittesporingsgruppe er etablert med leger og sykepleiere og er til god støtte for kommunelegene. Testing forgår i drive in telt og med ambulant team i bil. Har satt opp telt for som skal undersøke pasienter med luftveisinfeksjoner.
16.03.2020	Fylkesmannen: rapport etter særskilt anmodning	Karantenebestemmelsene er virkningsfulle, hjemmekontorløsninger fungerer og nettkapasitet er tilfredsstillende.
16.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Fra nå av skal alle prøver sendes til analyse på OUS. Det betyr at flere analyser gjennomføres daglig. Testkapasitet: 50-70 + kveld ca 50, Prøvetaking på hjul 10-12 pr vakt.
16.03.2020	Kriseledelsen	Analysekapasitet på Vestre Viken er anstrengt. Vurderer luftveisklinikk – telt i forkant av legevakten. Smitteoppsporing: de aller fleste er fortsatt knyttet til reise. 30-40 tester på legevakten i dag. Samlet testkapasitet økes i dag, også til kveldstid. Samlet testkapasitet: 70 på dagtid, 50 på kveldstid. Prøvetaking på hjul: 10-12 kapasitet – dag og kveld. Dialog med Asker og Vestre-Viken for at de tester egne innbyggere og ansatte. Dette vil øke testkapasiteten.
17.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Smittesporing: Halvparten av tilfellene er innenlands-smitte med ukjent smittekilde. Koronatelefon: Det er lagt inn en beskjed om at innbyggere i Asker skal bruke Askers tilbud. Testing: Prøvene går per nå til laben på Bærum sykehus. Denne uken sendes prøvene til Ullevål for analyse.
17.03.2020	OPA-gruppe referat	Har telt utenfor LV, triage gjennomføres. Etablerer per nå ikke luftveis-legevakt. Flytskjema skal lages på legvakt for forutsigbar pasientflyt. Testkapasiteten er ikke i medhold av behovet. PLO melder nå inn mange behov for tester. 50 prøver tatt på morgenen i dag
18.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Testkapasitet: Satt opp liste frem til fredag nå. Tester 110 i dag og kveld + noen innimellom. Legevakten har rigget eget testteam. Flere hjemmeboende med behov for testing hjemme.
18.03.2020	Bærum kommune	Info om ny prosedyre for melding av pasienter til testing for COVID-19. Info om kriterier for hvem som får test.

18.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte	Besluttet egen testbil i PLO. Bil og sjåfør på plass, opplæring torsdag 19.mars kl. 08.00. 12 timers vakter hele uken.
18.03.2020	CIM Logg	Smittesporingsgruppe er etablert med leger og sykepleiere, større utfordringer nå med å finne smittekilde. Utfordring: Mer spredning i befolkningen som er vanskelig å spore. Bærum sykehus tester egne ansatte og innlagte. Testing forgår i drive in telt og med ambulant team i bil. PLO hatt opplæring av sykepleiere for å teste på institusjoner. Legevakten har to telt operative 24/7, 1 for grovsortering (triagering) og 1 for pasientflyt som skal undersøke pasienter med luftveisinfeksjoner.
18.03.2020	Kriseledelsen	110 tester – dag, kveld og sykepleiere på hjul
19.03.2020	OPA-gruppe referat	Analyser: etterslep på analyser, folk venter mer enn 36 timer. Testsvar: pasientene skal få beskjed om negativt svar fra fastlege.
19.03.2020	Situasjonsrapport nr. 5	Testkapasitet: Ca 110 daglig. Utfordrende med kapasitet til testing på institusjoner, omsorgsboliger, samlokaliserte boliger og hjemmeboende som må testes ambulant. Må kommuniseres tydelig budskap om hjemmekarantene internt og til befolkningen.
19.03.2020	Krisestab: Konsekvenspotensiale - Ny	Tester helsepersonell. Spørsmål om hvor smitten oppstår. Mange er blitt smittet i eget hjem, mens en gjennomgang av 12 tilfeller i går viser at 8 ikke har smittekilde. Er det noen etterslep på testing? Det er det ikke, prøvene fra i går er fra dagen før.
19.03.2020	Pandemigruppe kl 8	Ellers teltene på plass: Grovsortering på undersøkelsesrom og jobber med pasientflyten og hygienetiltak. jobbet med et budskap, hva er en karantene vs. Hva er isolasjon? brukes om hverandre i tjenesten, men dette må skilles på og oppleves tydelig. Ingen endring på våre testkriterier
19.03.2020	Pandemigruppe kl 15	Spørsmål om BPA er helsepersonell og om disse kan teste seg. diskuteres mer senere
20.03.2020	OPA-gruppe referat	Prøvetaking på hjul flyttes også til Kunnskapssentere, ant mandag. Rutiner må på plass. Legevakten: problemer med biltrafikk pga sykehustelt som forminsker areal. Mulig flytting av prøvetaking. Telt: 3 undersøkelsesrom. Kommuneoverlegene tas ut av smittesporing, leger settes på dette i turnus. Mulig iverksette bil 3. Ser på bedre verktøy for smitteoppsporing. Kommunens kontakt i Microsoft jobber med DigIT rundt dette.
20.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte morgen	18 pasienter testet i går, 15 skal testes i dag. Fra FHI: ny oppdatering om prioritering og kriterier for testing, prøvetaking og forsendelser. Vestre Viken har sendt ut melding om endret testkriterier pga. mangel på utstyr. Kommunen ikke enig dette! Vanskelig fordi FHI har gitt sykehusene beskjed om prioriteringer for testing, men ikke signalisert det samme til kommunene. Avklart i dag: siden våre prøver går til OUS og Ullevål ikke har endret, så går våre prøver som normalt og vi tester som normalt. Dette dobbeltsjekkes lokal på Bærum sykehus i dag.
20.03.2020	Pandemigruppe: statusmøte EM.	Ekstra brakke på legevakten ferdig i dag. Ok drift legevakt til helgen. Innspill: Sette opp ekstra testlokasjon på CAD Dønski? Har mulighet, trenger vi? Hva med de 88 beboere i omsorgsbolig der? Diskuterer etter møte. FHI lager retningslinjer for prioritering testing.

6.3 OPPBYGGING AV TESTKAPASITETEN[68]

Vi registrerer at det i februar 2020, ble gjort forberedelser for å kunne ivareta et økt testbehov. Da kriseledelsen kom på plass tidlig i februar, ble riggingen av testaktiviteten raskt satt på dagsordenen. Operativ PrePandemisk Arbeidsgruppe (OPPA) fikk tidlig det praktiske arbeidet med å utforme et testtilbud tilpasset et økt behov for testing.

I slutten av februar 2020 ble testingen foretatt ved Asker og Bærum legevakt og ved hjelp av en ambulerende prøvetakingsbil der Transportkontoret stilte med biler. 3. mars kom det på plass testtelt utenfor legevakten. Med begrenset press på testkapasiteten fungerte denne drive-in-løsningen bra. 16. mars 2020 ble testkapasiteten rapportert å være 50-70 på dag og ca. 50 på kveld, mens prøvetaking på hjul hadde en testkapasitet på 10-12 pr vakt.[69] Mye av testingen på institusjoner, omsorgsboliger, samlokaliserte boliger og hjemmeboende skjedde ambulant.

Kontrasten er stor til testomfanget senere under pandemien. Under den fjerde smittebølgen i august/september 2021 ble det flere dager foretatt over 1300 tester med en topp 28.08.2021 på 1394 tester. Med den femte store smittebølgen senhøstes 2021/vinteren 2022 har også testaktiviteten vært betydelig. Særlig i den tiden positiv hurtigtest krevde påfølgende PCR-test.

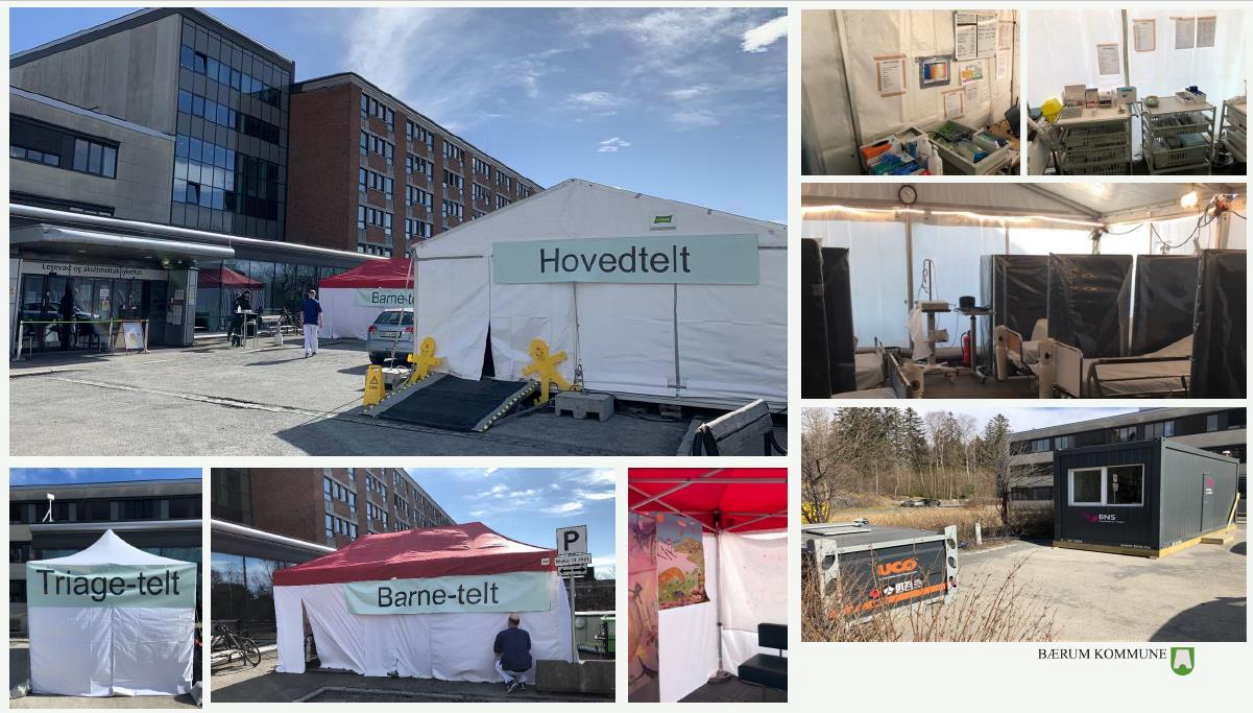
Fram til 18. mars 2020 testet legevakten både innbyggere fra Asker og Bærum. Etter den tid har begge kommunene testet kun sine egne innbyggere. Teststasjoner har etter den tid blitt geografisk plassert flere ulike steder i de to kommunene for å sikre god tilgjengelighet for innbyggerne. Det var ikke aktuelt å fortsette det regionale testsamarbeidet med legevakten som hovedbase for testingen da både uteområder og bygninger ikke ga muligheter for tilstrekkelig utvidelse.

Et bilde fra Bærum kommunes månedsrapport for mars 2020 gir noen glimt fra hvordan kommunen hadde rigget testsystemet sitt på den tiden:[70]

[68] Bærum kommune har helt siden mars 2020 publisert teststatistikk og mye annen koronarelatert statistikk i sine dags- og ukesrapporter. Denne statistikken ligger til grunn for det tallmaterialet vi har benyttet nedenfor.

[69] Sykepleie på hjul hadde frem til 12. mars primært vært et beredskapstilbud med to biler med sjåfør og sykepleier til prøvetaking utenfor legevakt. Fra fredag 13. mars skulle det være EN koronabil med sjåfør og sykepleier operative på Legevakten på dag- og kveldsvakt.

[70] I teltet utenfor legevakten ble det gjennomført triagering – alle skulle dit slik systemet var i mars 2020. Et telt var for pasienter som skulle videre til legevakten og de som skulle testes ble ledet til legevakten – bakvei, ett telt nr 2 som da var koronateltet. Syke skulle fortsatt kontakte fastlege før henvendelse til legevakt.



Etter den spede start i februar/ mars 2020, har det skjedd en formidabel oppbygging av testsystemet i Bærum. Nye teststasjoner på Fornebu[71] og drop-in på Rykkinn, har sammen med mer kapasitet til ordningen «Sykepleier på hjul», økt den samlede testkapasiteten til å kunne teste mer enn 5 prosent av befolkningen ukentlig. Ny teststasjon på Fornebu kom på plass 26. mai 2020, mens teststasjonen på Rykinn ble åpnet 18. januar 2021. Sandvika teststasjon ble etablert som beredskap i juni 2021, men ble aldri tatt i bruk som teststasjon da kapasiteten ellers var tilstrekkelig. Fra januar 2022 har den fungert som lokasjon for utdeling av selvtester.

Antallet årsverk og ansatte til testing har variert svært mye under pandemien, avhengig av smitteutvikling, nasjonale føringer og åpningstider. I tillegg har kommunen underveis jobbet med effektivisering av prosesser, spesielt digitale løsninger.

Nedenfor viser vi noen eksempler på hvor stor bemanningen har vært på ulike tidspunkt:[72]

- I mars 2020 var antall årsverk knyttet til testing/koronatelefon 79,5. I testaktivitet inngår ikke bare de som gjennomfører selve testingen, men også personell som betjener koronatelefon/e-post for kundebehandling og klargjøring til test, samt personell som ivaretar logistikk, utstyr og administrasjon.
- Bærum kommune har til enhver tid kunnet teste 1% av befolkningen per uke, og skalere opp til 5% i løpet av en uke. I perioder har kommunen testet godt over 5% per dag. *På tross av stor pågang har ikke testsystemet stått i fare for å bryte sammen.* For å løse oppgaven har det ved hjelp av innsatsvillig personell for korte perioder vært bruk av

[71] Teststasjonen Fornebu ligger på den tomme grusplassen ved siden av Flytårnet, vis a vis Telenor Arena. Du kan komme kjørende, gående eller med sykkel. Du blir henvist til riktig teststasjon av trafikkdirigenter på området. Den ble planlagt å kunne teste 600 i døgnet, men kunne raskt økes til 1000 tester ved behov. Teststasjonen er utviklet til et drive-in testsenter for korona på Fornebu med en kapasitet på 6.300 personer i uken. Etablering og drift av teststasjon på Fornebu ble i mai 2020 anslått å koste 1,5 millioner kroner ut 2020.

[72] Vi har i denne delen av rapporten, basert oss på skriftlige svar på spørsmål som vi har stilt i forbindelse med revisjonen. Vi takker Siri Anne Bjørnbakken for å ha koordinert og bidratt til innsamlingen av opplysninger.

overtid og doble vakter. Kommunen har også disponert ressursene på tvers innad i testorganisasjonen der det har vært mulig.

Eksempler på beregnet bemanning:

April 2020, plan for teststasjon på Fornebu:

- Drift dag/kveld 7 dager per uke, turnus med jobb hver 3. helg
- Bemannes med tilhørende ledelse og merkantilt team på 7 personer, 5 til trafikkavvikling, to testbiler og tre testteam av 4 personer per vakt: 63,8 årsverk (forventet opp mot 140 personer i turnus)

30. juni 2020 status bemanning:

- Teststasjon: 12 på ukedager, 10 i helg
- Koronatelefon, redusert åpningstid: 9 på ukedager, 5 i helg

31. januar 2022:

- Test og koronatelefon: 61,6 årsverk

De som ivaretar testtilbudet er først og fremst rekruttert inn i midlertidige kontrakter. Ved brå og store endringer i ressursbehov, har det vært benyttet personell fra bemanningsbyråer. Det har i etterkant av tilbakeføringen av blant annet helsesykepleiere høsten 2020 ikke vært benyttet omdisponert personell til testvirksomhet.

Testaktiviteten i tall

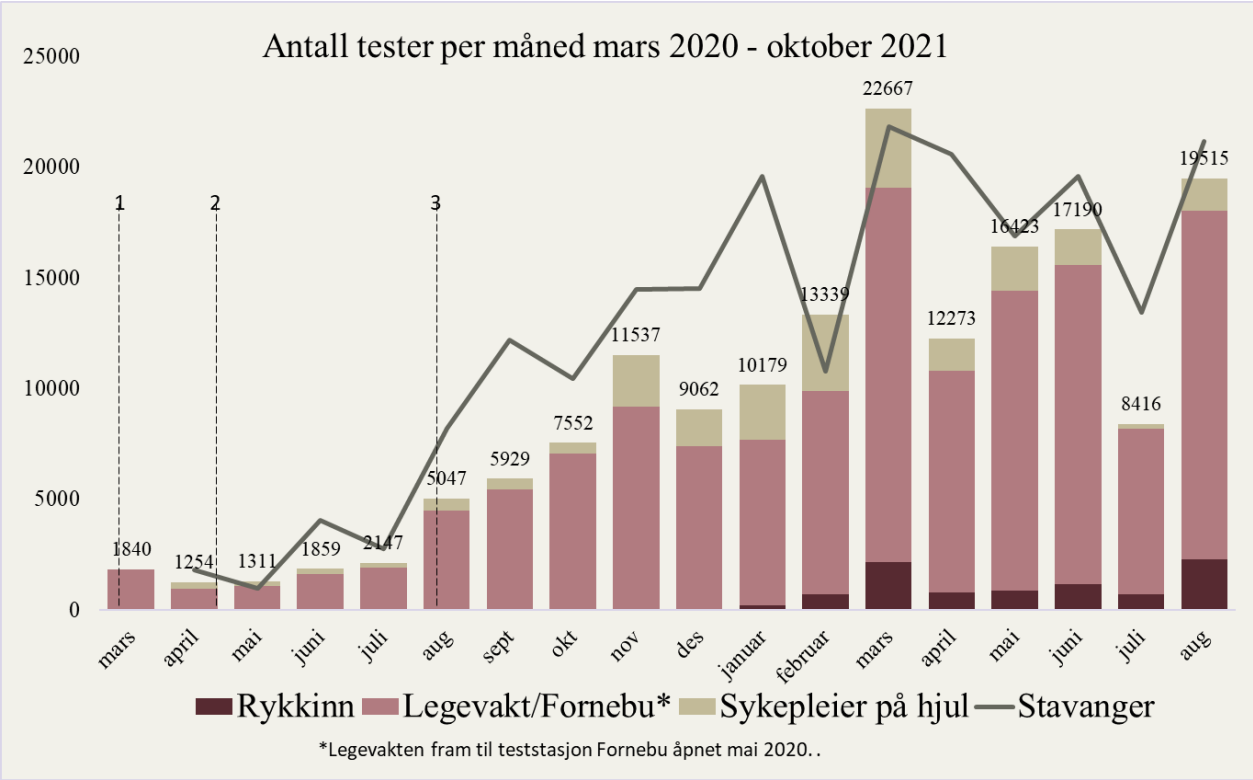
Ved utgangen av august 2021 var det foretatt 169 350 tester fra starten av pandemien i 2020 fordelt på 47 538 tester i 2020 og 121 812 tester tom. august i 2021. Høsten 2021 ble stadig mer av testing foretatt ved hjelp av hurtigtester, noe som har bidratt til større avdekking av smitte. Testtallene fra høsten 2021 og videre fremover er derfor ikke sammenlignbare med tidligere tall.

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

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

1. *13. mars 2020. Testing ble fra denne datoen forbeholdt visse pasientgrupper og helsepersonell med luftveissymptomer etter henvisning fra lege.*
2. *29. april 2020: På grunn av økt testkapasitet, utvides hvem som prioriteres for testing til å omfatte alle som lege mistenker kan ha covid-19.*
3. *12. august 2020: Legevurdering er ikke lenger et krav for å bli testet. Alle som selv mistenker at de er smittet av covid-19, bør få anledning til å teste seg.*

Figur 15. Antall tester i Bærum kommune per måned mars 2020 tom. august 2021.



Under den første smittebølgen – i mars/april 2020 – ble det totalt tatt 3094 tester. Til sammenligning ble det bare mars måned året etter – i 2021 – tatt hele 22 667 tester. Omfanget av testing har økt kraftig over tid, noe som bl.a. henger sammen med endringer i testkriteriene.

Den andre forklaringen er oppskaleringen av testkapasiteten i flere trinn. Først teststasjonen på Fornebu i mai 2020, og deretter testtilbudet på Rykkinn fra januar 2021. Tilgjengeligheten for å teste seg for innbyggerne i Bærum har blitt stadig bedre. Vi registrerer også at testaktiviteten har sammenheng med smittebølgene og smittetrykket, men variasjonen er mindre enn bølgene.

Vi registrerer at Stavanger jevnt over har hatt mer omfattende testing enn Bærum. Det henger primært sammen med forskjeller i befolkningsgrunnlag (128 000 innbyggere i Bærum sammenlignet med 180 000 i Stavanger, Sola og Randaberg som har samarbeidet om teststasjonene på Stavanger Forum).

I figuren under undersøker vi hvor stor prosentandel av befolkningen i Bærum som har testet seg i perioden fra mars 2020 til august 2021.[73] Som vi så overfor, fikk kommunene fra 7. mai 2020 et krav om å ha kapasitet til å kunne teste 1,5 % av befolkningen og fra august samme år 5 % av befolkningen. Et viktig spørsmål er om Bærum til enhver tid har hatt tilstrekkelig testkapasitet.

Figur 16. Oversikt over testaktivitet i Bærum som prosentandel av befolkningen sett opp mot nasjonale krav om tilgjengelig testkapasitet på ulike tidspunkt (Kilde: Bærum kommune).

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

Prosentandelen testede var lav våren 2020 noe som har sammenheng med begrenset testkapasitet og strengere kriterier for hvem som kunne teste seg. En topp ble nådd 21. mars med 123 tester. Fra mai kom kravet om at kommunen skulle ha kapasitet til å kunne teste 1,5 prosent av befolkningen ukentlig. I perioden fra mai til august 2020 – hvor dette kravet gjaldt - var den faktiske testaktiviteten i Bærum klart under dette kravet. [74] I august var den oppe i 1,1 prosent.

Testomfanget økte betydelig i september og var i slutten av oktober 2020 over det tidligere kapasitetskravet på 1,5 %. Med oppskalert drift på Fornebu, økte prosentandelen i befolkningen som testet seg i løpet av høsten, og nådde sitt høyeste nivå på 2,2 prosent i starten av november 2020. 9. november ble 546 tester gjennomført, det høyeste så langt. Med økt smittetrykk særlig under smittebølgene i mars/april 2021 og august/september samme år, økte andelen som testet seg til 4,9 prosent i mars 2021 og til 6 prosent i august. En ny topp ble nådd 27. august 2021 med 1394 tester. Omfanget av testing har dermed under den fjerde smittebølgen ligget over kravet fra staten om å kunne teste opptil 5 prosent av befolkningen ukentlig.

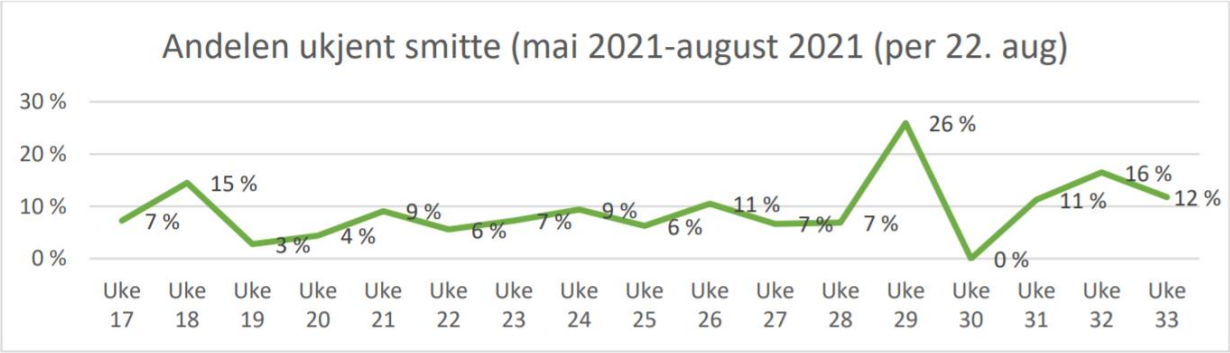
De vi har intervjuet om oppbyggingen av testkapasiteten er generelt godt tilfredse med hvordan dette har vært håndtert fra kommunens side. Det er ord som «enestående», «gått veldig bra» og at «vi har fulgt de statlige krav som er blitt stilt». Med etablering av teststasjonen på Fornebu i mai 2020 «…fikk vi en veldig god kapasitet som vi kunne skalere opp og ned etter behov». Flere er inne på i ettertid at testing, smittesporing, koronatelefonen burde vært samlokalisert.

Andel med ukjent smittekilde

[74] Dette kravet gjaldt fra uke 20 (tredje uka i mai) til uke 37 (andre uka i september).

Bærum kommune har i sine ukesrapporter oppgitt sannsynlig smittekilde til de som har fått påvist smitte. Et viktig mål lenge, før smittesporingen i stor grad ble overlatt til innbyggerne selv, har vært å holde så lav andel som mulig med ukjent smittekilde. Figuren nedenfor viser andelen med ukjent smittekilde sommeren 2021, og viser med ett unntak, en relativt jevn andel.[75]

Figur 18. Andelen med ukjent smitte uke 17-33. Kilde: Ukesrapport Covid-19 uke 33.



Omdisponering og tilbakeføring av helsesykepleiere

I starten ble helsesykepleiere og andre omdisponert fra kommunehelsetjenesten. Dette skapte ifølge flere av de intervjuede en del utfordringer og førte til flere medieoppslag. Det var diskusjon om hvor lenge de skulle være omdisponerte, hva slags opplæring de skulle få og hvordan oppgaver de normalt håndterte skulle ivaretas. 10. juni 2020 besluttet kriseledelsen helsesykepleiere skulle tilbakeføres f.o.m 15. juni. 11. august godkjente imidlertid kommunedirektøren omdisponering fra Helsetjenester barn og unge til testaktivitet. Dette var en omdisponering med kortere varighet på 3-4 uker. Disse ble på kort varsel tilbakeført til sine opprinnelige oppgaver tidlig i september 2020, og er siden ikke blitt omdisponert.

6.4 INFORMASJONS- OG HJELPETILTAK

Bærum kommune har helt fra starten av pandemien opprettet en rekke koronarelaterte hjelpe- og informasjonstiltak til innbyggerne. Noen har vært generelle og rettet mot alle bæringer, som for eksempel koronatelefonen og korona-e-posten, mens andre var mer målrettet mot spesifikke grupper, som man så kunne bli ekstra sårbare i den nye ekstraordinære situasjonen som oppsto.

Tabell 12. Informasjons- og hjelpetiltak implementert i 2020.

11.03.20	Ordning med korona e.post
11.03.20	116117 (legevakten). Ekstra linjer fra 2 til 4.
12.03.20	Innføring av koronatelefon.
18.03.20	Seniortelefon om korona
18.03.20	Psykisk helsetelefon
18.03.20	Hjertetelefonen

[75] Kilde: Ukesrapport Covid-19 uke 33 (16-22. august 2021)

18.03.20	Helsetjenestetelefonen
04.09.20	Callsenter FBU
08.09.20	Ebooking tester

Status for bruken av tilgjengelige informasjons- og hjelpetjenester var følgende for mars 2020:

Tabell 13. Status informasjons- og hjelpetiltak, Mars 2020. Kilde: OPA månedsrapport.

Status mars 2020

Tjeneste:	Anrop totalt:	Besvart:
116117	11487	5125
Koronatelefon	16276	2752
Seniortelefon	99	99
Psykisk mestringstelefon	14	14

Tjeneste:	Antall inn:
Korona e-post	[redacted]

Testing:	Antall totalt:
Legevakten	1725
prøvetaking på hjul 1 og 2	252

BÆRUM KOMMUNE

Koronatelefonen og korona e-post

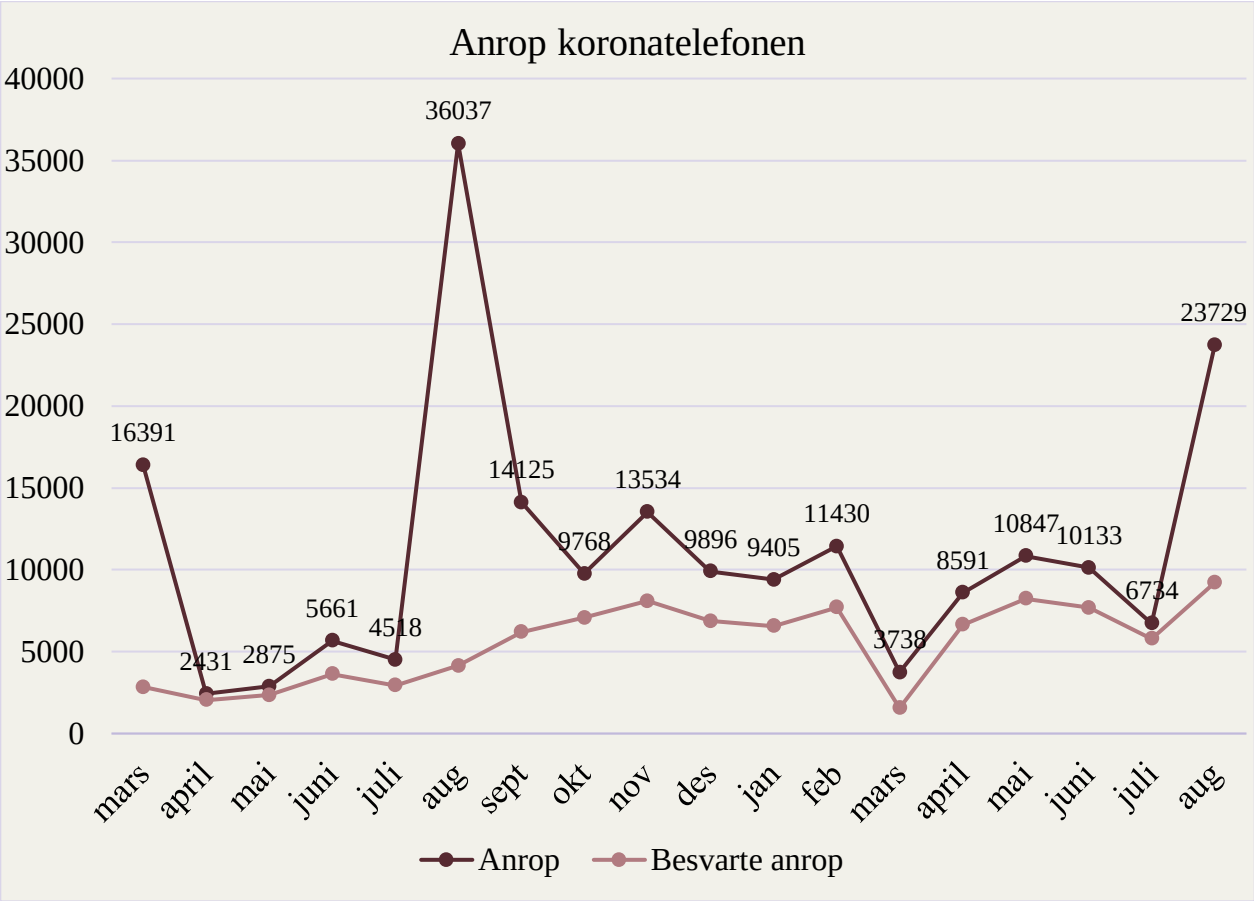
Koronatelefonen ble opprettet 11.mars 2020 og hadde da 5 linjer, bemannet 5/5/1 dag, kveld, natt, fra legevakten. Denne ble bemannet av sykepleiere, primært fra Helse og Sosial, og med hovedtyngde på sykepleiere fra psykisk helse[76]. Antall besvarte anrop har vært økende gjennom 2020, fra 2500 i starten av året til 7/8000 mot slutten av året.

Figuren nedenfor viser antall anrop og antall besvarte anrop 2020. Svartiden på koronatelefonene har variert noe gjennom 2020 og 2021, men har stort sett ligget på under 5 minutter i gjennomsnitt de aller fleste dager[77]. Unntaket er perioden i august/september hvor det var ekstra mye pågang. Til sammenlikning etablerte Stavanger koronatelefon 2. mars, og åpnet 12. mars en ny koronatelefonlinje med omdisponert personell fra bl.a. Helse og Velferd.

Figur 17. Antall anrop og antall besvarte anrop på koronatelefonen. Kilde: Bærum kommune.

[76] Jmf dokument leder OPA av 12. mars 2020

[77] Kilde: Dokumentasjon mottatt fra Bærum kommune.



Fra figuren kan vi se at det i august 2020 var en enorm pågang på koronatelefonen, med hele 36 000 anrop, hvorav rundt 4100 ble besvart. Helsedirektoratet endret 12. august testkriteriene slik at alle som mistenkte at de var smittet selv kunne be om test uten henvisning fra lege, så dette kan forklare den økte pågangen. Hvis vi ser nærmere på tallene denne måneden, ser vi at både anrop og svarprosenten varierer stort fra dag til dag, med en svarprosent fra 3 til 76% gjennom måneden, og en svartid som varierte fra 2 minutter (5/8) til mer enn halvannen time på det meste (31/8). Anropstoppen ble nådd 17. august med 3102 anrop, hvorav 5% (151) ble besvart. Da ble åpningstidene utvidet til kl. 21, 7 dager i uken[78].

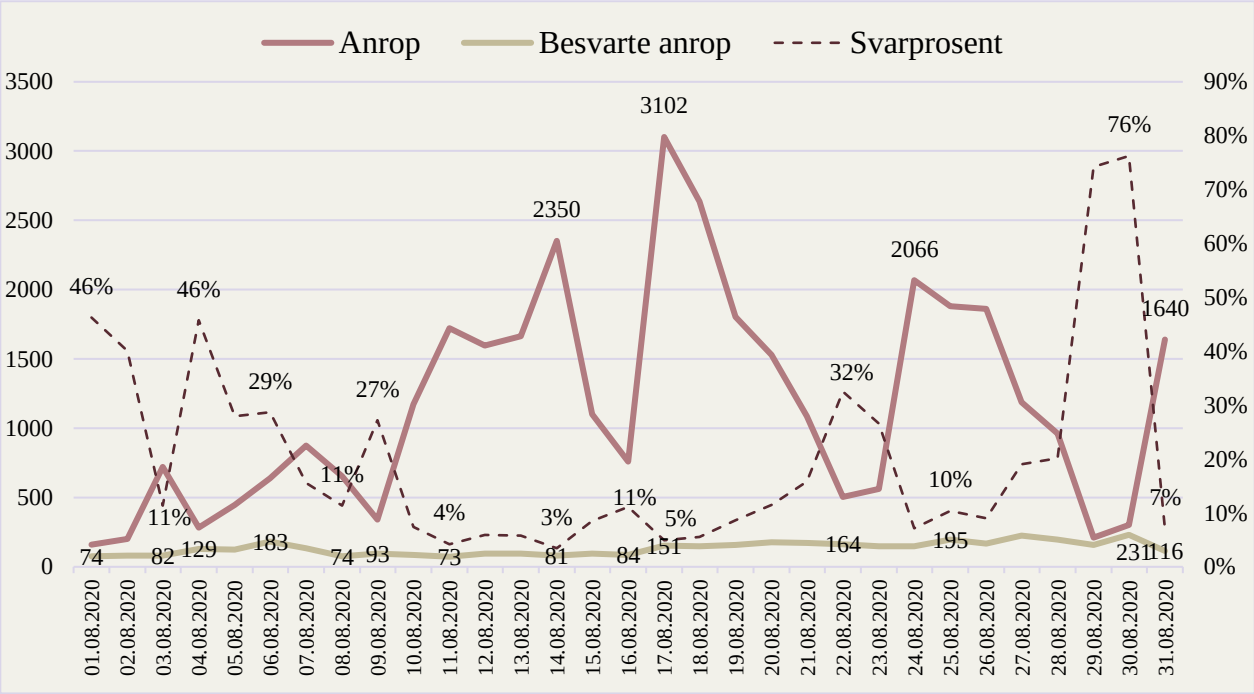
Det ble også jobbet med rekruttering og oppbemanning rundt denne tiden og 3 nye linjer ble opprettet. Av OPA møte 18. august kommer det frem at det pt. er 500 eposter på vent og at svartiden har vært inntil 2 døgn. Det jobbes med å få inn flere folk, men smitteutbrudd gjør at arbeid blir hemmet og en periode var det kun 1-2 linjer åpne. Det jobbes også parallelt med en callsenterløsning og med løsning for digital booking (eBooking) av test.

Stavanger opplevde samme økning denne perioden og har også en svært varierende svarprosent gjennom andre halvdel av august 2020 og var nede på 10% på det laveste, men her ble antall

[78] OPA månedsrapport august

telefonoperatører da trappet opp fra fem til femten og svarprosenten stabiliserte seg på 60-80% i siste tredjedel av måneden[79].

Figur 18. Antall anrop og antall besvarte anrop, samt svarprosent på koronatelefonen august måned, 2020. Kilde: Bærum kommune.



I Bærum var Callsenter på Fornebu på plass 4. september 2020, mens eBooking ble lansert 8. september. eBooking som system betegnes som krevende[80]. Antall anrop til koronatelefonen gikk betraktelig ned i september, samtidig som antall besvarte anrop dobles frem mot slutten av året.

Koronamail

Korona e-post ble opprettet samtidig som koronatelefonen, med personell primært hentet fra Friskliv og mestring, med 2/2/1-bemanning. Nattevaktsfunksjonen ivaretas av koronatelefonen på legevakten[81]. Koronamailen har vært driftet i samarbeid mellom kommuneadvokat, kommuneoverlegene og kommunikasjon har svart ut over 1900 henvendelser[82]. Det kommer frem av møtereferater at det i starten var noen utfordringer med GDPR ift. at folk oppga sensitive opplysninger, og at mange ikke oppga telefonnummer som kunne svares på. I starten ble det vurdert at det tok lang tid for å få svar, med svartid på inntil 2 døgn.[83]

---

[79] Stavangerrapport

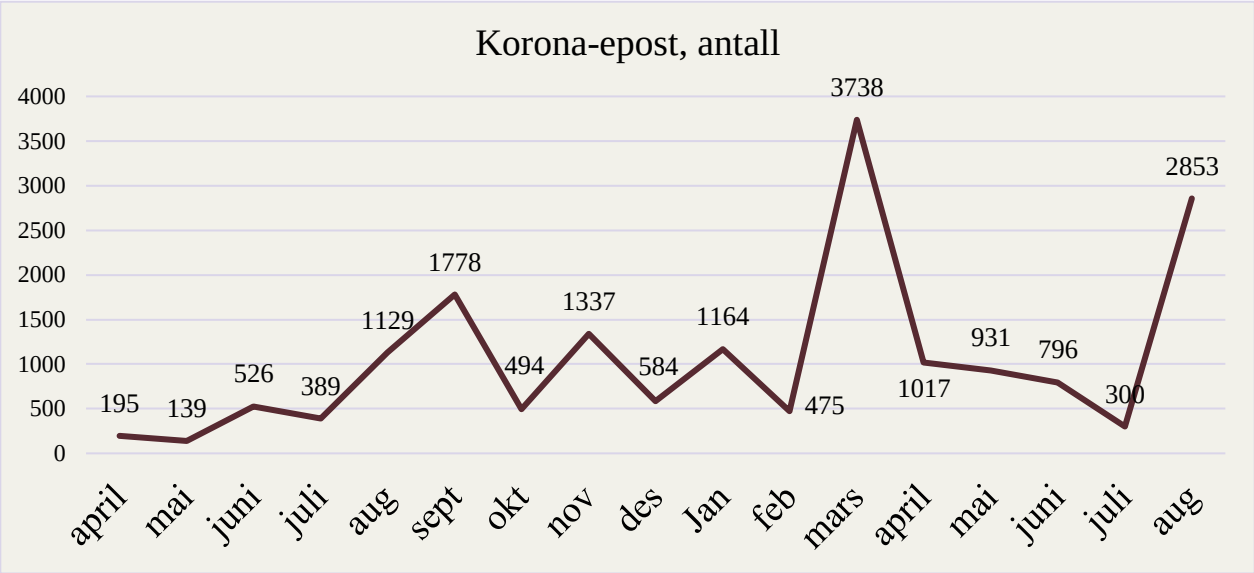
[80] OPA månedsrapport oktober

[81] Jmf dokument leder OPA av 12. mars 2020

[82] Per 4. okt 2021, Info fra kommunikasjonsavdelingen

[83]Referat OPA 16. og 18. mars 2020

Figur 19. Antall e-post til Koronahenvendelser@baerum.kommune.no, månedsvis oversikt.



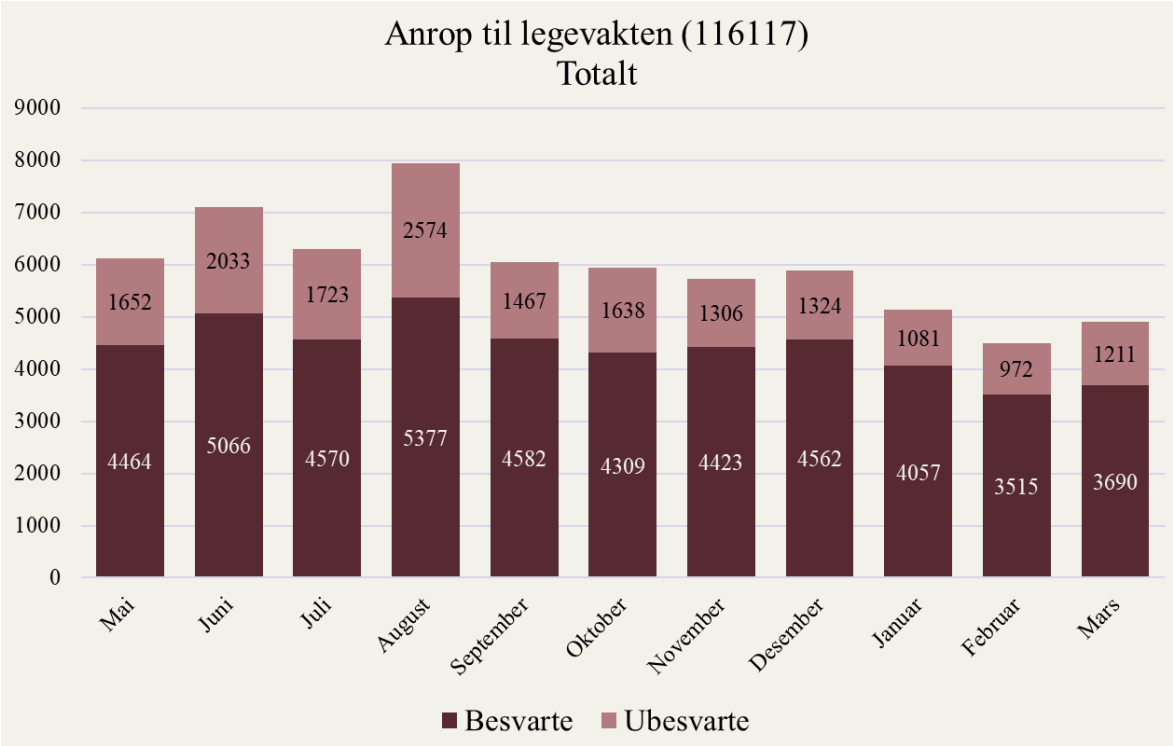
116117 Legevakten

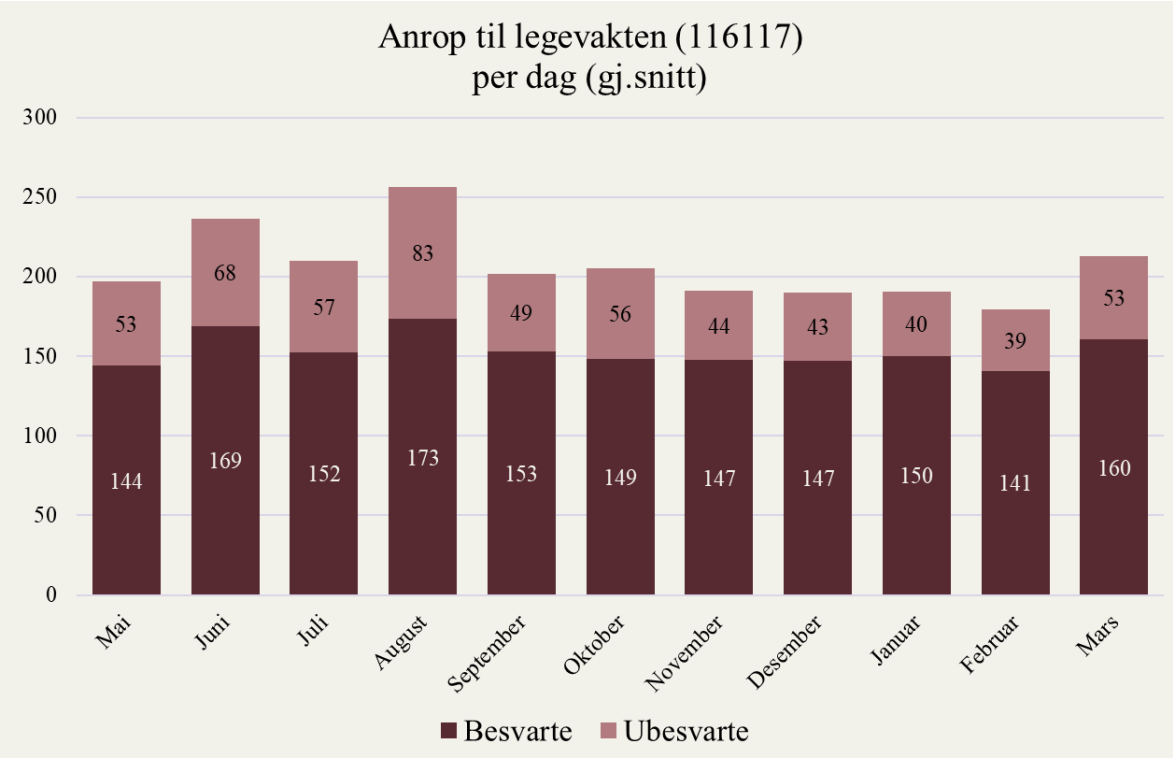
Legevaktstelefonen (116117) ble også oppbemannet fra 11.mars, fra 2 til 4 linjer. Denne bemannes med sykepleiere i daglig tjeneste, og ble forsterket med helsesykepleiere/sykepleiere fra Helsetjenester barn og unge (HEKT).[84]

Figuren nedenfor viser utviklingen i besvarte/ ubesvarte anrop fra mai 2020 til mars 2021. Den viser at det jevnt over er en del anrop som ikke ble besvart i denne perioden, og at august 2020 var en måned med særlig mange ubesvarte anrop.

Figur 20. Antall anrop til legevakten (116117), totalt per måned (øverst) og gjennomsnitt per dag (nederst)

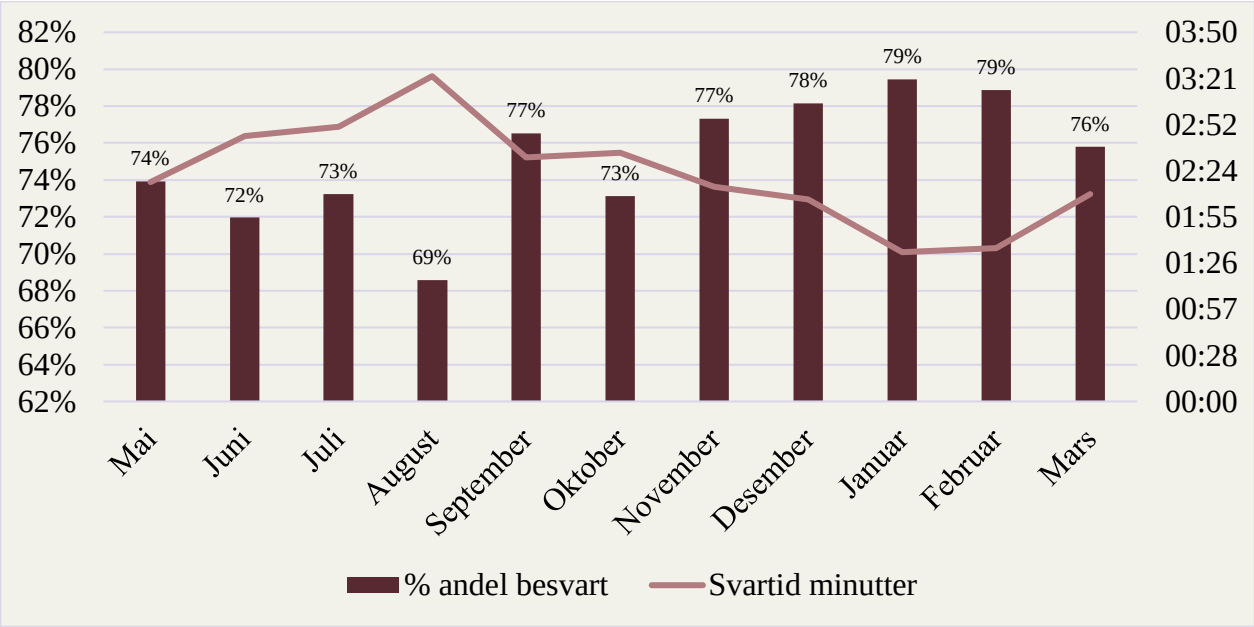
[84] Jmf dokument leder OPA av 12. mars 2020





Neste figur viser at perioden fra mai til august 2020 var preget av en relativ lav andel besvarte anrop til 116117 og vi sammenligner med perioden fra september og senere, mens gjennomsnittlig svartid var høyere. Fra september 2020 til mars 2021 endrer dette seg til det bedre i den forstand at andelen besvarte anrop øker, mens gjennomsnittlig svartid går ned.

Figur 21. Prosent besvarte anrop til legevakten (116117), og gjennomsnittlig svartid.



For å avlaste koronatelefonen ble eBooking lansert i første halvdel av september 2020. Stavanger innførte også elektronisk bestilling på den tiden - 16.september. I Bærum ble muligheten for elektronisk booking gradvis trappet opp, ved at stadig flere timer ble gjort tilgjengelige. Det ble foretatt tekniske tilpasninger, blant annet pga. utfordringer med booking med mobil.

6.5 REGLER FOR KARANTENE OG ISOLASJON

Regler og råd for karantene og isolasjon har vært regulert i Covid-19-forskriften og de anbefalinger regjeringen har kommet med til kommuner og befolkningen. Reglene og rådene har vært gjenstand for et stort antall endringer. FHIs endringslogg inneholder fra april 2020 til april 2021 66 store og små endringer i de regler og råd som gjelder for karantene og isolasjon.

Helt i starten av pandemien ble det innført 14 dagers karantene for nærkontakter og tilreisende fra «røde» land, uavhengig av om de hadde symptomer eller ikke. Fra 8. mai 2020 ble dette endret til 10 dagers karanteneplikt. Med gjenåpningen av det norske samfunnet sommeren 2020, ble karanteneplikten opphevet 15. juni for de som kom reisende fra nordiske land med liten smitte.

Senere i juni i 2020 ble det gjort lettelser i karanteneplikten på 10 dager for gjestearbeidere fordi næringslivet hadde stort behov for gjestearbeidere. Denne saken førte til debatt utpå høsten på grunn av mye importsmitte ved arbeidsplasser med mange gjestearbeidere. Fra 5. november innførte regjeringen innstramninger. Arbeidsreisende som de siste 10 døgnene før de kom til Norge hadde oppholdt seg i områder med særlig høyt smittenivå, kunne ikke lenger benytte seg av ordningen med testing hver tredje dag. Innreisekarantene skulle derfor i utgangspunktet gjelde for alle arbeidstakere fra «røde» land. Arbeidstakere som hadde fritidskarantene skulle testes hver tredje dag og være innkvartert på enerom de ti første dagene i landet.

I løpet av januar 2021 strammet regjeringen inn på karantenereglene, først fra 4. januar, så på ny den 29. januar. I utgangspunktet kunne da bare utlendinger som er bosatt i Norge få anledning til å reise inn i Norge, med noen unntak for bl.a. samfunnskritisk personell. Det innebar at blant andre gjestearbeidere og familiemedlemmer som besteforeldre, voksne barn, foreldre til voksne barn og kjærester ikke lenger kunne komme på besøk. Reglene om obligatorisk testing, reiseregistrering, karantene og karantenehotell ble beholdt for de som kunne reise til Norge.

Likevel fortsatte smitteimporten fra utenlandske gjestearbeidere og FHI opplyste om at de fryktet juks med karantenetiltakene blant en del av gjestearbeiderne. Med mutantutbruddene på Østlandet (først i Nordre Follo, deretter i flere kommuner på det sentrale Østlandet) økte bekymringen for økt importsmitte. Det fikk konsekvenser for TISK-strategien i form av strengere bestemmelser for hvem og hvordan karantene og isolering skulle gjennomføres.

3. mars 2021 gikk FHI ut til kommunene og anbefalte en forsterket TISK-kapasitet. Forsterket TISK betydde for kommunene mer utstrakt testing og karantenesetting og mer vektlegging av god gjennomføring av karantene og isolering. 28. mars ble det innført strengere regler for karantenehotell og testing ved innreise fra andre land.

I forbindelse med implementering av den statlige gjenåpningsplanen sommeren 2021, ble nedjustert TISK innført i alle landets kommuner fra og med mandag 27. september. Nedjustert TISK innebar lettelser i plikten til smittekarantene. Kommunene skulle heller ikke smittespore i like stor grad som tidligere. Enkeltpersoner fikk mer ansvar for å varsle sine nærkontakter selv.

Da omikronvarianten ble oppdaget i Norge utpå høsten 2021, ble det innført egne strengere regler om isolasjon og karantene for nærkontakter av bekreftede eller mistenkte omikrontilfeller for å bremse smittespredningen. For smittesporerne ble det utfordrende å håndtere omikron og delta-viruset etter forskjellige regler.

Med regjeringens innstramninger 15. desember 2021, ble det innført felles isolasjons- og karanteneregler uavhengig av virusvariant. Dette innebar blant annet karanteneplikt i 10 dager for husstandsmedlemmer og tilsvarende nære med mulighet for å teste seg ut etter 7 døgn. I januar 2022 ble både innreisekarantene og karantene for nærkontakter opphevet.

Utviklingen i bruk av karantene og isolasjon

Fra sommeren 2020 har kommunene rapportert om omfanget av isolering og karantene til Helsedirektoratet. Der er kommunene også bedt om å rapportere hvor mange de har tilgjengelig til smittesporing og hvor mange som drev sporingsarbeid (rapportert som sist uke). I disse tallene inngår både hjemme- og borteisolering og hjemme- og bortekarantene. Mye av isoleringen av smittede med covid-19 har skjedd i eget hjem. Det samme gjelder for karantene. Det aller meste har dreid seg om hjemmekarantene i eget hjem.

Bærum har hatt følgende beredskapshotell for isolasjon og karantene:

- Det ble ved pandemien start inngått avtalte med Thon Hotel Oslofjord som isolasjons- og karantenehotell for nærkontakter og smittede som ikke kunne bo hjemme eller på steder ordnet av arbeidsgiver. Avtalen løp ut august 2021.
- Deretter brukte kommunen Høvik hotell til desember 2021.
- Etter at Høvik hotell opphørte, har kommunen benyttet Forenom Apartments i Oslo. Det er ikke inngått en formell avtale, men bookes rom per gang etter behov.

Karantenehotell for innreisende

Kommunen ble i mai 2021 pålagt av Statsforvalteren i Oslo og Viken å etablere karantenehotell for innreisende, da kapasiteten i den etablerte ordningen for karantenehotell for innreisende fra utlandet var sterkt presset. Den 30. mai ble kommunen varslet om akutt behov for etablering, og at kommunen ville motta et visst antall reisende samme dag. Karantenehotell ble etablert og innreisende mottatt 30. mai ved Quality Hotel Expo på Fornebu, og 31. mai på Thon Hotel

Oslofjord i Sandvika. Hotellene ble akutt bemannet av personell tilknyttet Operativ pandemiarbeidsgruppe og Avdeling smittesporing.

Det ble etablert et samarbeid med hoteller og vektertjeneste. Det ble utpekt en fast ansvarlig i kommunen for oppfølging av avtaler, og rutiner og prosedyrer ble etablert. Hotellene ble fast bemannet av personell fra avd. smittesporing for mottak av nye grupper innreisende, informere innreisende om regler, informere de reisende, og for å kunne svare ut spørsmål fra innreisende og bistå hotell og vektertjeneste. I avtalen med hotellene inngikk vedlegg knyttet til ivaretakelse av smittevern og hygiene, og det ble ikke utført eget tilsyn i tillegg til dette.

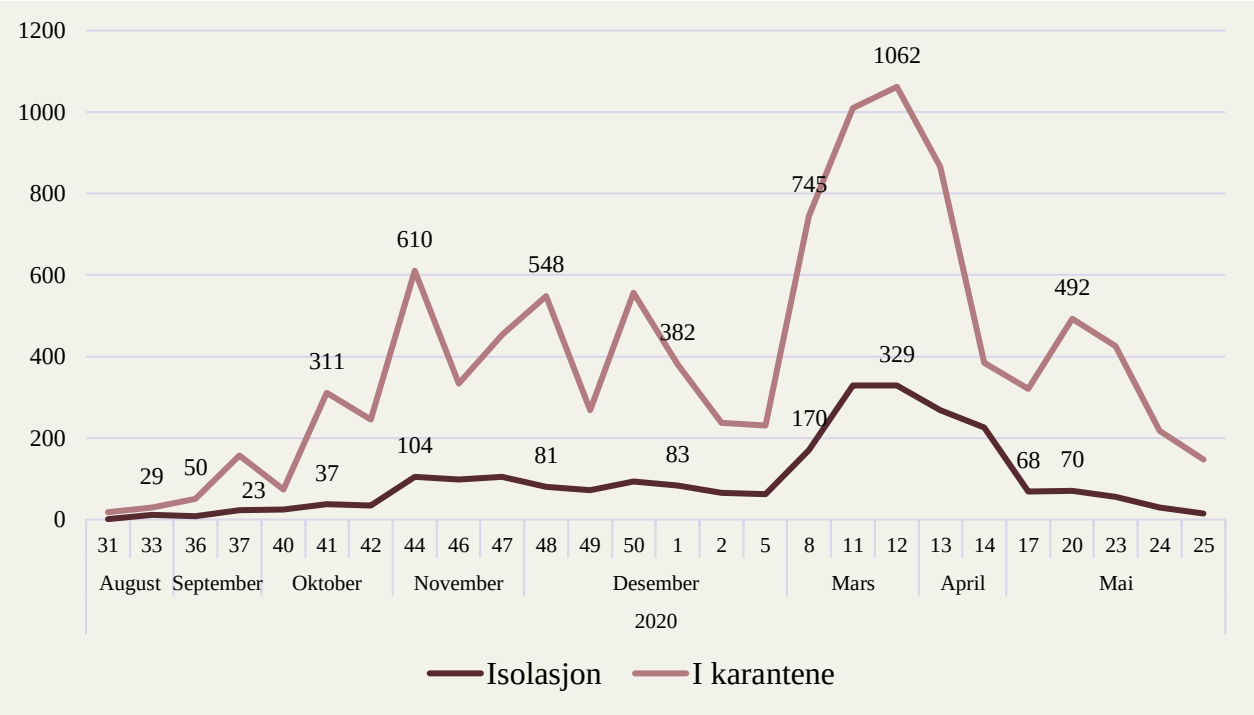
Isolasjonsplasser sykehjem

Den 25. mars 2020 ble det opprettet en egen avdeling ved Dønski sykehjem for personer med smitte. Målgruppene var sykehjemsbeboere som tester positivt og ikke kunne isoleres på egen avdeling, utskrivningsklare beboere fra sykehuset i behov av korttidsplass eller i påvente av langtidsplass. Den har også rommet beredskapsplasser som har vært lite i bruk. Avdelingen ble avviklet 20 februar 2021. Da sikres beredskap gjennom ledige plasser på 2-3 ulike sykehjem samt at covid-smittede beboere isoleres på eget rom/i eget hjem. Avdelingen er fortsatt i drift som beredskapsplasser, men er planlagt avviklet i løpet av første kvartal 2022.

Avtalen med hotellene gikk ut august 2021.

Som vi ser, har omfanget av karantene og isolasjon svingt mye fra sommeren 2020 til påsken 2021. Utover høsten økte omfanget noe, for så å falle i desember. I mars/april 2021 nådde omfanget av karantene og isolasjon en topp, mens omfanget siden har falt.

Figur 22. Oversikt over antall personer i karantene og isolasjon med Bærum som oppholdssted (Kilde: Bærum kommunes TISK-rapportering til Helsedirektoratet).



Oppfølging og tilsyn med personer i karantene eller isolasjon

På det meste var det over 1062 personer i karantene og 329 personer i isolasjon i Bærum. Etter smittevernloven § 7-1, jf. også covid-19-forskriften, har kommunene ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner overholder de tiltak de er pålagt i form av karantene og isolasjon. I brevet som ble sendt kommunene 3. juli 2020 om konkretisering av TISK-strategien, ble kommunene på nytt minnet om det tilsynsansvaret de har. Med innstramninger i regelverket med forsterket TISK i mars 2021, ble det på ny understreket at kommunene har et tilsyns- og kontrollansvar og at brudd må anmeldes. Bøtene for brudd på karanteneplikt ved ankomst fra utlandet, brudd på karanteneplikt etter nærkontakt med smittet eller brudd på isolasjonsplikten har vært 20 000 kr.

Bakgrunnen for kravet om innskjerpet tilsynsplikt, kom etter mange oppslag i mediene om eksempler på brudd på karantenereglene, og at Arbeidstilsynet i 1 av 3 tilsyn i bedrifter oppdaget regelbrudd på innkvartering av gjestearbeidere.[85] Dette gjaldt særlig bransjer med mange utenlandske arbeidstakere, som bygg og anlegg, industri, og verft og fiskeindustrien.

Helsedirektoratet har ment at tilsyn vil kunne ha god preventiv effekt mot smittespredning. Noen kommuner har ansatt egne Covid-19-kontrollører som Lindesnes, mens en kommune som Trondheim har hevdet at en av suksesskriteriene i deres TISK-strategi har vært det tilsynet som 5 pensjonerte politifolk har utført for å sjekke at utenlandske arbeidere følger karantenereglene.[86]

[85] https://www.nrk.no/norge/arbeidstilsynet_-mange-brudd-pa-koronaregler-1.15326098

[86] https://www.nrk.no/trondelag/trondheim-setter-inn-tidligere-politibetjenter-for-a-sjekke-boforholdene-til-utenlandske-arbeidere-1.15336770

Bærum kommunen har ikke hatt noe tilsyn med overholdelse av karantene/isolasjonsregler utover det ovenfor nevnte. [87]

Kontroll med etterlevelsen av smitteverntiltak

Bærum kommune har gjennomført kontroller med butikker, serveringssteder, treningssentre ol. for å sjekke at de til enhver tid gjeldene smittevernreglene blir fulgt. Det er gjennomført totalt 2341 smittevernkontroller i Bærum fra november 2020 til september 2021.[88]

Tabell 14. Oversikt over kontroller gjennomført for å sjekke etterlevelsen av smitteverntiltak.

År	Mnd	Butikker	Serverings-sted	Arrange-ment	Trenings-senter	Frisør/hudpleie	Byggeplass	Total
2020	**Nov**	93	37	1	0	0	0	**131**
	Des	449	264	6	1	83	0	**803**
2021	**Jan**	198	161	2	0	27	0	**388**
	Feb	107	95	6	9	9	0	**226**
	Mar	128	86	4	7	4	0	**229**
	Apr	112	34	0	5	1	0	**152**
	Mai	75	58	0	2	0	34	**169**
	Jun	21	34	2	13	1	5	**76**
	Jul	11	36	2	0	0	4	**53**
	Aug	2	67	14	5	0	1	**89**
	Sep*	5	12	5	3	0	0	**22**
	Total	**1201**	**884**	**42**	**45**	**125**	**44**	**2341**

Det er blitt gjennomført kontroller i butikker, serveringssteder, arrangementer/alpinanlegg, treningssenter og salonger. Siden mai 2021 er også byggeplasser lagt inn som kategori. Ved gjennomføring av kontroller har i snitt 37 prosent av stedene ikke overholdt smittevern. 63 prosent har overholdt smitteverntiltakene. Figuren viser andelen av stedene i hver kategori som overholdt/ikke overholdt smittevern, totalt for november 2020-september 2021. Kommunens ansvar er å veilede om, og kontrollere etterlevelsen av smittevernbestemmelsene. Hyppige endringer i reglene har forårsaket forvirring blant virksomheter, og det har vært et behov for oppfølging. De vanligste avvikene fra 2. kvartal 2021 har vært avstandskrav på serverings- og skjenkesteder, regler for alkohol ved bordservering og diverse brudd på byggeplasser.

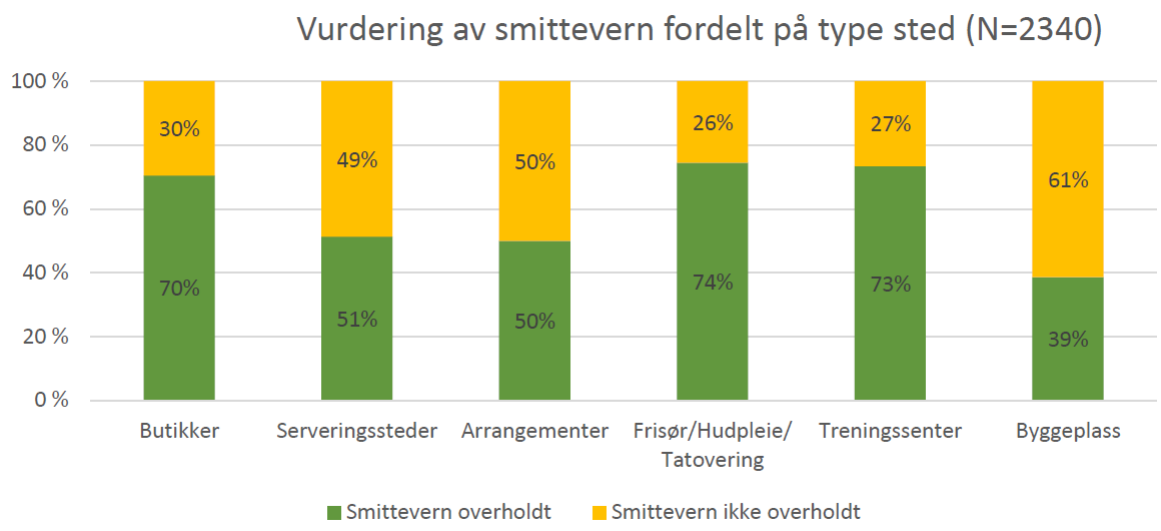
Fra og med uke 39 (2021) rapporteres ikke lenger tall på smittevernkontroller. Dette fordi kontrollvirksomheten da gikk tilbake til ordinære kontroller, etter at de nasjonale covid-19 tiltakene ble opphevet 25. september.

---

[87] Skriftlig svar fra kommunen, datert 02.02.2022.

[88] Kilde: Ukesrapport uke 37 (13-19. september 2021)

Figur 23. Vurdering av smittevern fordelt etter type sted, totalt for november 2020 – september 2021 (per 19. september).

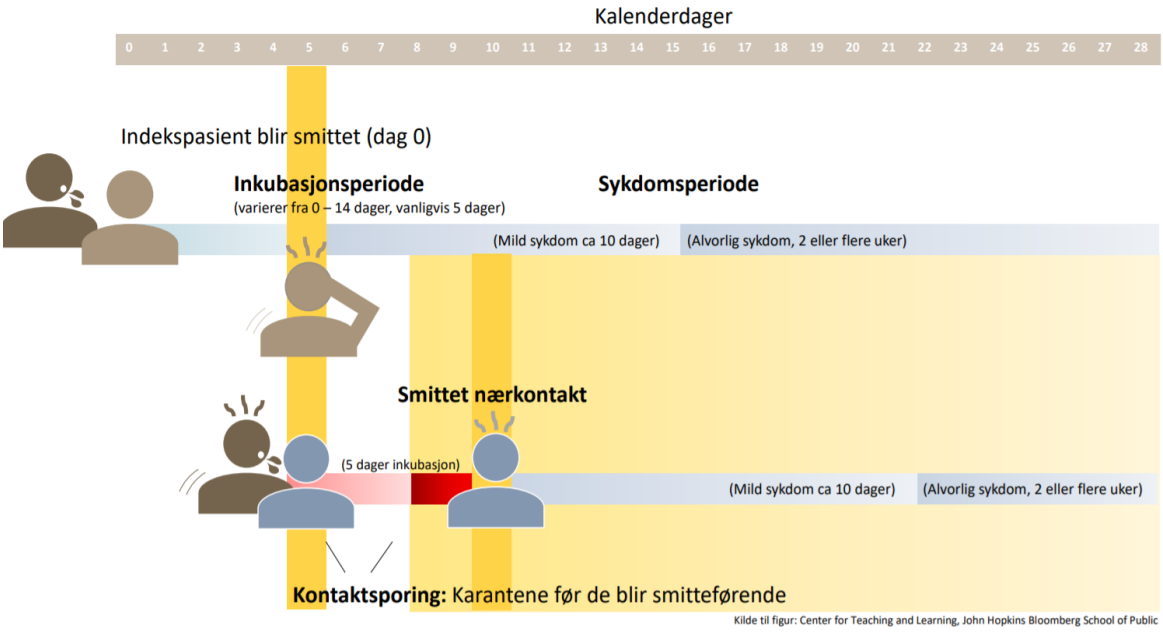


6.6 SMITTESPORING

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

Smittekjeden mellom indekstilfelle og mulig smittede nærkontakter er illustrert nedenfor.

Figur 24. Sammenheng indekstilfelle og identifiserte nærkontakter (Kilde: FHI).



Smittesporingen omfatter tre deler:

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

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

Ved en pandemi er den samfunnsmedisinske oppgaven å holde oversikt over alle smittede i hele kommunen og følge mulige klusterdannelser av smitte. Ved identifiserte klusterdannelser skal tiltak iverksettes.

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

Det kan være verdt å nevne at nasjonale myndigheter den 27.09.2021 beslutte at nedjustert TISK skulle innføres i alle landets kommuner. Dette innebar kort oppsummert følgende: Lettelser i plikten til smittekarantene. Folk måtte fremdeles gå i isolasjon hvis de ble smittet. Kommunene skulle ikke smittespore i like stor grad som tidligere. Enkeltpersoner fikk samtidig mer ansvar for å varsle sine nærkontakter selv

I dette delkapitlet beskrives organiseringen av smittesporingen, oppskaleringen av kapasitet til smittesporing, planer og rutiner ved smittesporing, sårbarheter ved større utbrudd og interkommunalt samarbeid. Til slutt vil fakta vurderes opp mot revisjonskriteriene.

Testsvar fra sykehuset

Analysekapasiteten på sykehuset er et sårbart punkt i TISK-strategien som kommunene i begrenset grad har kontroll over. En viktig forutsetning for å kunne gjennomføre en rask smittesporing er at kommunen får raske testsvar tilbake fra sykehuset. Det krever at sykehuset har tilstrekkelig analysekapasitet. Dette er i utgangspunktet noe som ikke er kommunens ansvar og som er utenfor vårt mandat, men vi har likevel nevnt det kort likevel.

Det har som regel gått raskt å få svar på testresultatene i de knappe to årene koronapandemien har vart, men det har vært enkelte kapasitetsutfordringer underveis. Bærum kommune har byttet mellom sykehus i Vestre Viken og OUS om hvem som skal analysere. Årsaken til dette var kapasitetsutfordringer[89].

Vi får opplyst at det tidvis har vært forsinkelser i testsvar, dvs. at det har tatt tid før smittesporingsavdelingen har fått beskjed om hvem som er smittet. I tillegg har ventetiden gjort at mange innbyggere har tatt kontakt med smittesmittesporingsavdelingen for å purre på svar.

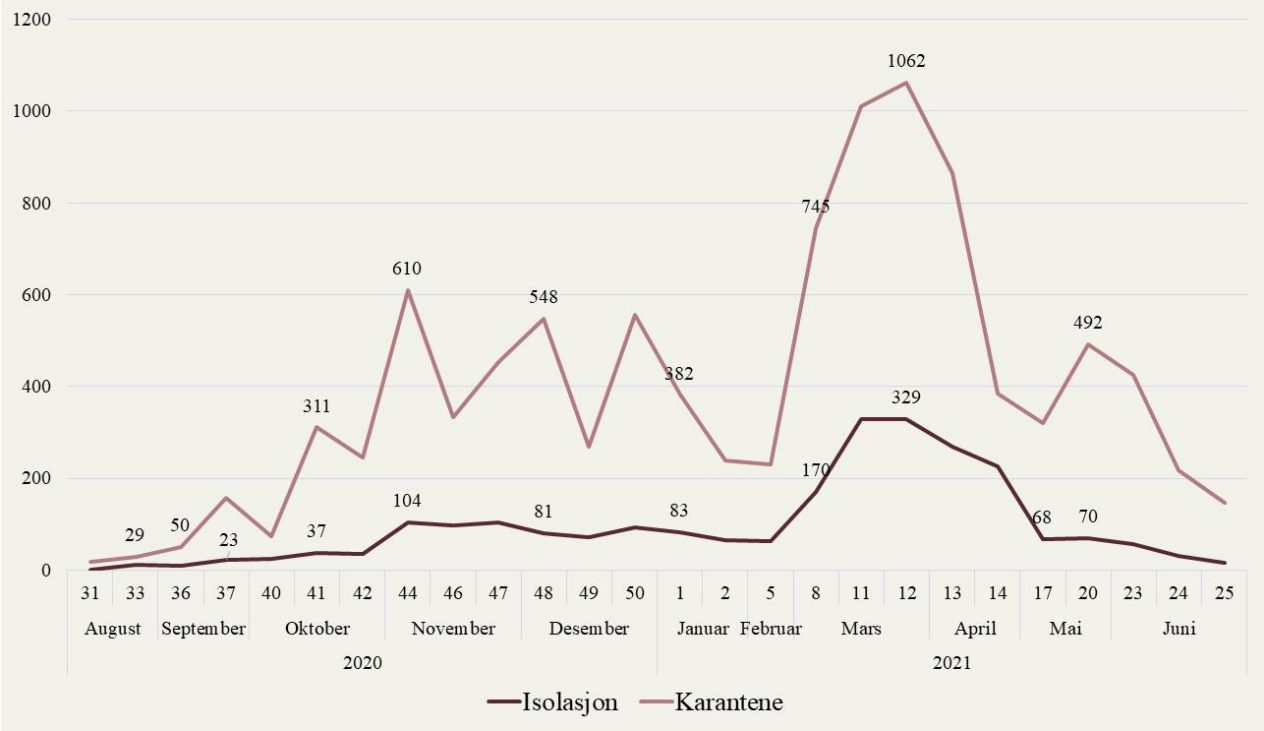
For eksempel gjorde mangel på nødvendig utstyr ved Bærum sykehus at kommunens tester ble analysert i Drammen i august 2020. Dette skapte ventetid på prøvesvar, *«som ga enorm pågang og lange køer på koronatelefonen»*.

Den tredje september 2020 inngikk Bærum kommune en avtale med Oslo universitetssykehus ifm. analyse. Den 16. mars 2021 inngikk kommunen tilbake til Bærum sykehus. Den åttende desember 2021 varslet Bærum sykehus økt svartid på grunn av stor pågang.

[89] Skriftlig svar fra kommunen, datert 02.02.2022.

Utviklingen i antall isolerte og antallet i karantene

Figur 25. 1 Utvikling i antall isolerte og i karantene



Kilde: Tall fra Bærum kommunes ukentlige rapportering til Fylkesmannen (Vi har tatt bort noen av ukene for å gjøre figuren lesbar)

Trinn i smittesporingen

I denne delen beskriver vi relativt kort hvordan smittesporingen har fungert i Bærum. Dette har endret seg noe, i tråd med endringer i føringene fra FHI. Fra den 25.09.2021 foregikk smittesporingen slik:

- Kommunens smittesporingsteam får beskjed om en smittet.
- Smittesporer kontakter den smittede, eventuelt foresatte, og informerer om isolasjon.
- Smittesporer identifiserer husstandsmedlemmer og nære nærkontakter (for eksempel kjæreste eller en venn som overnatter ofte).
- Husstandsmedlemmer og nære nærkontakter som er fullvaksinert eller har gjennomgått covid-19 behøver ikke å teste seg. Hvis de får symptomer, bør de imidlertid teste seg.
- Delvaksinerte husstandsmedlemmer anbefales å teste seg med selvtest. Selvtest kan hentes på teststasjonene på Fornebu og Rykkinn i åpningstiden.
  Husstandsmedlemmer som ikke er vaksinert og som ikke har gjennomgått covid-19 siste 12 måneder anbefales å teste seg med selvtest hver dag i en uke. Selvtest kan hentes på teststasjonene på Fornebu og Rykkinn i åpningstiden. Dersom selvtest er vanskelig å utføre, kan det gjennomføres PCR-test på teststasjon annenhver dag i en uke. Ta kontakt med teststasjonen på Fornebu på tlf.: 67 50 59 99 for å bestille timer til test.
  Hvis man ikke tester seg, bør man avstå fra kontakt med andre i 7 dager.

- Den smittede, eller foresatte, blir oppfordret av smittesporer til å varsle øvrige nærkontakter selv. Den smittede får en SMS med informasjon fra kommunen som han eller hun kan videresende.
- Skole/barnehage: Dersom smitten er tilknyttet en barnehage eller grunnskole kartlegger smittesporer hvem som er berørt sammen med foresatte og skolen eller barnehagen. Rektor/styrer formidler dette til teststasjonen.
  Teststasjonen sender SMS med standardisert informasjon til berørte via TIETO for grunnskoler eller via oversiktsliste fra barnehagestyrer.
  Ansatte på skolen/barnehagen leverer ut én selvtest til hvert berørte barn. Foresatte bestemmer om de vil teste barnet. Ved smitte i helgen kan den enkelte foresatte hente selvtester på teststasjonen på Fornebu.
- Øvrige nærkontakter som er uvaksinert anbefales å teste seg så snart som mulig. Selvtest kan hentes på teststasjonene på Fornebu og Rykkinn.
- Øvrige nærkontakter som er fullvaksinerte eller beskyttet behøver ikke å teste seg. Hvis de får symptomer, bør de imidlertid teste seg.

Smittesporingsarbeidet har endret seg en god del siden september. I januar 2022 har smittesporerne i all hovedsak digital kontakt og kontakt via SMS med de smittede. Et unntak her er barn og de over 70 år. Her ringer smittesporerne fremdeles til de smittede. Tidligere ringte de til alle de smittede.

Smittesporing sykehjem

Dersom en beboer eller ansatt ved et sykehjem eller en omsorgsbolig eller en fra hjemmetjenesten har fått påvist koronainfeksjon vil det etableres et samarbeid om smittesporing. Da tar kommuneoverlegen kontakt med den aktuelle enheten, og kartleggingen gjøres i samråd med denne. Rutinen var gjeldende fra 08.03.20, og ble orientert om gjennom epost fra pleie- og omsorgssjef samme dag.

I kommunens interne rapporter fra Vallerhjemmet ble det avdekket følgende sårbarhet knyttet til smittesporingen: Mange av de ansatte i Bærum kommune bodde i andre kommuner, og en del ansatte som jobbet i deltidsstillinger i Bærum, jobbet også i andre kommuner. Smittesporingen var da formelt knyttet til andre kommuner. Evalueringen viste at det ikke var noen automatikk i at Bærum kommune ble orientert om smitte blant egne ansatte som var bosatt i andre kommuner. I et dokument fremgår at *«Her kan det ha skjedd glipp i kommunikasjonen mellom kommunene slik at smitte ikke har blitt fulgt opp godt nok»*. Det ble i mai 2020 innført et strengere TISK-regime på sykehjemmene.

Det ble også foreslått tiltak som skulle demme opp for den avdekkede svakheten i smittesporingen. Blant annet foreslo man et samarbeid på tvers av kommunegrensene ifm. smittesporing: *«Det må inngås samarbeid med andre kommuner for å finne ut hvordan melding om smitte og smittesporing som går på tvers av kommunegrensene skal gjennomføres. Et nasjonalt, digitalt verktøy kunne bidratt til å løse dette»*.

Det har senere blitt laget en egen prosedyre for samarbeid og kommunikasjon ifm. smittede på tvers av kommunegrensene.

Første halvår 2020

Kommuneoverlegen er medisinskfaglig ansvarlig for alle tiltak knyttet til smitteforebygging, smittesporing og andre smittetiltak.

Smittesporingen startet opp ved Folkehelsekontoret etter vinterferien 2020, dvs. rundt den 23 februar. I starten var leder for Folkehelsekontoret også leder for smittesporingsarbeidet.

Den 10.03 ble smittesporingsgruppen opprettet, og bestod da av fire helsesykepleiere. Personellet er primært hentet fra Friskliv og mestring, og forsterket med personell fra Folkehelsekontoret. Teamet støttet kommuneoverlegen og smittevernoverlegen både i oppsporing og annet dokumentasjonsarbeid.

I kriser er likhet et helt sentralt beredskapsprinsipp. I en krise av koronapandemiens omfang ble det fort tydelig at kommuneoverlegene ikke klarte å gjøre all smitteoppsporingen selv. Kommunen trengte mer ressurser og døgnkontinuerlig drift. Derfor ble det engasjert fastleger som assisterende kommuneoverleger. Disse inngikk i turnus i arbeidet med smittesporingen (jf. statusmøte den 12.03.2020). Med seg hadde de et smitteoppsporingsteam med omdisponerte ansatte fra andre tjenester, som helsesykepleiere, fysioterapeuter, og til og med tre psykologer (jf. statusmøte i pandemigruppen,13.03.2020).

Den 20.03.2020 ble kommunelegene tatt helt ut av smittesporingsteamet (referat OPA-møte 20.03).

Frem til høsten 2020 bestod smittesporingsteamet av ca. 10 ansatte, hadde en egen fagleder og var fortsatt organisert under Folkehelsekontoret[90].

Fra høsten 2020 og utover

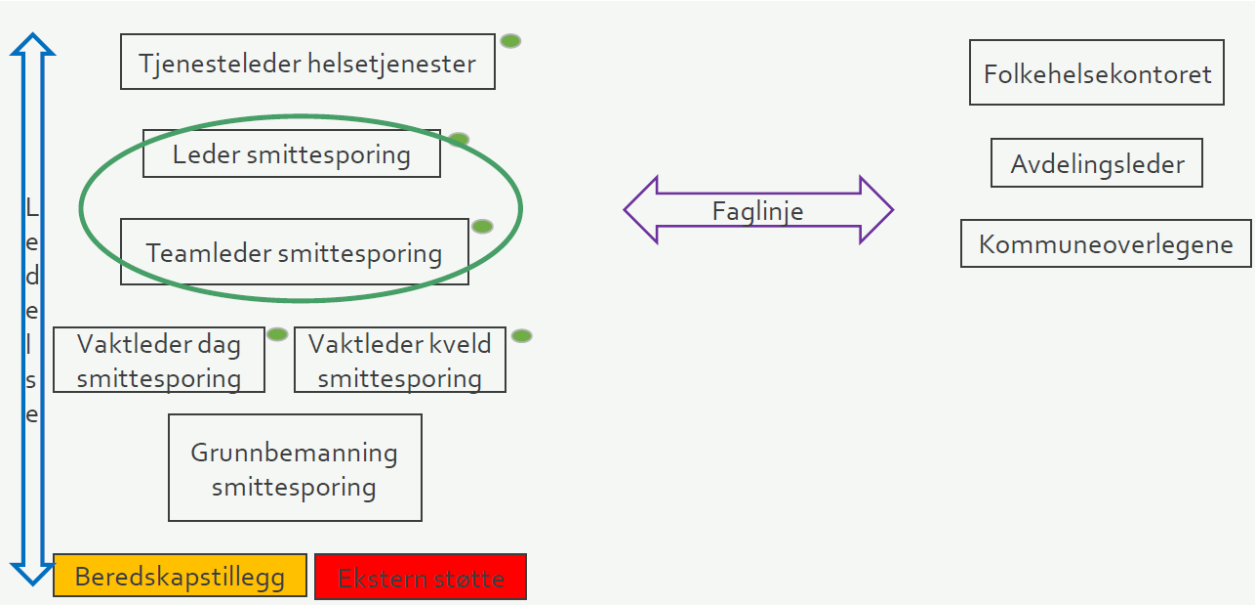
Høsten 2020 bestemte kommunen seg for å øke kapasiteten. Bakgrunnen for dette var helseministerens uttalelse om at kommunene måtte opprettholde høy beredskap frem til sommeren 2021. I månedsrapporten for OPA ble det også vist til at Sarpsborg hadde 16 smittesporere, mens Bergen hadde 18 smittesporere.

I løpet av høsten økte smittesporingsteamet til om lag 40 ansatte, og man innså at man trengte en egen leder av det som ble en egen avdeling under leder for helsetjenester.

Da ble organiseringen seende slik ut:

Figur 26. Organisering smittesporingsarbeidet.

[90] Opplyst i intervju 24.01.22.



Ekstern støtte bestod av oppfølgingspersonell fra Røde kors og pensjonerte politifolk. Vi får opplyst at denne ordningen bare eksisterte i en kort periode, fordi den ikke fungerte så godt. Men ellers har organiseringen holdt seg.

Det ble en todelt turnus, som til sammen varte fra 08.30 til 22.00, syv dager i uken. I ukene var det mellom 17-20 ansatte per dag, mens det var mellom 7-10 personer i helgene. Vi får opplyst at bemanningen er litt lavere per januar 2022.

Antall ansatte – opp og nedskalering. Antallet ansatte i smittesporingsavdelingen var altså rundt 40 høsten 2020. Kommunen oppskalerte på nytt under den tredje smittebølgen, våren 2021. På det meste utgjorde smittesporingsavdelingen 106 ansatte og 47 årsverk. I januar 2022 var antallet ansatte justert ned til 46, hvorav halvparten i engasjement (kommunalt ansatte), og halvparten rekruttert via Adecco.

Vi får opplyst at det har vært en god del ansatte i hundre prosents stilling, men noen har hatt 40-50 prosents stilling.

Opp- og nedskaleringsutfordringen ble løst gjennom korte engasjementer blant ansatte i kommunen og kortvarige kontrakter med ansatte i Adecco. Halvparten av de som jobbet i smittesporingsavdelingen var kommunalt ansatte med engasjementer på tre måneder eller mer. Den øvrige halvparten var innleid personell fra Adecco, med kontrakter som varte fra en til tre måneder, alt etter behov (fort inn og fort ut). Når behovet avtok, har det som regel vært de innleide som har blitt løst fra kontraktene sine først.

Positive erfaringer med oppbyggingen av smittesporingsavdelingen. I intervjuene pekes det på at man har gjort seg en del positive erfaringer med oppbyggingen av smittesporings-avdelingen. *En av tingene som* fremheves er evnen til opp- og nedskalering, i tråd med smittetrykket. En annen ting som blir trukket frem er medarbeidernes varierte arbeids- og utdanningsbakgrunn: *Det pekes også på* andre positive ting med oppbyggingen av smittesporingsavdelingen: I starten var det kun helsepersonell som var smittesporere men fra høsten 2020 var avdelingen mye bredere sammensatt. En tredjedel av de som jobbet der hadde helsebakgrunn. Ellers består avdelingen av økonomer, folk med juss-fag, biologer og folk med filmutdanning. Det eneste formelle utdanningskravet var at smittesporerne minimum skulle ha en

bachelor-grad. I tillegg får vi opplyst at smittesporerne har vært en *«endringsvillig gjeng»* som har vist stor dugnadsånd underveis i pandemien.

Kommentarer knyttet til organisering. Smittesporingsavdelingen ble samlokalisert med teststasjonen i desember 2020[91]. I intervjuene peker enkelte på at smittesporing, teststasjon og koronatelefon kunne profitert på å ha vært samlokalisert fra starten av. Det vises til at alle disse tjenestene er bygget opp hver for seg, noe som har ført til en *«søyleformet»* organisasjon. Det hevdes at en samlokalisering vil ha fordeler knyttet til kunnskapsoverføring mellom de ulike tjenestene. Det ville også gitt større muligheter for å kunne disponere personell på tvers, ved behov. Det kan være på sin plass å nevne at heller ikke i Sandnes og Stavanger har smittesporingsteamet vært samlokalisert med teststasjonen.

Fiks smittesporingssystem

I likhet med andre kommuner, fantes det ikke noe smittesporingssystem i Bærum kommune i begynnelsen av pandemien. I starten opererte smittesporingsteamet med excelark for å registrere smittesporingen.

Det ble derfor nedsatt et utviklingsmiljø i Bærum kommunes IT-avdeling, som utviklet et eget smittesporingssystem for kommunen.

Dette løste en del utfordringer, men det viste seg etter hvert at systemet ikke var i samsvar med behovene. I intervjuene blir det pekt på følgende utfordringer med systemet:

- *Systemet hadde ikke kontakt med omverdenen, for eksempel folkeregister og nabokommuner*
- *Systemet gav ikke gode nok oversikter over smittede og de som var i karantene. Derfor måtte det legges inn personopplysninger i excelark i sikker sone, og her var det kun en smittesporer om gangen som kunne registrere smitte. De andre smittesporerne måtte vente på tur.*
    - *Dette var lite brukervennlig, spesielt i perioder med mye smitte, der flere hadde behov for å legge inn opplysninger samtidig.*
- *Det var heller ikke mulig å genere nødvendige statistikker eller rapporter i programmet. Dette måtte løses manuelt.*

I sum skapte dette en god del merarbeid for smittesporerne.

Bærum kommune gikk over fra sitt egenproduserte system til KS sitt Fiks-system fra 07.04.2021.[92] Timingen var ikke gunstig. Dette var midt under den tredjesmittebølgen, og innføringen av nytt program krevde mye opplæring.

Men vi får opplyst at Fiks fungerer mye bedre. Systemet skal hjelpe kommunene med å holde oversikt og følge opp personer i karantene og isolasjon, og brukes også av Asker. Systemet kommuniserer med omverdenen og det er mulig å gjøre oppslag mot FHI sin prøvesvardatabase,

---

[91] Opplyst i intervju 24.01.22.

[92] Epost datert 07.04.2021 fra rådgiver i OPA.

andre kommuner og Folkeregisteret. Det pekes på at dette er til stor hjelp i smittesporingsarbeidet. Vi får opplyst at programmet hele tiden har vært under utvikling, at det er nær dialog mellom brukere og utviklere og at programmet endres løpende, i takt med kommunenes behov.

Asker kommune var pilotkommune ifm. utviklingen av Fiks, og Fiks ble innført i Asker i juni 2020, dvs. nesten ett år før Bærum. Stavanger og kommunene på Nord-Jæren brukte ReMin, som har mye av den samme funksjonaliteten som Fiks. Stavanger tok i bruk dette verktøyet tidlig på høsten 2020, dvs. godt over et halvt år før Bærum.

Ressursinnsats forbundet med smittesporingen

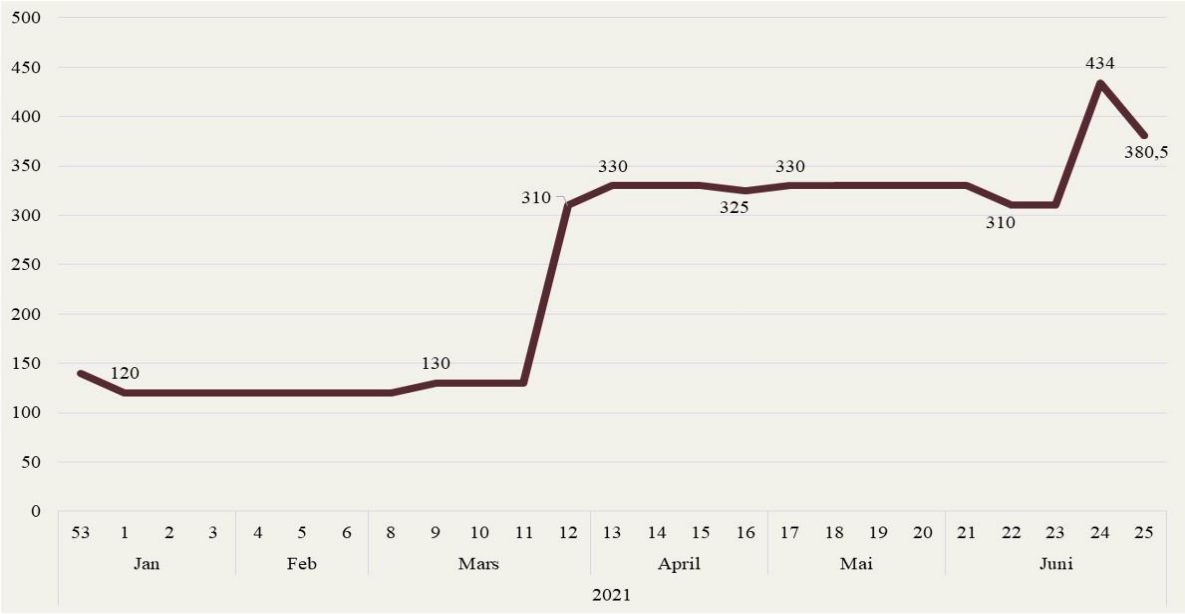
I de to figurene under viser vi Bærum kommunes ressursinnsats forbundet med smittesporingen. Her kan vi se at antallet smittesporere vokste kraftig våren 2021, forbundet med den tredje smittebølgen. Vi ser også at det i all hovedsak er et høyt samsvar mellom antallet tilgjengelige og benyttede smittesporere.

Figur 27. Tilgjengelige og benyttede smittesporere[93]

I figuren under viser vi utviklingen i antall dagsverk per uke brukt til smittesporing, som er en god indikator på kommunens ressursinnsats forbundet med smittesporingen.

[93] Tall fra Bærum kommunes ukentlige rapportering til Fylkesmannen (Her har vi kun tatt bort uke 47, som kommunen mangler tall for. Rapporteringen av antall dagsverk kom senere i gang).

Figur 28. Utvikling i antall dagsverk per uke forbundet med smittesporing[94]



I de to neste figurene sammenligner vi ressursbruken til smittesporing i Bærum med Stavanger og Asker kommune. Stavanger har litt flere innbyggere enn Bærum, mens Asker har færre innbyggere[95].

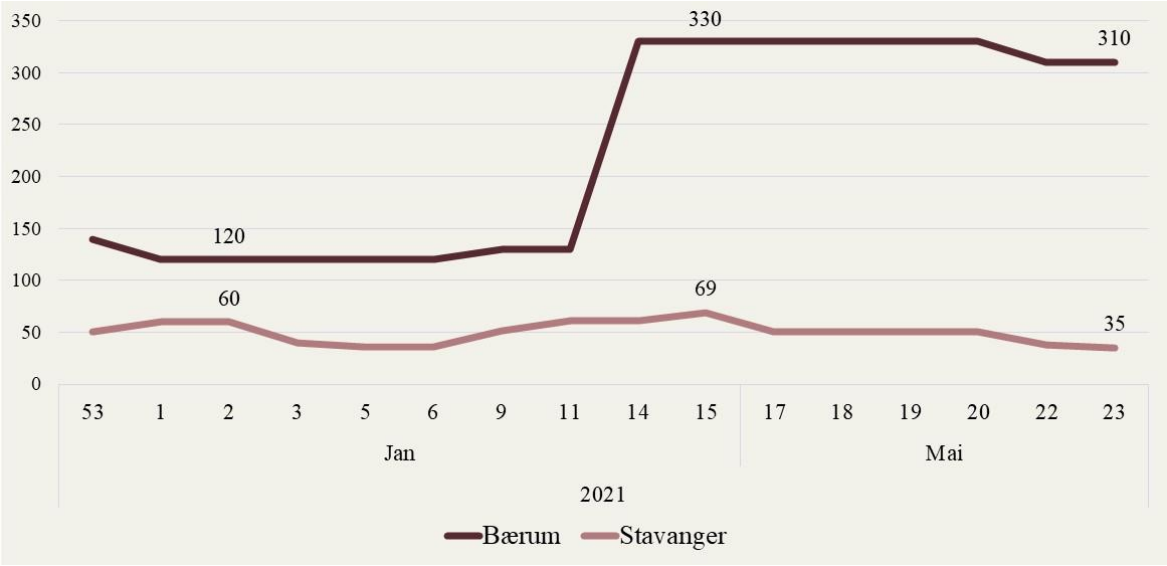
Figur 29. Utvikling i antall dagsverk per uke forbundet med smittesporing – Bærum og Stavanger[96]

---

94 Vi har valgt perioden fra når Bærum kommune begynte å rapportere på dette frem til og med første halvår 2021.

95 I 2021 var det 144515 i Stavanger, 128760 i Bærum og 95 000 i Asker (de to første tallene er hentet fra Framsikt, mens tallene for Asker er hentet fra kommunens hjemmeside (fantes ikke oppdaterte tall i Asker).

96 Ettersom forskjellene var så store, valgte vi å dobbeltsjekke tallene fra Stavanger kommune, for å utelukke en eventuell feilrapportering herfra. Det kan være noen mindre avvik fra uke til uke, alt etter om man måtte sette inn litt

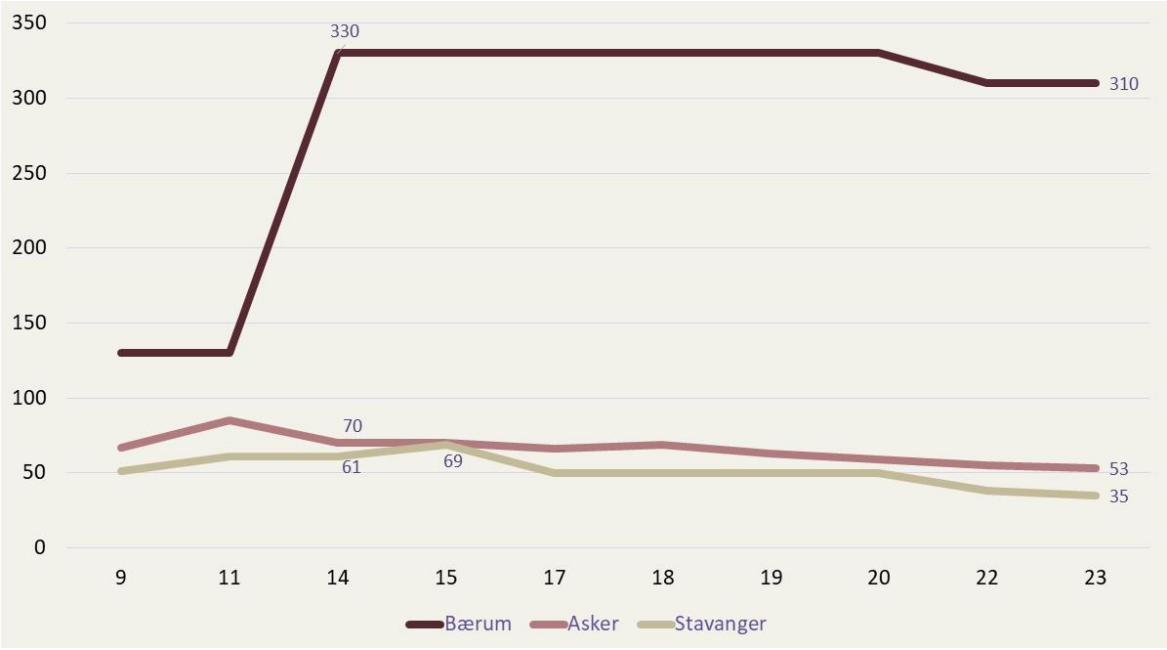


Kommentar: Figuren taler for seg. Bærum har en svært høy ressursinnsats forbundet med smittesporing, sammenlignet med Stavanger. I løpet av de utvalgte ukene bruker Stavanger knappe 800 dagsverk til smittesporing. I Bærum brukte man 3600 dagsverk til smittesporing i samme periode, noe som er 4,5 ganger så mye som i Stavanger.

I figuren under har vi også inkludert Asker, men med tall fra uke 9 i 2021 og utover. Dette er altså for en noe kortere periode enn i figuren over. Asker bruker litt mer ressurser til smittesporing sammenlignet med Stavanger, men vi ser det samme bildet her i forhold til Bærum.

Figur 30. Utvikling i antall dagsverk per uke forbundet med smittesporing – Asker, Bærum og Stavanger

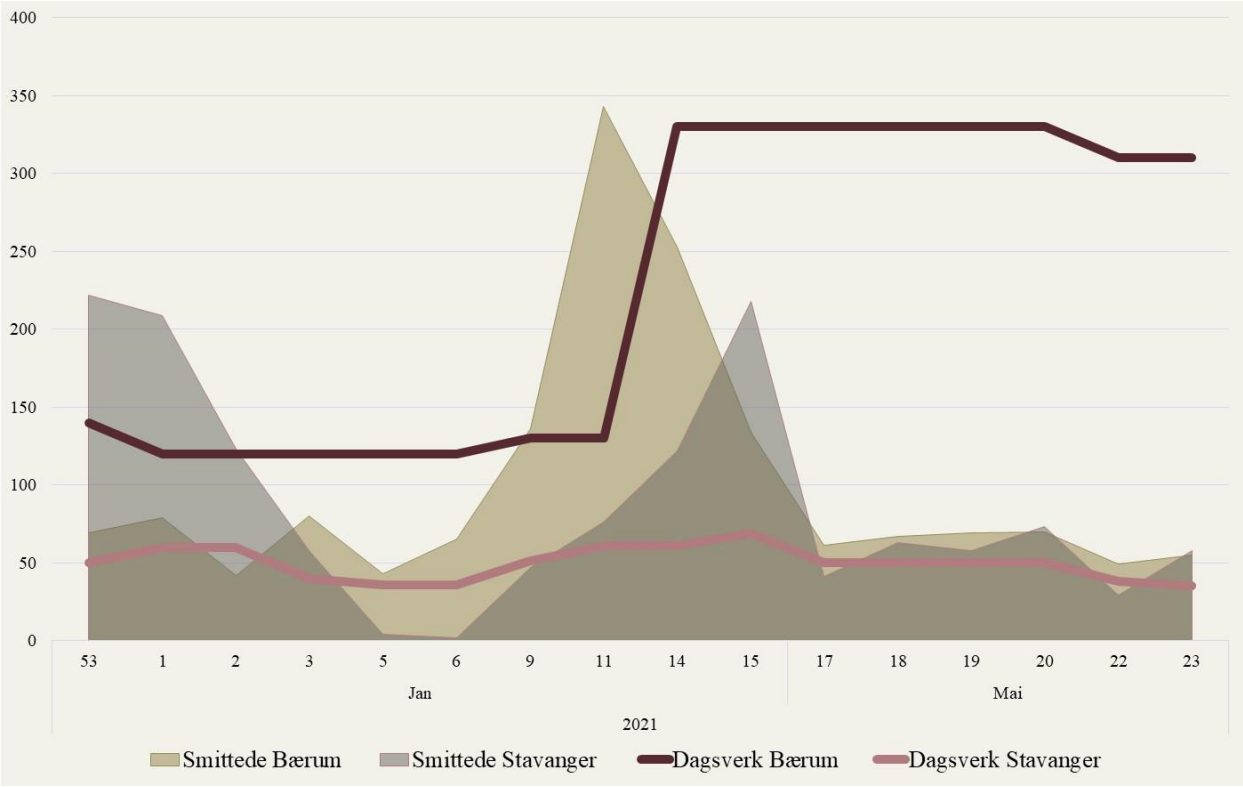
ekstraressurser utover det som stod i bemanningsplanen. Men disse utslagene er små. Vi får opplyst at smittesporingsgruppen har brukt fra 7-10 dagsverk i gjennomsnitt til smittesporing (opplyst i epost 08.02.21).Vi har valgt uker der det foreligger innrapporterte tall fra begge kommuner. En liten presisering: Uke 12-tallene er hentet fra uke 13 i Stavanger. Dette skyldes at Stavanger rapporterer på etterskudd. Dette har likevel lite å si for det hovedbildet som figuren viser.



Smittetrykk og ressursbruk forbundet med smittesporing

I den neste figuren ser vi nærmere på hvordan smitteutviklingen i kommunen har påvirket endringen i antall ansatte. Her sammenligner vi Stavanger og Bærum, ettersom disse kommunene er relativt like i størrelse, og ettersom det har vært noe ulikt smittetrykk på Østlandet og Vestlandet. Et sentralt spørsmål her er om store ulikheter i smittetrykk er en viktig forklaring på de store bemanningsforskjellene i Bærum og Stavanger.

Figur 31. Utvikling i smittetrykk og antall dagsverk per uke forbundet med smittesporing – Bærum og Stavanger



Vi ser at smittetrykket har vært litt forskjellig i de to kommunene i de valgte ukene, der Bærum totalt sett noe flere smittede enn Stavanger (1615 mot 1403). Stavanger hadde et høyt smittetrykk rundt nyttår 2020/2021, mens Bærum hadde et langt høyere smittetrykk forbundet med den tredje smittebølgen, som også fører til en kraftig økning i ressursinnsatsen til smittesporing. I Bærum ligger ressursinnsatsen nokså stabilt både før og etter den tredje smittebølgen. Det ser ikke ut til at ressursinnsatsen er nevneverdig påvirket av at smittetrykket går kraftig ned utover våren. I Stavanger påvirkes ressursinnsatsen langt mindre av den tredje smittebølgen, selv om smittetrykket i Stavanger riktignok var lavere. Ellers er bilde i Stavanger at det er større variasjoner i antall dagsverk fra uke til uke, selv om det kan være litt vanskelig å lese ut av figuren. For eksempel er det 69 dagsverk i uke 15, 50 i uke 20 og 35 i uke 23.

Nok kapasitet?

Hovedinntrykket er at kommunen har brukt svært mye ressurser på smittesporingen. I intervjuene peker også noen på at smittesporingsteamet periodevis har vært overdimensjonert.

Gjennomgangen tyder på at smittesporingsavdelingen i all hovedsak har klart å håndtere «smittetoppene». Periodevis har det likevel vært stort press på smittesporingsteamet. I perioder med høyt press har det vært restanser, dvs. at man ikke har klart å kontakte alle smittede i løpet av samme dag.

I intervjuene pekes det på at det tidvis har vært utfordrende å finne det rette nivået på bemanningen, ettersom smitten og antall nærkontakter har variert veldig. Figuren over viser imidlertid at antall dagsverk per uke har ligget nokså konstant, med unntak av «hoppet» ifm. den tredje smittebølgen.

Vi vet ikke helt sikkert hvorfor forskjellen i ressursbruk er så stor, men datamaterialet gir enkelte forklaringer på hvorfor ressursinnsatsen i Bærum har vært veldig høy:

- Ansvar for smittesporing ble **ikke delegert ut til virksomhetene** i Bærum – sykehjem, bofellesskap, barnehager, skoler og sykehjem.
  I Stavanger var man opptatt av at smittesporingsavdelingen ikke måtte bli en isolert aktivitet, men snarere inngå i ulike samarbeid for å informere og få bistand fra virksomhetene i smittesporingen. Det gjaldt samarbeid om smittevern og sporingsarbeid i alders- og sykehjem, bofellesskap og andre helseinstitusjoner, samt samarbeid med rektorer og virksomhetsledere for skoler og barnehager. I Stavanger hadde smittevernoverlege og smittesporere ansvaret for smittevernfaglige vurderinger, men det var kommunalsjef som hadde ansvar for virksomhetsoppfølgingen innen helse og velferd (sykehjem og bofellesskap). Dette ble gjort sammen med representanter for virksomheten, smittesporing og vakthavende kommuneoverlege samt kommunikasjonsvakt. I situasjoner med smitteutbrudd på skoler og i barnehager, har rektorer og virksomhetsledere bidratt i sporingsarbeidet. Koordinator har styrt prosessen, mens virksomhetsleder tar ansvar for å kontakte foresatte til barn som skal i karantene. Smittesporingsavdelingen i Stavanger har også samarbeidet med større firmaer i regionen, som store oljerelaterte selskaper, verft og lignende.
- **Bruk av egenutviklet smittesporingssystem i Bærum**. Asker og Stavanger brukte et smittesporingssystem som flere brukte og som blant annet var egnet for deling av informasjon. Systemet i Bærum ga smittesporerne lite drahjelp i arbeidet.
- **Organisering.** Vi har ikke gått detaljert inn i forskjeller i organiseringen av smittesporingsavdelingene i de to kommunene, ettersom det er utenfor vårt mandat. Men vi registrerer at kommunene valgte en ulik grunnorganisering. I Stavanger bestod smittesporerteamet i den første perioden av to smittevernoverleger og tre rådgivere fra smittevernkontoret. Våren 2021 bestod smittesporerteamet av 25 personer, blant annet fire fast ansatte koordinatorer og fire leger i samfunnsmedisinsk stab som gikk turnus, en del midlertidige 60 prosents stilling, noen omdisponerte og noen i såkalte 0-prosents stillinger som kunne mobiliseres som ekstra vakter. I tillegg var det 20 ansatte som i en beredskapssituasjon kunne mobiliseres til smittesporing. Alle som ble rekruttert til smittesporing kom fra stab og virksomheter i Helse og velferd.
  Bærum valgte en annen organisering av smittesporingsavdelingen. Om lag halvparten av de ansatte var kommunalt ansatte, de fleste på engasjementer på tre måneder eller mer. Den andre halvdelen bestod av innleid personell på engasjementer som varte fra en til tre måneder, alt etter behov[97].

Et annet moment som bør trekkes frem er at forskjellene i ressursbruk kan ha ført til at Bærum har håndtert smitteutbruddene på en bedre måte enn man har gjort i Stavanger. Vi har imidlertid ingen holdepunkter for å si det. Fra høsten 2020 hadde Stavanger på plass en robust smittesporingsavdeling *«og selv med flere parallelle klyngeutbrudd, smitte i en rekke*

[97] Opplyst i intervju. En powerpointpresentasjon fra midten av oktober viser at det på dette tidspunktet var 54 prosent innleid personell i smittesporingsavdelingen.

helseinstitusjoner og generelt økende smitte i befolkningen, beholdt smittesporerne kontrollen», jf. revisjonsrapporten til Stavanger kommune om koronahåndteringen.[98]

6.7 VURDERING OG ANBEFALING

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

Det er fra kommunens side lagt ned en stor innsats for å bygge opp TISK-tilbudet.

Det forelå i starten av pandemien ikke noen helseberedskapsplan eller pandemiplan som beskrev hvordan testkapasiteten raskt skulle oppskaleres. Det var ingen detaljplan, tiltakskort eller dreiebok som beskrev hvordan et oppskalert testtilbud skulle bemannes, organiseres eller hvor det skulle lokaliseres. Løsninger ble i stedet utviklet fortløpende ved hjelp av en stor porsjon handlekraft, kreativitet og løsningsorientering der ingen i starten helt visste hvor det ville ende.

TISK-strategien er utviklet under pandemien, og ble vedtatt som sentralt element i regjeringens strategi for håndtering av koronapandemien 7. mai 2020. Overfor kommunene ble strategien konkretisert i et oppdragsbrev Helsedirektoratet sendte alle landets kommuner 3. juli 2020.

Vår hovedkonklusjon er at Bærum kommune har hatt stor suksess med TISK-strategien. Smitte er raskt blitt avdekket gjennom høy vilje i befolkningen til å teste seg, og kapasiteten til testing og smittesporing har vært stor nok til å sikre kontroll også under de høyeste smittetoppene. Det er laget planer og løsninger det er viktig å ta med som lærdommer.

Bærum kommune har hatt tilstrekkelig kapasitet til å isolere smittede og sette mulig smittede i karantene som ikke kan være hjemmeboende. Det synes å ha vært høy grad av etterlevelse av isolasjonsplikten og karanteneplikten, men det er også avdekket brudd. Det kan tyde på at innsatsen for å føre tilsyn burde vært større.

Det har ikke vært noe regionalt samarbeid om testing til forskjell fra det vi har sett i forbindelse med de fire revisjonene vi har gjennomført i Rogaland. All den tid Bærum kommune har håndtert testtilbudet på en god måte, har vi ikke grunnlag for å hevde at regionalt samarbeid ville betydd en bedre håndtering enn den Bærum har stått for på egenhånd.

Gjennomgangen viser at test-kapasiteten i Bærum har vært tilstrekkelig. Selv om presset i perioder har vært voldsomt på testtilbudet, har det ikke på noe tidspunkt stått i fare for å bryte sammen. Det ble på rekordtid startet opp nye testtilbud da pandemien var et faktum.

Kapasitetsoppbyggingen har hele tiden skjedd i tråd med statlige føringer. Mens staten har stilt krav om å ha kapasitet til å teste 5 prosent av befolkningen ukentlig, har Bærum flere ganger under pandemien testet mer enn 6 prosent av befolkningen.

[98] https://www.rogaland-revisjon.no/Userfiles/Upload/files/Rapport%20FR%202021%20Stavanger%20kommune%20-%20H%C3%A5ndtering%20av%20koronapandemien.pdf

Tilgjengeligheten til testing via koronatelefonen og online-løsningen fra midten av september 2020, har i hovedsak fungert tilfredsstillende. Det var dager i august 2020 hvor det var svært lang ventetid på telefonen. Også ventetiden for å få svar på korona-epost har variert.

Testtilbudet har vært under utvikling nesten hele pandemien. Det er bygd opp et robust og profesjonelt tilbud basert på midlertidig rekruttert personale og etter behov innleid personale fra bemanningsbyrå. Resultatet er et erfaringsbasert testtilbud som fungerer og som er viktig å huske på for framtiden. Dukker det opp en ny pandemi – og før eller siden gjør det det – så vil Bærum ha tilgang på en løsningsmodell som vil gjøre riggingen enklere.

Smittesporerne er blant kjernetroppene i landets og kommunenes koronahåndtering, i likhet med de som jobber på teststasjonen**.** Situasjonen for smittesporerteamet har endret seg en god del i løpet av pandemien. I starten ble dette arbeidet ledet av leder for Folkehelsekontoret, deretter ble det opprettet en egen smittesporingsgruppe, som vokste raskt i starten. Første halvår bestod denne gruppen av høyt utdannet helsepersonell, herunder fire helsesykepleiere. Dette ble endret høsten. Fra da av hadde kun et mindretall av gruppen helseutdanning og helsesykepleierne ble tatt ut av smittesporingsgruppen, i tråd med nasjonale føringer. Det ble også bygget opp en mer solid bemanningsordning, som kunne oppskaleres i tråd med smittenivået.

Hovedinntrykket er at smittesporerne i all hovedsak har klart å håndtere *«smittetoppene»*. Periodevis har det likevel vært stort press på smittesporerne. I perioder med høyt press har det vært restanser, dvs. at man ikke har klart å kontakte alle smittede i løpet av samme dag.

Sammenlignet med Asker og Stavanger, har Bærum brukt mye ressurser til smittesporing. Første halvår 2021 brukte Bærum mellom fire og fem ganger så mange dagsverk per uke, sammenlignet med Stavanger. Forskjellene kan ikke forklares med et høyere smittetrykk i Bærum. Det var bare 15 prosent flere smittede i Bærum i denne perioden. Det ser heller ikke ut til å være nevneverdige kvalitetsmessige forskjeller mellom Stavanger og Bærum; i begge kommunene har smittesporingsteamene klart å håndtere smitteutbruddene.

En annen klar forskjell er at Stavanger og Asker klarer å håndtere den tredje smittebølgen uten å øke bemanningen i nevneverdig grad. I Bærum skyter ressursinnsatsen i været fra uke 11 til uke 12 – fra 130 dagsverk per uke til 310 dagsverk per uke.

I likhet med Stavanger og Sandnes, ser Bærum ut til å ha evne til rask oppskalering av smittesporingsenheten når smitten øker. Men en viktig forskjell er at nedskaleringen av bemanningen uteble i Bærum, til tross for sterk nedgang i antall smittede. Det høye bemanningsnivået i smittesporingsavdelingen ble opprettholdt til tross for en kraftig reduksjon i antall smittede. I både Stavanger og Sandnes var et av hovedfunnene at smittesporingsteamene var fleksible og viste evne til både rask oppskalering og rask nedskalering av ressursinnsatsen. Smittesporingsteamet i Bærum ser ikke ut til å inneha den samme fleksibiliteten.

Hvorfor så store bemanningsforskjeller? Vi vet ikke helt sikkert hvorfor forskjellen i ressursbruk er så stor, og det har vært utenfor vårt mandat å gå dypere inn i dette. Datamaterialet gir imidlertid noen svar.

- **Bruk av egenutviklet smittesporingssystem i Bærum**. Dette systemet var ikke samsvar med behovene, hadde ikke kontakt med omverdenen og ga ikke smittesporerne gode nok oversikter over smittede og de som var i karantene. Kort sagt skapte dette smittesporingssystemet en god del merarbeid for smittesporerne. Både Asker og Stavanger brukte smittesporingssystemer som flere andre kommuner brukte og som blant annet var godt egnet for deling av informasjon. Bærum kommune gikk i april 2021 over fra sitt egenproduserte system til det systemet Asker brukte. Timingen

var ikke gunstig. Dette var midt under den tredjesmittebølgen, og innføringen av nytt program krevde mye opplæring. Asker tok i bruk det samme smittesporingssystemet ti måneder før Bærum.

- Stavanger har hatt et større samarbeid med virksomhetene i forbindelse med smittesporingen. Ansvar for smittesporing ble **ikke delegert ut til virksomhetene** i Bærum, dvs. sykehjem, bofellesskap, barnehager, skoler og sykehjem. I Stavanger fikk virksomhetene en langt større rolle i smittesporingsarbeidet.
- Foruten helt i starten, har **ikke kommuneoverlegene i Bærum vært delaktige i selve smittesporingen**, de har kun hatt en rådgivende funksjon. Vi får opplyst at de ikke alltid har vært enige seg imellom, noe som tidvis har vært utfordrende å forholde seg til. Både i Sandnes og Stavanger har kommuneoverlegene vært delaktige i smittesporingen, enten i det praktiske sporingsarbeidet, og etter hvert mer knyttet til koordinering, overvåking og kvalitet i sporingsarbeidet.
- **Organisering.** Vi har ikke gått detaljert inn i forskjeller i organiseringen av smittesporingsavdelingene i de to kommunene, ettersom det har vært utenfor vårt mandat. Men vi registrerer at Stavanger og Bærum har organisert smittesporingen ulikt. Det kan se ut til at den organiseringen Stavanger valgte har vært mer fleksibel, og at den viste større evne til å nedskalere bemanningen når smitten har falt.

Disse momentene forklarer sannsynligvis noe av forskjellene mellom kommunene, men de dekker trolig ikke hele bildet. Etter vår vurdering bør Bærum ta kontakt med andre kommuner som Stavanger og Asker for å få nærmere klarhet i hvordan de har klart å håndtere smittesporingen med en brøkdel av ressursene. Det ligger sannsynligvis mye læring i å foreta en mer detaljert sammenligning av de ulike smittesporingsenhetenes organisering, systemer, kompetanse og samarbeid med andre virksomheter. Etter vår vurdering er dette noe kommunen bør ta seg tid til i kjølvannet av en langvarig, krevende og kostbar pandemi. Selv om ingen vet hvilken krise som vil inntreffe i Bærum neste gang, kan det være lurt å trekke flest mulig lærdommer ut av denne krisen, spesielt innenfor områder det ser ut til å være noe å hente.

Helsesykepleiere brukt til smittesporing. Føringen fra direktoratet i september 2020 var at helsesykepleiere ikke måtte omdisponeres til testing/smittesporing. Frem til sommeren 2020 bestod smittesporergruppen av høyt utdannet helsepersonell, herunder fire helsesykepleiere. Disse ble tatt ut av smittesporingsgruppen fra høsten av.

Etter smittevernloven § 7-1, jf. også covid-19-forskriften, har kommunene ansvar for å føre tilsyn med at enkeltpersoner overholder de tiltak de er pålagt i form av karantene og isolasjon. I brevet som ble sendt kommunene 3. juli 2020 om konkretisering av TISK-strategien, ble kommunene på nytt minnet om det tilsynsansvaret de har. Med innstramninger i regelverket med forsterket TISK i mars 2021, ble det på ny understreket at kommunene har et **tilsyns- og kontrollansvar** og at brudd må anmeldes. Bøtene for brudd på karanteneplikt ved ankomst fra utlandet, brudd på karanteneplikt etter nærkontakt med smittet eller brudd på isolasjonsplikten har vært 20 000 kr.

En observasjon fra Bærum er at ansvaret for tilsyn og kontroll har vært spredt på flere instanser. Det synes å være et behov for å klargjøre ansvaret for kontroll og tilsyn når det er behov for isolering av syke og bruk av karantene.

Anbefalinger:

- **Å vurdere å gå i dialog med andre kommuner**, for eksempel Stavanger og Asker, for å få nærmere klarhet i hvordan de har klart å håndtere smittesporingen med mye mindre

ressurser en Bærum (en brøkdel av ressursene).

- **Oppdatere planverket i forhold til TISK**. Pandemiplanen bør inkludere beredskap for raskt å kunne bygge opp testkapasitet og skalere opp smittesporing, samt hvordan kapasitet til isolering og karantene skal sikres.

- **Avklare ansvaret for kontroll og tilsyn med isolasjon og karantene**. Ansvaret har vært spredt på flere aktører, statlige og kommunale, og det er et åpent spørsmål om det har fungert godt nok. Det bør avklares nærmere *hvem-som-gjør-hva* i forhold til tilsyn.

7 ANDRE TILTAK MOT SPREDNING AV KORONAVIRUSET

7.1 INNLEDNING

I denne delen ser vi på to andre viktige tiltak mot spredning av koronaviruset – arbeidet med lokal forskrift og tiltak for å begrense smitte på sykehjemmene. Lokal forskrift inneholder ulike generelle kontakt- og mobilitetsreduserende smitteverntiltak som kommer i tillegg til TISK og de til enhver tid gjeldende statlige påbudene, forbudene og anbefalingene. Den store krisehåndteringsoppgaven har bestått i å sette sammen en «pakke» av virkemidler som til enhver tid har vært optimalt tilpasset den lokale smittesituasjonen.

Lokal forskrift er ikke en del av TISK-virkemidlene, men er relevant i forhold til kommunens kapasitet til å drive testing og smittesporing, ettersom tiltakene som følger av reguleringen kan bidra til å holde smitten ned og avlaste TISK-arbeidet. Gjennomgangen av denne delen blir en ren beskrivelse av hvilke endringer som er gjort, og en oppsummering.

Det har vært relativt mange koronarelaterte dødsfall ved sykehjemmene i Bærum. I del 7.3 ser vi nærmere på de viktigste tiltakene for å forhindre smitte på sykehjemmene i starten av pandemien.

Vi har utledet følgende revisjonskriterier for å kunne vurdere kommunens bruk av lokal forskrift og innføring av smitteverntiltak i bo- og behandlingssentrene.

- Lokal forskrift har vært et effektivt virkemiddel for å kontrollere smitten lokalt.
- Bruken av lokal forskrift har forhindret en overbelastning av TISK-kapasiteten.
- Kommunen har innført kontaktreduserende tiltak og beskyttelsestiltak i helse- og omsorgstilbud – blant annet i sykehjem - som har skjermet brukere i risikogrupper.

7.2 LOKAL FORSKRIFT

Som nevnt, har alle kommuner til enhver tid vært underlagt den nasjonale Covid-19 forskriften av 27. mars 2020. Kommunene kan også innføre egne lokale tiltak, men disse kan aldri være mildere enn den nasjonale forskriften. Regjeringen har ved flere anledninger oppfordret kommunene til å vurdere å sette inn nødvendige lokale smitteverntiltak i tillegg til de nasjonale tiltakene, dersom det er nødvendig. Spesifikke oppfordringer er gitt til Oslo kommune og kommunene rundt.

Utover høsten 2020 ble det innført noen nasjonale lettelser i smitteverntiltakene. Kommuner med mye smitte ble oppfordret til å innføre lokale tiltak.

Med hjemmel i smittevernloven § 4-1 første ledd **vedtok kommunestyret i Bærum 1. oktober 2020 lokal forskrift** om forebygging av koronasmitte i Bærum kommune[99]. Bakgrunnen for innføringen av lokale forskrift var en bekymringsfull utvikling i smittesituasjonen i Osloområdet frem mot uke 40. Nasjonale helsemyndigheter hadde da gitt sterke anbefalinger om innføring av nødvendige lokale tiltak på regionalt nivå og liknende tiltak ble også innført i flere andre kommuner i Osloregionen løpet av uke 40.

Tiltakene ble innført etter at Bærum, Oslo og andre kommuner i bo- og arbeidsmarkedsregionen rundt Oslo, på oppfordring fra nasjonale myndigheter, forpliktet seg til å samarbeide og samkjøre tiltak for å slå ned koronasmitten i denne regionen.[100] Oslo kommune innførte lignende lokale tiltak allerede den 29. september.

Lokale tiltak innført 1. oktober 2020 omhandlet bruk av munnbind, registrering av gjester på serveringssteder og antallsbegrensninger på arrangementer, som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 15. Tiltak innført gjennom lokal forskrift 1. oktober 2020.

Lokal forskrift vedtatt 1. oktober 2020			
Gjelder	**Tiltak oppsummert**	**Oslo**	**Covid-19 forskr. (nasjonale regler)**
Munnbind	Munnbind påbudt ved kollektivreiser når det ikke er mulig å holde en meters avstand. Unntak: ➢ Barn <12 år ➢ Medisinsk grunn	Tilsvarende	Ikke påbudt med munnbind ved kollektivreiser
Serveringssteder	Krav om system for frivillig registrering av gjester ved serveringssteder med skjenkebevilling	Tilsvarende	Ikke krav til registrering av gjester

[99] https://lovdata.no/dokument/LTII/forskrift/2020-10-01-1939 - nå opphevet

[100] Den formelle koordineringen av kommunene i Viken, Oslo og enkelte i Innlandet har skjedd gjennom Kapittel 5A. *Forsterkede regionale smitteverntiltak for Oslo kommune og enkelte kommuner i Innlandet og Viken fylke*

Arrangementer	Maks 50 deltakere ved innendørs arrangementer uten fast seteplassering	Tilsvarende	Maks 200 deltakere på arrangementer

I oktober og november utviklet smittesituasjonen seg i en svært bekymringsfull retning. De lokale tiltakene i Bærum ble gradvis skjerpet utover høsten og på nyåret. Endringene ble gjort i takt med smitteutviklingen i Bærum og Oslo.[101] Den 10. november 2020 innførte Oslo i praksis en 7 måneder lang *sosial nedstenging* og etter 11. november har den lokale forskriften i Bærum i det vesentlige hatt samme innhold som lokal forskrift i Oslo.

I begynnelsen av desember 2020 gav regjeringen konkrete anbefalinger for jule- og nyttårsfeiringen 2020 mht. antall gjester i juleselskap osv. I Bærum var det fremdeles strenge restriksjoner, men det ble åpnet for gjennomføring av noen religiøse sammenkomster og for at beboere på sykehjem kunne dra på julebesøk, da med strenge retningslinjer for testing av deltakere i selskap[102]

Smittetallene nasjonalt gikk ned frem mot jul, for så å øke etter julefeiringen julen 2020. Dette ble fulgt opp av sterke nasjonale innstramninger tidlig i januar 2021.

Den 4. mars 2021 vedtok Bærum formannskap også lokal forskrift om smittevernfaglig forsvarlig drift av byggeplasser i Bærum kommune[103]. Denne er senere endret ved vedtak i formannskapet 12. mai og 2. juni 2021.

I perioder har Bærum og andre kommuner i regionen vært omfattet av statlig bestemte, forsterkede tiltak som har vært betydelig strengere enn de alminnelige reglene i den nasjonale Covid-19-forskriften. Disse har vært begrunnet i den regionale situasjonen med høyt smittetrykk.

Lokal forskrift ble endret 14 ganger frem til sommeren 2021

Formannskapet i Bærum ble etter vedtak i kommunestyret gitt fullmakt til å behandle eventuelle endringer i Lokal forskrift, og forskriften ble endret 14 ganger frem til 16 juni 2021. Den nasjonale Covid-19 forskriften har, til sammenlikning, blitt endret over 200 ganger. Fra 22. mai har Bærum igjen fulgt nasjonale regler (Covid-19 forskriften) med tillegg av nødvendige forsterkede tiltak vedtatt gjennom lokale forskrifter etter samordning med nabokommunene.

Bærum og de andre kommunene i regionen har siden høsten 2020 gjort lokale vurderinger og vedtatt lokale smitteverntiltak, bl.a. gjennom regler i lokale forskrifter. Tiltakene har blitt gjort

[101] Det kan allikevel oppsummeres fra møte i formannskapet 18. desember

[102] Kilde: 2020.12.16 Brev pårørende Bærum sykehjem restriksjoner julen 2020

[103] https://lovdata.no/dokument/LTII/forskrift/2021-03-04-610 - nå opphevet

løpende ved behov og med bakgrunn i smitteutviklingen i regionen. De har vært basert på faglige vurderinger og anbefalinger fra nasjonale og lokale helsemyndigheter.

Fra å kun regulere bruk av munnbind, registrering av gjester på serveringssteder og begrensninger på antall deltakere på innendørs arrangement, har forskriften senere blitt utvidet til å også omhandle idrett, trening, fritidsaktiviteter, kultur, private sammenkomster, skjenking og hjemmekontor, samt presiseringer/avklaringer ift karanteneregler.

Tabellen nedenfor oppsummerer de viktigste endringene av Lokal forskrift i Bærum kommune, fra den ble innført 1. oktober 2020 til den ble opphevet 16. juni 2021.

Tabell 16. Viktigste endringer i lokal forskrift i Bærum kommune

Endret ved forskrifter (møtedato)	Ikrafttredelse fra (dato)	Viktigste endringer
15. okt 2020	15. okt 2020	Krav om registrering av gjester (§2) oppheves
28. okt 2020	28. okt 2020	**Munnbind påbudt** ➢ Innendørs på offentlig sted (<1 m) ➢ Av ansatte på spisested (innendørs) **Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Inntil 20 personer inne ➢ Unntak for barne- og toppidrettsarrangementer ➢ Ved fast seteplassering eller ute inntil 200 personer
9. nov 2020	9. nov 2020	**Munnbind påbudt** ➢ Stasjoner innendørs ➢ I taxi/kjøreskole ➢ Butikker, lokaler, kirke trening++ ➢ Unntak for barn <20 år ved organisert trening/fritidsaktivitet ➢ Ansatte i fellesområder uten visir/skillevegg ol. **Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Inntil 10 personer inne ➢ Ved fast seteplassering eller ute med 2 m avstand inntil 200 personer. Unntak for samme husstand/kohort

11. nov 2020	13. nov 2021	**Stenging av offentlige steder med innendørs aktiviteter for kultur/underholding/fritid. Unntak** ➢ Org. aktiviteter for barn < 20 år ➢ Fritidsklubber barn og ungdom ➢ Tros- og livssynshus ➢ Biblioteker ➢ Gallerier/kunstutsalg ➢ Toppidrett og profesjonelle kulturaktører ➢ Rehabilitering/opptrening **Skjenkestopp** **Hjemmekontor** ➢ Alle som har mulighet **Karantene** ➢ Tilrettelegge for karantene i egen bolig ➢ Overnattingsteder skal tilrettelegge for gjester i karantene
4. des 2020	7. des 2021	*Fortsatt høyt smittetrykk - Viderefører strenge tiltak* **Munnbind påbudt** ➢ Ved skoletransport ➢ Brukere
17. des 2020	18. des 2020	**Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Åpner for samlinger i trossamfunn frem til 1. januar (med tilrettelegging) ➢ Åpner for unntak for landskamp (inntil 200 tilskuere) ➢ Åpner for julearrangementer for vanskeligstilte (inntil 20 personer)
19. jan 2021	19. jan 2021	**Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Paragrafer om unntak for landskamp, religiøse samlinger og julearrangementer for vanskeligstilte fjernes.
3. feb 2021	3. feb 2021	**Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Åpner for barnebursdager for hele kohorter ➢ Åpner for minnestunder, vielser, dåp ol. inntil 10 personer ➢ Treningssentre åpner for de som bor i Bærum, gruppetimer ikke tillatt

		➢ Åpner for organiserte uteaktiviteter for voksne **Karantene** ➢ Lokal § om karantene oppheves
19. feb 2021	20. feb 2021	*Noe lettelser i smitteverntiltakene* **Skjenkestopp** ➢ Oppheves kl 12.00 **Stenging av offentlige steder** ➢ Museer åpner **Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Begrenset åpning for innendørs idrett voksne
04. mars 2021	05. mars 2021	*En bekymringsfull utvikling i smittesituasjonen (mutert virus) → Innskjerpinger i lokal forskrift med mobilitetsreduserende tiltak* **Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Innendørs idrett for voksne ikke tillatt ➢ Tillatte innendørs fritidsaktiviteter kun for innbygger ei Bærum **Serveringssteder/Kjøpesentre** ➢ Serveringssteder kun åpent for innbyggere i Bærum ➢ Skjerpede krav til avstand ➢ Serveringssteder i kjøpesentre stenges, kun take-away ➢ Forsterkede smitteverntiltak i de 3 største kjøpesentrene i Bærum (bl.a. skjerpede antallsbegrensninger) **Forskrift om smittevernfaglig forsvarlig drift av byggeplasser innføres**
23.april 2021	26.april 2021	*En positiv utvikling i smittesituasjonen* **§ 1, 2 og 4 (omhandler hhv. stenging av offentlige steder/virksomheter med innendørs kultur/underholdnings/fritidsaktiviterer, munnbind og idrett/terning/fritidsaktiviteter) <u>oppheves</u>**

		Serveringssteder (§7 – noen endringer) ➢ Serveringssteder kan ha åpent for alle gjester (ikke bare de bosatt i Bærum) ➢ Kun uteservering og take-away er tillatt
08. mai 2021	09. mai 2021	*Betydelig reduksjon i smitte siste 14 dager* **Opphevelse av §7 og lokale restriksjoner for serveringssteder** ➢ Serveringssteder i kjøpesentre kan åpne ➢ Åpnes for innendørs servering
12. mai 2021	12. mai 2021	**Arrangement/Sammenkomster*** ➢ Tidsbegrenset åpning for innendørs religiøse samlinger/ seremonier ifm. Feiring av Eid (inntil 20 deltakere). ➢ Åpner for at beskyttede personer (vaksinerte/hatt Covid-19) ikke skal telles med i maksantallet på personer. ➢ Antallsbegrensning i vielser ol. økes til 20.
21. mai.2021	22. mai.2021	**Arrangement/Sammenkomster/Offentlige steder med innendørs aktiviteter for kultur/underholding/fritid** ➢ Treningssentre åpner for de som er bosatt i Bærum. Innendørs gruppetrening ikke tillat, unntak for rehabilitering/opptrening ➢ Åpnes for innendørs gruppeaktivitet (maks 4 personer) ➢ Museer åpnes med forsterkede krav til smittevernfaglig drift ➢ Alle typer arrangementer blir tillatt (ute og inne), men med antallsbegrensninger (maks 10/20 innendørs og 30/200 utendørs, avhengig av om det er faste plasser. ○ Unntak for begravelser, barnekohorter og kultur- og idrettsarrangementer med barn som utøvere
	26. mai 2021	**Skjenkestopp** ➢ Oppheves kl 12.00
	28. mai 2021	**Stenging av og restriksjoner på visse virksomheter** ➢ Svømmetilbud kun for bosatte i Bærum ➢ Åpner for kino/teater/konsertert-arrangementer
16. juni 2021	16. juni 2021	**Lokal forskrift <u>oppheves</u> etter vedtak i formannskapet**

**også private utenfor hjemmet*

Bruken av lokal forskrift har vært et viktig tiltak for å holde smitten nede og for å unngå overbelastning av TISK-kapasiteten. Den lokale forskriften ble innført i en periode da det ble innført en del nasjonale lettelser parallelt med økende smitte i Osloregionen. Covid-19-forskriften ble benyttet for å sikre koordinerte smitteverntiltak i Oslo-regionen.

Den lokale forskriften ble endret 14 ganger fra den ble innført til den ble opphevet. De fleste tiltakene i den lokale forskriften har vært knyttet til arrangement/sammenkomster, munnbind, karantene, skjenkestopp, serveringssteder/kjøpesentre. Dette har som regel vært generelle og befolkningsrettede smitteverntiltak som har bidratt til å holde smittespredningen under kontroll og til å slå ned smittebølgene høsten 2020 og mars/april 2021.

7.3 SMITTE VED BO- OG BEHANDLINGSSENTRENE

Bærum er en av kommunene som har blitt hardest rammet i landet med tanke på koronasmitte og dødsfall på sykehjem. Kommunen fikk sitt første dødsfall 29. mars 2020 (Vallerhjemmet) og frem til 4. oktober 2021 hadde…

- 47 innbyggere i Bærum dødd med korona[104]
- 31 av disse døde på institusjon
    - Det har vært to store utbrudd på sykehjemmene. Det første var på Vallerhjemmet i mars og april 2020, hvor 12 beboere døde og det andre var på Stabæktunet i tidsrommet 26.01 til 15.02.21, hvor 11 personer døde.
- Til sammenligning hadde fire innbyggere dødd med korona i Stavanger, to av dem på sykehjem i august/september 2021.

Den første versjonen av «*Råd til sykehjem under covid-19 pandemien*», fra FHI, ble publisert 29. februar 2020. Her fremgår det at sykehjem må beskyttes mot smitte: Både ansatte og besøkende anses som mulige smittekilder det er derfor viktig at ansatte og besøkende nøye vurderer om de selv kan utgjøre en smitterisiko før de går inn på sykehjemmet.

Den 2. mars 2020 sendte direktoratet et brev til kommunene om organisering av smitteverntiltak[105]: Her står det blant annet at pasienter i sykehjem bør flyttes slik at man følger prinsippene for dråpesmitteisolering, at ikke det samme helsepersonellet ivaretar Covid-syke og andre pasienter. I tillegg står det at kommunene må planlegge for at kommunehelsetjenesten vil måtte møte økt pasientpågang «*og må derfor utarbeide alternative strategier for mottak, isolering og behandling. Kommunen bør utrede hvorvidt ressurser kan frigjøres på kommunale*

[104] https://www.vg.no/spesial/corona/fylker/30/kommuner/3024/#arkivert-norge-dode

[105] https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/R%C3%A5d%20om%20organisering%20av%20smitteverntiltak%20i%20kommunene%2002.03.2020.pdf/_/attachment/inline/1ac64e01-2061-47bf-872b-eebe9441839b:f46a63d902433603f9a95b2783dc3357570d3ab7/R%C3%A5d%20om%20organisering%20av%20smitteverntiltak%20i%20kommunene%2002.03.2020.pdf

institusjoner innen helse- og omsorgstjenesten og samtidig vurdere bruk av andre typer lokaler for ivaretakelse av syke og pleietrengende. Kohortisolering kan bli aktuelt og det er viktig at det i forkant undersøkes om det finnes andre hensiktsmessige lokaler enn eksisterende helseinstitusjoner i kommunen for håndtering av Covid-19 smittede pasienter. Ved stort sykefravær av helsepersonell bør kommunen planlegge for hvordan man kan omdisponere annet personell til de mest kritiske delene av kommunehelsetjenesten».

Den 14. mars 2020 sendte helsedirektoratet brev til alle landets fylkesmenn om «Innføring av adgangskontroll og besøksstans i alle landets helseinstitusjoner» for å understreke viktigheten av slike tiltak[106].

I brevet står det: «*For å beskytte sårbare pasienter og brukere mot smitte er det nå* ***nødvendig med adgangskontroll og alminnelig besøksstans*** *i alle landets offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner, samt i fellesarealer i omsorgsboliger mv. Tiltakene må omfatte alle besøkende, inkludert pårørende til beboere og pasienter, frivillige hjelpere og andre som leverer tjenester og bidrar med aktiviteter ved institusjonen».*

Det vi undersøker nærmere i det følgende er om kommunen har innført effektive kontaktreduserende tiltak og beskyttelsestiltak i helse- og omsorgstilbud – blant annet i sykehjem - som har skjermet brukere i risikogrupper. Eksempler på dette er besøksrestriksjoner og besøksforbud på sykehjem å unngå for sterk sirkulering av de ansatte mellom sykehjem, avdelinger eller kommuner.

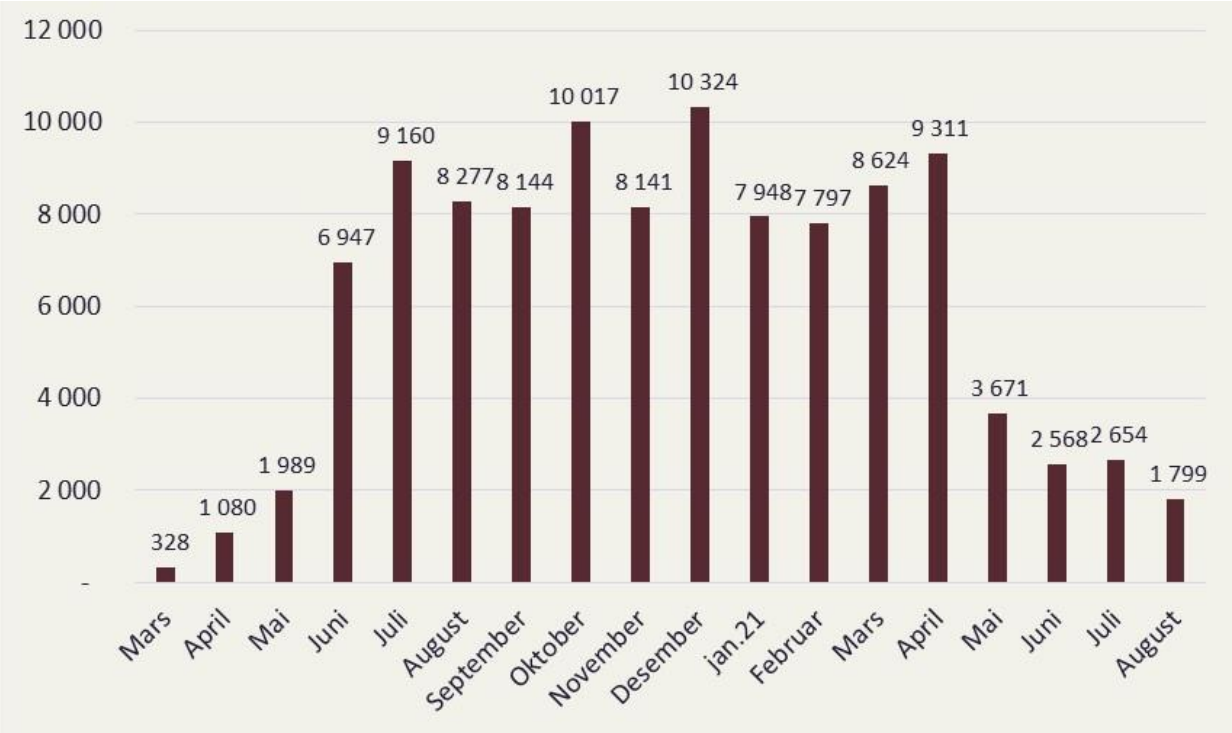
Antall besøkende på sykehjemmene i Bærum

Vi starter gjennomgangen med å gi et bilde av hvor mange besøkende det har vært på sykehjemmene i Bærum det første halvannet året av pandemien. Vi ønsket å sammenligne besøkstallene i Bærum med besøkstall i Stavanger, men slike tall finnes ikke for Stavanger[107].

Figur 32. Antall besøkende på sykehjemmene i Bærum fra 21.03.20 til 31.08.21

[106] Helsedirektoratet, 14.03.2020. Adgangskontroll og besøksstans i landets helseinstitusjoner mm. Brev til alle landets Fylkesmenn

[107] I en periode hadde Stavanger lister med registrering av besøkende på sykehjemmene, men listene ble etter en uke av personvernhensyn (opplyst i epost den 08.02.22).



Hovedbildet er at det er få besøkende på sykehjemmene fra nedstengningen og ut mai 2020, for deretter å gå kraftig opp etter at landet delvis gjenåpnes og nye føringer for besøk på sykehjem kom.

I starten ligger antallet besøkende på rundt 30 per dag, mens antallet etter hvert ligger på 250-300 per dag fra juli 2020 til april 2021.

Besøkstallene for mars 2020 er kun de ti siste dagene av måneden. Det er derfor grunn til å tro at tallene for hele mars ligger litt over apriltallene.[108]

Tiltak for å forhindre smitte på sykehjemmene våren 2020

Vi hadde planlagt å presentere en tidslinje som viste tiltak i sykehjem i Bærum kommune,[109] men dette ville blitt en veldig lang linje, som ville vært vanskelig å lese. Derfor har vi i stedet forsøkt å oppsummere og løfte frem det vi oppfatter er de viktigste likhetene og forskjellene mellom Stavanger og Bærum kommune i en tidlig fase av pandemien[110].

- Begge kommunene videreformidler FHIs anbefaling i begynnelsen av mars 2020 om at medarbeidere med symptomer ikke skal gå på jobb og at alle ansatte som har vært i områder med spredning av viruset bes være hjemme fra jobb i 14 dager.

---

[108] Her antar vi at besøkstallene før 12.03 var langt høyere enn etter.

[109] Det var også en rekke tiltak rettet mot omsorgsboliger og det finnes også besøkstall herfra. Men for å gjøre fremstillingen enklest mulig, har vi valgt å konsentrere oss om tiltak knyttet til sykehjemmene våren 2020.

[110] Kilder brukt i tidslinje: CIM (møtereferater (Kriseledelsen, Pandemigruppen, OPA etc.), loggføringer) Oversiktsdokument fra kommunalsjef PLO (e-poster, SMSer, annen korrespondanse i perioden), Fylkesmannens rapport Vallerhjemmet, Intern rapport Vallerhjemmet, Tilsendt/delt materiale fra HeSo og PLO (oppslag, brev, infoark, skriv etc.),

- Stavanger var noe raskere ute med å sende ut rutiner for gjennomføring av smitteverntiltak på sykehjem. Disse ble gjennomgått med virksomhetsledere for hjemmetjenester og sykehjem den 03.03.2020.
- Bærum er raskere ute med informasjon til pårørende og besøkende. Blant annet sendes SMS og epost til alle pårørende: *Ikke kom på besøk hvis du er forkjølet.*
- 6-12. mars 2020: Skjerpede krav fra FHI om restriksjoner på sykehjem, som begge kommuner videreformidler til sine respektive virksomheter.
- De meldinger begge kommuner sender til sine sykehjem 12. mars 2020 har mange likhetstrekk. Stavanger er tydeligere på hvordan besøkene skal foregå. Felles i kommunene er at kafedrift og kulturarrangementer stenges, og frisører og fotpleiere gis ikke lenger anledning til å arbeide i sykehjem.
- Adgangskontroll i sykehjemmene gjennomføres i Stavanger den 12. mars 2020.
- Bærum fredag 13.03.2020: Besøkskontroll iverksettes umiddelbart ved alle sykehjem og omsorgsboliger. Stopplakat henges opp ved alle innganger. Alle besøkende skulle tas imot av en medarbeider før de gikk inn.
- Stavanger lørdag 14.03.2020: Det som kanskje er den viktigste forskjellen mellom de to kommunene er at **Stavanger innfører et generelt besøksforbud og adgangskontroll på sykehjem og aldershjem**. Kun kritisk syke får ta imot besøk. Alle som har vært i utlandet skal i karantene. Unntakene er Finland og Sverige. Alle som har vært utenfor Norges grenser skal ikke ha adgang til sykehjemmene før det har gått 14 dager.
- Bærum 16.03.2020. **Innfører ikke et generelt besøksforbud i Bærum slik som i Stavanger, men strengere besøkskontroll iverksettes umiddelbart.** Nye oppslag i boliger og sykehjem der kommunen anmoder på det sterkeste om å ikke besøke dem. Pårørende må ringe og avtale tidspunkt for å kunne komme på besøk. De som vil besøke terminale på Hospice må ringe og avtale på lik linje som ved øvrige institusjoner og sykehjem.
- Bærum den 19.03.2020: Det er fremdeles adgangskontroll og det innføres strengere kriterier for besøk på institusjonene.
- Bærum den 25.03.2020: Kommunalsjefen utarbeider en rutine for informasjon til beboere, pårørende og ansatte, dersom en eller flere beboere eller ansatte har fått påvist koronasmitte ved et av kommunens sykehjem eller omsorgsboliger.
- Bærum 26.03: Den første pasient påvist smittet ved Vallerhjemmet
- Bærum 30.03: Den første pasienten med Covid 19 er død.
- Bærum 03.04.2020: Det blir bestemt inntaksstopp på Vallerhjemmet.
- Bærum 13.04.2020: Presisering for overholdelse av avstand og regler for samling i grupper. Maks fem i gruppe, med to meters avstand, både inne og ute. Inkluderer både beboere og medarbeidere. De ansatte skal forsøke å forholde seg til samme beboergruppe og bytte mellom grupper. Tiltak på Vallerhjemmet: Besøkende må også ha smittevernutstyr.
- Stavanger 24.04.2020: Orientering og klargjøring av besøksforbud ved sykehjem. En del sykehjem har praktisert reglene for strengt.
- Stavanger 07.05.2020: Det åpnes for sykehjemsbesøk utendørs.
- Bærum 12.05.2020: Besøkskontroll ved institusjoner opprettholdes inntil videre.
- Bærum 26.05.2020: Orientering om praksis for besøk på sykehjemmene. Eksisterende retningslinjer har blitt praktisert ulikt mellom sykehjemmene.
- I slutten av mai 2020 åpnes det både i Stavanger og Bærum opp for besøk på rommene, og det utarbeides nye retningslinjer. Det åpnes deretter gradvis opp flere og flere tilbud.

I forbindelse med koronakommisjonens arbeid ble kommunenes praktisering av besøksrestriksjoner i omsorgsboliger undersøkt[111]. Selv om kartlegging av sykehjem ikke var mandatet for kartleggingen, viste undersøkelsen at 118 kommuner (40 %) ikke innførte besøksforbud i sykehjemmene sine våren 2020, selv om dette var gjeldende nasjonale retningslinjer fra 14. mars.

Sommeren 2020 var Bærum tilbake til en tilnærmet normalsituasjon med lite smitte. Fra mai 2020 til tidlig høst 2020 var det en gradvis gjenåpning av samfunnet. Også i Bærum ble det lettet på tiltak. I starten av juni ble pårørende og andre ønsket velkommen til å igjen besøke sine kjære på sykehjem og omsorgsboliger[112]. 8. juni meldes på kommunens nettsider om 1 ny smittet, noe som var det første smittetilfellet siden 12. mai.

Basert på råd fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, ga regjeringen i pressekonferanse den 2. desember konkrete **anbefalinger for jule- og nyttårsfeiringen** 2020 i forhold til antall gjester på juleselskap osv. I Bærum var det fremdeles strenge restriksjoner gjennom lokal forskrift, men det ble åpnet for gjennomføring av noen religiøse sammenkomster og åpnet for å ta ut beboere fra sykehjem til julebesøk, da med strenge retningslinjer for testing av deltakere i selskap.[113]

Utbruddet på Vallerhjemmet

I mars/april 2020 var det et større koronautbrudd i Vallerhjemmet, som var et sykehjem med 64 korttidsplasser og 72 årsverk fordelt på 160 stillinger. Vallerhjemmet ble lagt ned i desember 2020[114]. Den første pasienten fikk påvist smitte den 26 mars 2020. Det var til sammen 12 dødsfall blant pasientene – ti på Valler sykehjem og to etter utskrivning. På det meste var halvparten av beboerne smittet, 13 av 26 pasienter i begynnelsen av april[115].

Både Fylkesmannens rapport og den interne gjennomgangen til Bærum kommune viste at flere uheldige faktorer og omstendigheter var sammenfallende, og bidro til smitteutbruddet. I en presentasjon i formannskapet den 27.05.2020 gir lederen for arbeidet med den interne evalueringen en oversiktlig illustrasjon av disse faktorene.

Figur 33: Faktorer og «system-hull» på Vallerhjemmet som har vært sammenfallende.

---

[111] Deloitte var ansvarlig for rapporten, som ble ferdigstilt/overlevert til koronakommisjonen 31. januar 2021: https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/sved/15enger-mfl.-2021.pdf

[112] Forutsatt at de var frie for symptomer, at de gjorde avtale på forhånd og registrerte at de hadde vært på besøk. Kilde: Kommunenes nettsider 5. juni

[113] Kilde: 2020.12.16 Brev pårørende Bærum sykehjem restriksjoner julen 2020

[114] *Sluttrapport – intern gjennomgang av Vallerhjemmet* 05.06.2020 og Vallerhjemmets Facebookside.

[115] Fylkesmannens tilsynsrapport, datert 08.12.2020. Som var knyttet til smitteutbruddet på Vallerhjemmet i mars/april 2020.

Både i den interne gjennomgangen samt i rapporten fra fylkesmannen, har det blitt pekt på faktorer som **hyppige lederskifter, utilstrekkelig opplæring, eldre bygningsmasse** som vanskeliggjorde kohortinndeling/sluser, som medvirkende årsaker til at det ble vanskelig å kontrollere utbruddet. Men hovedproblemet var at de **smittede beboerne ikke viste de typiske, (og på den tid) etablerte symptomene på Covid-19 sykdom**. Dette gjorde at det var vanskelig å oppdage at beboere var smittet før de mest sannsynlig allerede hadde spredd smitte en stund.

Dette kombinert med lav testkapasitet og strenge kriterier for å få analysert tester, som var situasjonen så tidlig i pandemien, førte til at smitten ikke ble oppdaget/bekreftet før det var for sent å stoppe et storutbrudd. De første smittetilfellene ved Vallerhjemmet ble faktisk oppdaget ved en tilfeldighet, etter at to beboere ble innlagt på sykehus etter å ha falt, og der ble rutinetestet for korona. Det viste seg at smitten da allerede hadde vært på sykehjemmet en stund, men det var fremdeles vanskelig å få testet beboere på grunn av de strenge testkriteriene. **Utypiske symptomer gjorde at pasienter falt utenfor kriteriene for å bli testet, til tross for (sterk) mistanke om at de var smittet**. **Leger i kommunen måtte til slutt trosse nasjonale råd for testing**. Senere tok en av kommuneoverlegene kontakt med FHI og HDir og tok et initiativ som bidro til å utvide det kjente symptombildet for Covid-19 sykdom.

Høy gjennomtrekk av ansatte og pårørende hadde vært en utfordring på Vallerhjemmet. I etterordet i den interne evalueringen formuleres dette slik: «*Vallerhjemmet har stor «gjennomtrekk» av pasienter og pårørende. Pasienter kommer hjemmefra eller fra sykehus. De har vært i kontakt med mange i perioden før de kommer inn på Vallerhjemmet. Det er også svært mange pårørende som er innom i løpet av en kort periode. I tillegg har et stort antall medarbeidere deltidsstillinger og jobber på andre steder, i andre kommuner. I perioden var det også et stort antall ekstravakter. Totalt sett har mange mennesker vært innom Vallerhjemmet i perioden. Dette gir også en ekstra utfordring i forhold til spredning av Korona viruset og muligheten til å få helhetlige oversikt over hvor og når eventuelt smitte kan kommet inn*[116]».

[116] Intern gjennomgang Vallerhjemmet, korrigert 05.06.2020.

Fylkesmannen peker i sin tilsynsrapport på at sykehjemmet var av en eldre bygningsmasse og at ledelsen og ansatte stod i en vanskelig situasjon med mye smitte. Samtidig mener Fylkesmannen at det var et problem at sykepleierdekningen generelt var lav i Bærum kommune[117] og at Valler sykehjem hadde mange deltidsstillinger. **Dette gjorde at helsepersonellet jobbet flere steder både i og utenfor kommunen**. Det ble ikke iverksatt tiltak for å begrense antall personer de ansatte hadde tett omgang med, for eksempel ved å begrense ansatte som beveget seg mellom de ulike avdelingene.

I en forvaltningsrevisjon Rogaland Revisjon gjennomførte på vegne av Bærum kommunerevisjon rett før koronautbruddet, fant også vi at sykepleierdekningen var lav i Bærum. I likhet med flere andre sykehjem var det på Valler en langt lavere andel sykepleiere på jobb, enn det som var planlagt. Valler var også blant de sykehjemmene som i vår spørreundersøkelse rapporterte at de syntes det var vanskelig å ivareta brukernes ulike behov med den gjeldende bemanningen.

Fylkesmannen mener at Vallerhjemmet burde hatt en plan for hvordan de skulle håndtere pandemien, satt i verk tiltak for å rekruttere mer personale ved behov, sørget for opplæring av disse (spesielt vikarer og ufaglærte) og hatt oversikt over hvem som hadde fått opplæring.

I rapporten pekes det også på at det var lang vei til ytterste ledd, og at **kommunens sentrale ledelse ikke fulgte tilstrekkelig med på at de sentrale tiltakene ble gjennomført ved hver virksomhet.** Kommunens ledelse observerer den 10 april 2020 at det er forskjeller mellom sykehjemmene mht. lokale planer og den 29 april ber ledelsen om tilbakemelding fra virksomhetene om hvordan de hadde implementert sine rutiner for håndtering av koronasituasjonen. En måned senere ble det orientert om praksis ved besøk på sykehjemmene[118].

I rapporten fra Fylkesmannen pekes det på at det er viktig at oppdatert **informasjon** kommer frem til alle ansatte. Ledelsen på Valler sykehjem opplevde at ny informasjon fra kommunens ledelse kom for sent. «*Dette ut ifra den situasjonen de var i med rask utvikling av smitte og at mange var smittet uten å ha symptomer. Vi ser i den forbindelse at informasjon om innholdet i Helsedirektoratets veileder «Koronavirus – beslutninger og anbefalinger» oppdatert 27. mars, først ble sendt ut til tjenestelederne 10. april*.» Ellers foregikk **kommunikasjonen** til de ansatte fra kommunens ledelse på Yammer.

I den interne evalueringsrapporten kommer det frem at **informasjonen og kommunikasjonen om smitteforebygging og rutiner for besøk var mangelfull.** Flere pårørende og ansatte beskrev uklare rutiner og ulike praktisering av besøksforbud og - kontroll for pårørende. Noen pårørende til pasienter som var døende fikk komme og sitte hos sine kjære, iført nødvendig smittevernutstyr. For andre gjaldt ikke dette. Informasjon om riktig bruk og håndtering av brukt smittevernsutstyr opplevdes av flere som mangelfullt

[117] Se forvaltningsrevisjonsrapporten Forsvarlig bemanning, Bærum kommunerevisjon 2020, som ble publisert før koronautbruddet og som ble utført av Rogaland Revisjon IKS.

[118] Det siste punktet er fra denne gjennomgangen.

Fylkesmannen konkluderer med at Bærum ikke hadde lagt til rette for forsvarlig håndtering av koronautbruddet ved Valler sykehjem. I rapporten konkluderes det med at kommunen har brutt plikten til å tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonell kan overholde sine lovpålagte plikter.

Fylkesmannen viser avslutningsvis til at Valler sykehjem i etterkant av koronautbruddet har iverksatt flere kvalitetsforbedringstiltak. Blant annet hadde tjenesteleder gjennomført systematisk erfaringsbasert opplæring av alle medarbeidere.

Utbruddet på Vallerhjemmet ser ut til å ha preget organisasjonen. Intervjuene tyder på at både ledere, ansatte og politikere ble «skremt» eller «redde» etter utbruddet på Vallerhjemmet, og at dette preget pleie- og omsorgssektoren en stund. Man fryktet at noe lignende skulle skje igjen, noe som førte til at ledere gikk lengre ned i detaljene enn de pleide. En del ansatte ble dessuten usikre i kjølvannet av hendelsen, og var redde for at *«vi i ledelsen ikke ville støtte dem. De gjorde virkelig så godt de kunne og mere til. De jobbet vanvittig mye.»*

Høsten 2020 – praksisen med å jobbe i flere virksomheter er fremdeles utbredt

Den 17. november 2020 gjør Fagråd korona[119] en vurdering. Her pekes det på at kommunen igjen er kommet i en fase med smitte på institusjoner, men at man nå har bedre kontroll med situasjonen enn i vår. November 2020 (vurdering fra fagråd korona 17 november 2020):

Fagrådet erfarer at praksisen med å jobbe på flere tjenestesteder i og utenfor kommunen er utbredt blant en rekke ansatte: *«Uten tvil bidrar dette til å spre smitte i kommunen, og det alvorlige ved dette er at dette ofte er tjenestesteder med brukere som har særlig høy risiko for å bli alvorlig syke på grunn av koronaviruset.»*

Fagrådet peker på at det er et tydelig dilemma med denne praksisen, dvs. hvis praksisen med å jobbe på flere tjenestesteder skulle opphøre, *«er det grunn til å tro at tjenestene ville få store vanskeligheter med å levere nødvendige tjenester. Samtidig vil mange ansatte kunne få betydelige økonomiske problemer»*.

Fagrådet opplever denne praksisen som svært uheldig rent smittevernfaglig, «*og det er hevet over tvil at dette bidrar til å spre smitte. Flere ansatte kan bære på smitte uten å ha symptomer»*. Fagrådet anbefaler at kommunen iverksetter tiltak for å forhindre praksis med at ansatte jobber ved flere tjenestesteder under pandemien, *«ikke minst ansatte innenfor helse- og*

---

[119] Fagråd korona ble etablert som en oppfølging av Team BIOM, som ble etablert våren 2020. Team BIOM ble etablert for å støtte linjeorganisasjonen i Pleie og omsorg og Helse og sosial, samt bidra til å koordinere tiltak knyttet til smitteforehindrende arbeid mellom de ulike aktørene. Team BIOM ble etterfulgt av Fagråd korona, som ble oppnevnt høsten 2020. Her satt kommuneoverleger, spesialrådgivere, representant for kommunikasjonsenhet og seksjonsleder Oppvekst Grunnskole. Fagrådet skulle diskutere og avklare aktuelle saker og problemstillinger innen fagfeltet smittevern, i rammen av covid-19 pandemien. Fagråd korona skulle gi råd, anbefalinger og veiledning til alle kommunens tjenester og private leverandører. Fagråd korona skulle være oppdatert på nyheter fra nasjonale myndigheter, lokale beslutninger, samordnet informasjon, holdt koronahåndboka a jour, samt utarbeidet smittevernsrutiner og -prosedyrer i kommunen (Sluttrapport Fagråd korona).

omsorgstjenestene, men også innen andre tjenesteområder som har ansvar for sårbare mennesker».

Tiltak for å motvirke denne praksisen

I tabellen under har vi laget en tidslinje som viser kommunens tiltak for å unngå at ansatte med flere arbeidssteder sprer smitte, og bakgrunnen for at kommunen velger å iverksette særskilte tiltak mot denne gruppen.

Tabell 17. Tidslinje – utvalgte hendelser og tiltak for å hindre at ansatte innen pleie og omsorg som har flere arbeidssteder, sprer smitte (Flere kilder: Møtereferater pandemigruppe, div. dokumenter fra OPA).

Dato	Hendelse / Tiltak
26.03.20	Den første pasienten får påvist koronasmitte på Vallerhjemmet.
27.05	Presentasjon av intern evaluering av Vallerhjemmet i formannskapet.
05.06	Intern gjennomgang av Vallerhjemmet er klar. Her pekes det blant annet på at mange medarbeidere i deltidsstillinger og mange ekstravakter skaper risiko mht. smittespredning.
17.11	Fagråd korona: Fagrådet erfarer at praksisen med å jobbe på flere tjenestesteder i og utenfor kommunen er utbredt blant en rekke ansatte. Dette bidrar uten tvil til å spre smitte.
19.11	Notat fra HR-direktør om tiltak for å motvirke denne praksisen.
23.11	Fagråd korona ønsker ikke å innføre disse tiltakene.
07.12	Pandemigruppen beslutter at ansatte med flere arbeidssteder skal testes hver syvende dag ved høyt smittenivå, etter råd fra fagråd Korona. Arbeidsprosesser og rutiner knyttet til testing må som følge av dette gjennomgås.
15.12	OPA belyser alternativer for testing. Fire alternativer skisseres. OPA foreslår at pandemigruppen beslutter alternativ 4, regelmessig testing av medarbeidere som jobber flere steder, med virkning fra 8. januar 2021.
21.12.20	Enighet i pandemigruppen om testing hver syvende dag for ansatte i sykehjem eller omsorgsboliger skal foregår en gang per dag på dagtid. Noen praktiske avklaringer gjenstår. OPA får i oppdrag å se nærmere på behov, organisering og løsninger.
18.01.21	Pandemigruppen: Regelmessig testing av ansatte med flere arbeidsplasser hver syvende dag, iverksettes etter en vurdering av kommuneoverlegene når kommunen er definert på risikonivå 3, 4 eller 5.
03.02	Internt notat OPA: Vurdering av testløsninger knyttet til ansatte. Tre løsninger vurderes og OPA foreslår at pandemigruppen beslutter at all testing skal foregå på teststasjonen på Fornebu.
04.02	Kommunedirektøren beslutter at medarbeidere med flere arbeidsforhold som skal testes hver syvende dag enten skal testes ved at den ansatte velger å dra til Fornebu teststasjon, eller ved at det ambulerende testteamet kommer til arbeidsplassen slik at testingen blir gjennomført der. Det skal gjennomføres hurtigtester.
15.02 – 21.02	Man innfører en pilot av testordningen. Det utføres 59 tester.
19.02	OPA evaluerer piloten. En del praktiske og ressursmessige utfordringer med den ambulerende testingen på sykehjemmene.
21.02 – 22.03	De ansatte kan teste seg på Fornebu i denne perioden.
23.03	Starter opp igjen med en tilpasset løsning for **238 medarbeidere** i pleie og omsorg. Testingen foregår på Carpe Diem. I tillegg er det tilbud om drop-in på Fornebu på torsdager, samt at de når som helst selv kan bestille time for testing på Fornebu.
21.04.21	Den særskilte testingen av denne ansattgruppen avsluttes.

Den 19. november 2020 kommer det et notat fra HR-direktør, som viser til en henvendelse fra pandemigruppen som har bedt HR-direktør om å vurdere muligheten kommunen har for å begrense at en medarbeider jobber på flere arbeidssteder.

I notatet fra HR-direktør – som inneholder forslag til rutiner - pekes det på at tiltakene kan innebære en overbemanning på enkelte tjenestesteder. Det anbefales derfor at dette er en styrt prosess, slik at muligheten for å tilby 100% stillinger fordeles mellom tjenestestedene. [120]

Den 23.11.20 valgte pandemigruppen å ikke godkjenne rutinene «*slik den foreligger nå. Rutinen må presiseres, og samordnes med HR.*[121]». Selv om pandemigruppen ikke valgte å gå inn for HR-direktørens forslag, hadde man innen pleie og omsorg jobbet med denne type løsninger siden problematikken ble kjent våren 2020. Først kartla man alle ansatte som jobbet flere steder og tilbød en større stilling til de som ønsket det. De som ikke ønsket en større stilling, ble motivert til å takke ja til det[122]. Vi får opplyst at mange fikk en større stilling som en følge av dette.

Det var likevel en del ansatte man ikke nådde med den løsningen, blant annet fordi man ikke hadde styringsrett over de som jobbet for andre arbeidsgivere. Det ble anslått at dette gjaldt mellom 200-250 ansatte inne pleie og omsorg.

Den syvende desember besluttes det at disse ansatte skal testes hver syvende dag når det er høyt smittenivå (50 eller flere smittede per 100 000). Når det er under 50 smittede per 100 000 var det ikke krav til rutinemessig testing. Tidsplan for dette skulle legges frem den niende desember 2020. Den 21. desember blir testing hver syvende dag besluttet. Testingen skule foregå på dagtid, fem dager i uken. Men en del praktiske spørsmål gjensto, for eksempel hvor mye personell, materiell og opplæring som kreves. I januar og februar jobbes det med etableringen.

Den tredje februar presenterer OPA en samlet oversikt over ulike løsninger for testing av ansatte og beslutningen tas i etterkant av møtet.

Tre alternativer ble vurdert:

---

[120] HR-direktør foreslår følgende tiltak:

- Tilby inntil 100% stilling for de som jobber deltid og har annen stilling i kommunen (fast eller timelønnet) eller utenfor kommunen.
- Dette må være et midlertidig tiltak frem til f.eks. 1.08.2021 og tydelig relatert til Covid-19. Hensikt: å samle stilling ett sted
- Konsekvens: Andre tjenestesteder mister sin ressurs i denne perioden. Økning av lønnskostnader ved at dette ikke er budsjettert. Kompetansevridning dersom det medfører økning av stilling for mange ufaglærte eller helsefagarbeidere. Vil bidra til bedre kontinuitet for brukere.
- Innføre pålegg om å gi permisjon uten lønn på de tjenestesteder som må avgi medarbeideren som får tilbud om 100% stilling et annet sted.
- Konsekvens: Bemanningsutfordring dersom dette gjelder mange
- Arbeidsgiver kan benytte sin styringsrett for å plassere medarbeideren kun på ett sted. De økonomiske ulempene dette medfører kan ikke belastes arbeidstager. Arbeidstager vil i tillegg har krav på forskjøvet arbeidstid i 4 uker (i henhold til kommunens mal for felles protokoller). Dette tiltaket vil kun gjelde de medarbeidere som jobber flere steder i kommunen, og ikke de som har annen arbeidsgiver i tillegg.

[121] Referat fra møte i pandemigruppen den 23.11.2020.

[122] Opplyst i intervju 22.02.2022.

- Testing gjennomføres ved hjelp av testteam på hjul – base på teststasjonen på Fornebu
- Testing gjennomføres ved bruk av testpunkter – for eksempel Østerås bo- og behandlingssenter
- **Testing gjennomføres på teststasjon på Fornebu (OPAs forslag)**

Testteam på hjul var det som var mest tids- og ressurskrevende for testerne, men som man antok var minst belastende for den enkelte ansatte ved sykehjemmene.

Testing på Fornebu ble ansett som den mest effektive løsningen knyttet til tidsbruk ifm. testing: *«Den har størst fleksibilitet ift bemanning, variasjon i antall tester»*, men man antok at dette var den mest belastende løsningen for den enkelte ansatte ved institusjonen.

I kommunedirektørens beslutning den 05.02.2021 er det tydelig at hensynet til de ansatte i pleie og omsorg vinner frem. Kommunedirektøren beslutter følgende:

- For medarbeidere med flere arbeidsforhold på sykehjem og omsorgsboliger som skal testes hver 7. dag: **Dette kan gjøres ved at den ansatte velger å dra til Fornebu teststasjon, eller ved at det ambulerende testteamet kommer til arbeidsplassen slik at testingen blir gjennomført der.**

Antall som skulle testes: Vi får opplyst at antallet ansatte i målgruppen for testing har variert noe, men at det stort sett har ligget mellom 200-250 per uke[123]. I møte i OPA den 22.03.2021 refereres det til at det startes opp med testing hver 7. dag *av i utgangspunktet 238 medarbeidere i pleie og omsorg*. Det var frivillig å teste seg. Teststasjonen sendte ut flere SMSer om at disse skulle teste seg ukentlig, og hvor de kunne gjøre det.

Man forventet at det var om lag 150-180 pleie- og omsorgsansatte som ville teste seg ukentlig[124]. Men det ble testet langt færre i løpet av testperioden. Det ble gjennomført en **pilot på ordningen i uke 7**, hvor det ble gjennomført totalt **59 tester fordelt på flere lokasjoner.** Elleve av de som skulle vært testet, møtte ikke. Og syv av de testede som møtte opp, stod ikke på listen[125].

Testingen i pilotperioden varte i én uke. Deretter ble det tatt en pause for å revurdere og justere ordningen. Evalueringen viste at ordningen var lite bærekraftig.[126] Det ble brukt 249 arbeidstimer på å gjennomføre 59 hurtigtester, dvs. drøyt fire timer per hurtigtest.

---

[123] Opplyst flere steder, blant annet i en epost datert 17.02.22.

[124] Opplyst av tidligere tjenesteleder for helsetjenester og leder av OPA: 21.02.22. Tallanslaget var basert på at man forventet at noen testet seg på Fornebu, mens andre kanskje ikke skulle på jobb den uken de ble kalt inn.

[125] Statistikk fra OPA.

[126] Opplyst i intervjuer.

Til sammenligning ble det testet 316 ansatte i forbindelse med smitteutbruddet på Stabæktunet, i tidsrommet 29.01 til 03.02. Det ble brukt 151 arbeidstimer til dette arbeidet, dvs. en knapp halvtime per test[127].

I perioden mellom den 21.02 og 23.03 måtte ansatte innen pleie og omsorg med flere arbeidssteder teste seg på Fornebu, slik som alle andre.

Testingen hver syvende dag ble gjenopptatt 23. mars 2021. Testingen ble avsluttet i april og siste test ble gjennomført 21. april. **I perioden 23. mars til 21. april ble det gjennomført 71 tester.** Her ble de ansatte testet før hver eneste vakt i en lengre periode. Enkelte ble testet 30 dager i strekk, og i løpet av perioden var det 12 som testet positivt før vakt, og som ble satt i isolasjon[128].

Det betyr at det i løpet av hele perioden har blitt gjennomført 130 tester av ansatte innen pleie og omsorg som arbeider flere steder. Dette er ikke antall ansatte som er blitt testet, men antall tester som er foretatt. Det betyr at en del ansatte kan ha vært testet flere ganger.

Den særskilte testingen av ansatte som arbeidet flere steder ble avsluttes i uke 16, dvs. 21.04.2021 mot slutten av tredje smittebølge.

Grense for testing av målgruppen

Et av premissene for testing hver syvende dag av ansatte med flere arbeidssteder, er at smittenivået er høyt. Grensen for hva som er et høyt smittenivå har endret seg i pandemien, noe som også illustreres i figuren under.

Frem til uke 2 i januar 2021 brukte kommunen antall smittede på mer enn 50 per 100 000 innbyggere de siste 14 dager som grense for testing av ansatte med flere arbeidsplasser[129]. Fra uke 3 i 2021 starter man testing av denne ansattgruppen i henhold til beredskapsnivå 3, dvs. mellom 150-299 smittede per 14 dager[130]. I figuren under har vi foretatt en beregning per uke, ved å dele teller og nevner på to.

Figur 34. Antall smittede per uke per 100 000 innbyggere og testgrense for ansatte med flere arbeidsplasser

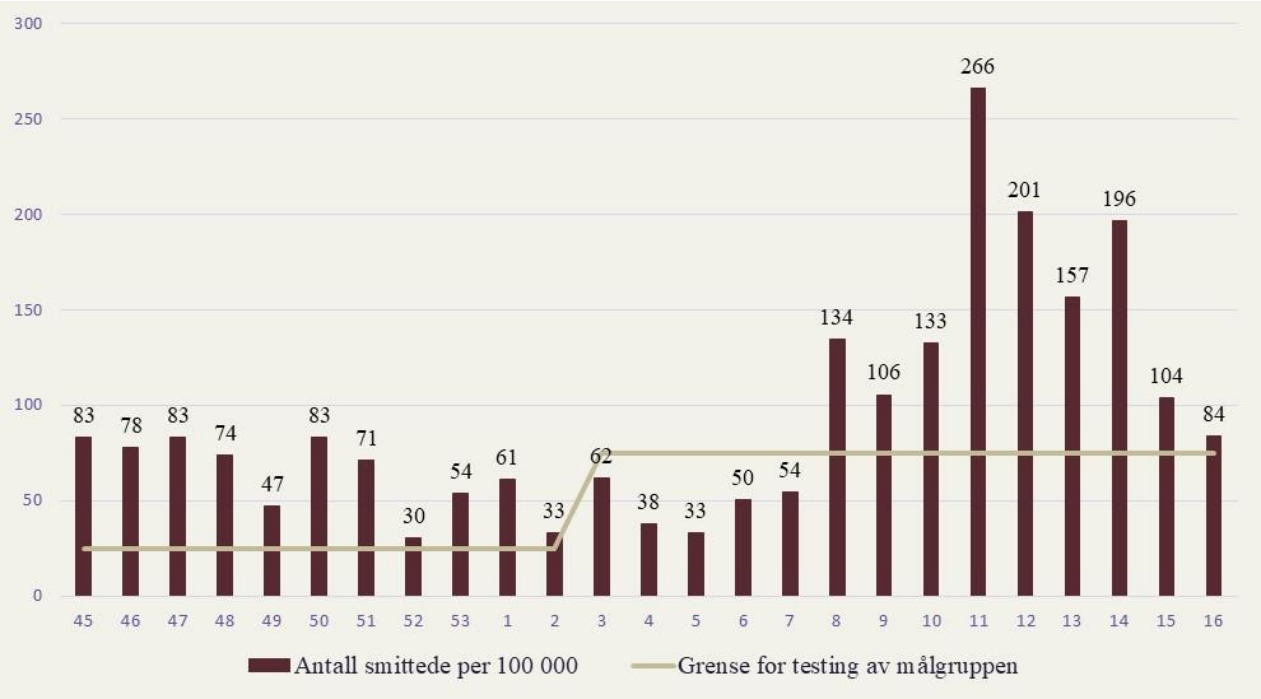
---

[127] Internt dokument, *Screening ansatte Stabæktunet BBS*

[128] Opplyst i intervju 22.02.2022.

[129] Se for eksempel referat fra møtet i pandemigruppen den 21.12.

[130] Referat pandemigruppen, 18.01.2021



Figuren viser at smittenivået i all hovedsak er over testgrensen for ansatte med flere arbeidssteder. Et unntak her er de første ukene i 2021. Et spørsmål som melder seg, er om det lave smittenivået i denne perioden kan være en forklaring på at det tok ca. to måneder før testingen av denne målgruppen startet? Det er ingenting som tyder på dette i sentrale møtereferater og styringsdokumenter. Vi får også bekreftet dette i våre intervjuer: *«Det var besluttet å teste alle med 2 arbeidssted, og det var ikke et alternativ å gjøre det saktere. Derimot var det et tydelig oppdrag og pålegg fra direktør velferd at dette skulle iverksettes snarest*[131]*»*.

Intervjuene tyder på at et uenigheter mellom OPA og Pleie og omsorg om testløsninger var hovedårsaken til at det tok lang tid å få på plass en testløsning.

OPA og Pleie og omsorg hadde ulike tilnærminger til oppgaveløsningen. Fra OPA ble det vist til at ansatte i andre kommuner brukte de ordinære teststasjonene eller at sykehjemmene selv stod for testingen i andre kommuner.[132] Dette var løsninger som også OPA mente var fornuftige, men opplevde å ikke få gjennomslag: *«Ingen av våre forslag ble tatt til etterretning. Det ble i stedet slik at de som testet alle bæringer også reiste ut for å teste ansatte på sykehjemmene»*.

Vi får opplyst at teststasjonen tilbød å lære opp sykehjemmene i testing og at de også *«klargjorde en ekstra testbrakke ute på Fornebu»*. Med den valgte løsningen trengte teststasjonen å rekruttere nye medarbeidere, og det var en del andre logistikkmessige forhold som måtte avklares[133].

---

[131] Epost 17.02.22

[132] Opplyst i intervjuer og dokumentasjon i eposter til OPA fra Drammen, Lørenskog, Lillehammer, Kongsberg og Holmestrand kommune. Vi har også sjekket opp hva som var praksisen i Stavanger kommune, som begynte å teste på sykehjemmene i november 2020.

[133] Opplyst i intervju den 17.02.2022.

Tilbakemeldingen fra representanter i OPA er at man kunne kommet langt raskere i gang med testingen og man kunne testet langt flere på Fornebu enn ved hver institusjon.

Samtidig var det slik at Pleie og omsorg generelt og sykehjemmene spesielt stod i en krevende arbeidssituasjon under koronaen. Lav sykepleierdekning og mange deltidsstillinger kom i tillegg. En stor andel ansatte i pleie- og omsorgssektoren var dessuten i karantene under koronaen, noe som økte behovet for vikarer (se under). Og kommunen var redd for et nytt smitteutbrudd.

Fra pleie og omsorg ønsket man å legge best mulig til rette for medarbeiderne, dvs. testing på arbeidsplassene. Man ønsket en testløsning som var praktisk mulig å benytte seg av for de ansatte, som allerede var hardt presset[134]. I tillegg var sykepleierdekningen lav[135]. Det pekes på at det var en del praktiske vanskeligheter for de ansatte ved å teste seg på testsenteret på Fornebu, for eksempel før morgenskiftet.

Både Pleie og omsorg og OPA peker på at man var innstilt på en kompromissløsning, dvs. testing ved noen få godt geografisk plasserte sykehjem. For pleie og omsorg var det viktig at avstanden innebær minimalt med reisetid for de ansatte.

Både representanter fra OPA og Pleie og omsorg mener de var på tilbudssiden mht. valg av testløsninger. Samtid erkjenner begge at de ikke klarte å samarbeide godt nok og at samarbeidsklimaet var dårlig. De forteller at de gikk at de gikk alt for mange runder og at det tok alt for lang tid før Bærum fikk på plass en testløsning for ansatte som arbeidet flere steder. Begge mener at testløsningen burde vært på plass før jul 2020. I stedet fikk man altså på plass en testløsning i midten av februar 2021, som kun varte i en uke, og som man deretter gikk bort fra. Den endelige testløsningen kom på plass den 23. mars og varte en knapp måned.

Det var også uenighet om hvorvidt det var ansatte ved testsenteret eller innen pleie og omsorg som skulle ringe til de som skulle testes, når de skulle testet, og føre oversikt over hvem som ikke hadde møtt. Det endte med at det var en ansatt innen Pleie og omsorg som gjorde dette.

Ansatte i karantene under pandemien

Koronapandemien skapte store bemanningsutfordringer for Bærum kommune. Pandemiplanen hadde tatt høyde for at mange kunne bli syke og at det kunne bli stort fravær, men den omfattende karanteneproblematikken var det ikke tatt høyde for i planverket.[136]

---

[134] Intervju den 22.02.2022

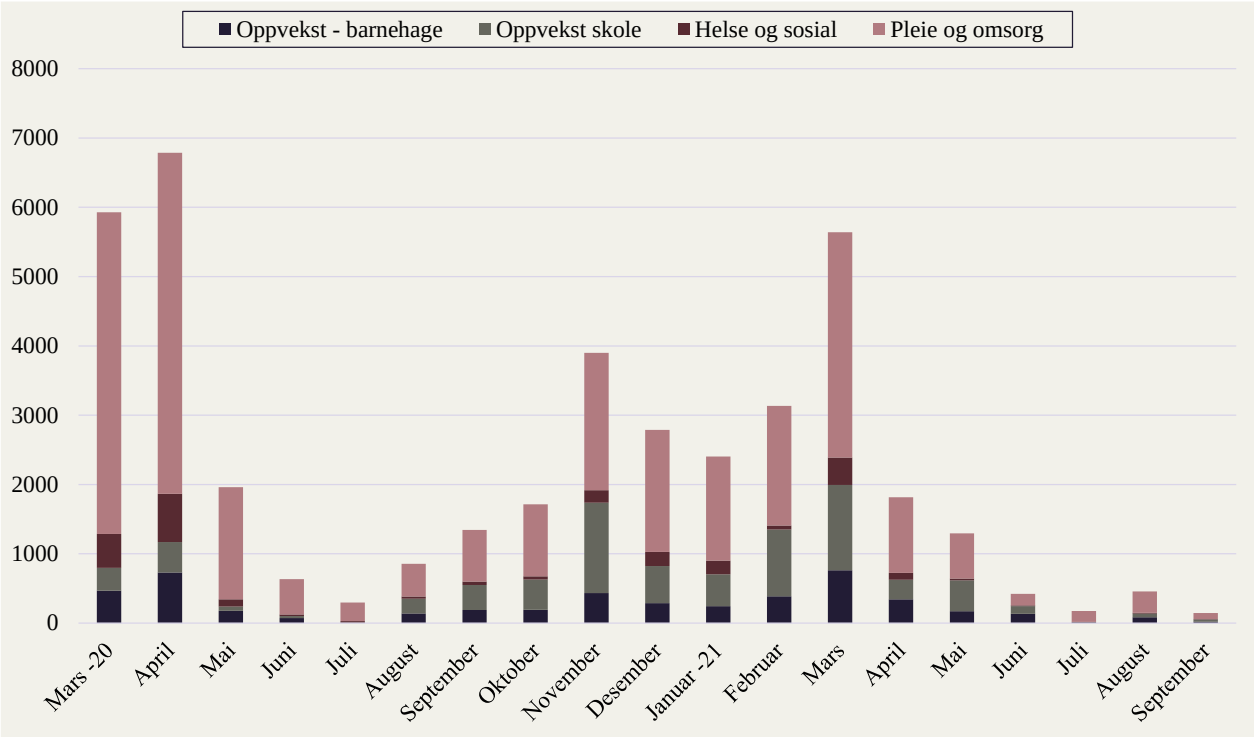
[135] Rogaland Revisjons tidligere forvaltningsrevisjon sykehjemmene, fra 2020 og Fylkesmannens tilsynsrapport ifm. utbruddet på Vallerhjemmet.

[136] Pandemiplanen viser til mulige scenarier med inntil 40 % reduksjon av arbeidsstokken grunnet egen sykdom eller omsorg for smittede i egen familie og det påpekes at alle tjenestesteder i kommunen skal ha planer for håndtering av stort fravær. Ifølge planen skal internt personell mobiliseres og organiseres av pandemigruppen, men ledes i linjen de overføres til.

KS har levert to delrapporter ifm. prosjektet *«Kommunenes erfaringer med koronapandemien så langt»* (våren 2021). Den andre delrapporten omhandler heldøgnsbasert omsorg og hjemmetjenester. Her oppgis rekruttering av nok personell som det mest krevende både innenfor hjemmetjenester og heldøgnsomsorg. Mangel på helsepersonell har vært en utfordring gjennom hele pandemien, og ansatte som arbeider flere steder trekkes også i denne rapporten frem som en utfordring med hensyn til smitterisiko.

HR-direktøren i Bærum forteller at karantenesituasjonen var veldig krevende i starten, med over 600 medarbeidere i karantene på et tidspunkt - de fleste innen pleie og omsorg. I figuren under viser vi hvor mange ansatte som har vært i karantene under pandemien, i tidsrommet mars 2020 – september 2021. Dette er ikke bare på sykehjem, men for kommunen totalt, fordelt på de fire sektorene som har hatt flest medarbeidere i karantene fra mars 2020 til september 2021.

Figur 35. Ansatte i karantene fordelt på tjenester med flest i karantene under pandemien[137]



Situasjonen var mest krevende i mars-april 2020. Da hadde kommunen lite erfaring med pandemien, usikkerheten var stor, mange var i karantene, og kommunen skulle bemanne opp TISK-kapasiteten. Vi får opplyst at bemanningsutfordringene ble løst gjennom omdisponeringer av ansatte. En del tjenester ble stengt ned og *«flere hundre ansatte ble omdisponert.»*

[137] Her har vi tatt de fire sektorene med flest ansatte i karantene. Disse utgjør 97 prosent av kommunens karantener i tidsrommet mars 2020 til september 2021.

Det var spesielt krevende å få det til å gå rundt på sykehjemmene, som var rammet av aktive utbrudd: Personell ble syke, vikarene ble syke og så ble vikarene for vikarene syke og lederne måtte også i karantene[138].

Mange av virksomhetene hadde utarbeidet kontinuitetsplaner som ble kraftig utfordret. Dett fordi situasjonen var krevende uansett, og fordi så mange var indisponible og ikke minst fordi sykepleiere og helsepersonell var en mangelvare i kommunen.

I tillegg pendler en del av de ansatte innen pleie og omsorg fra Sverige. I starten av pandemien fikk ikke de lov til å reise inn i landet, og kunne dermed ikke gå på jobb i kommunen.

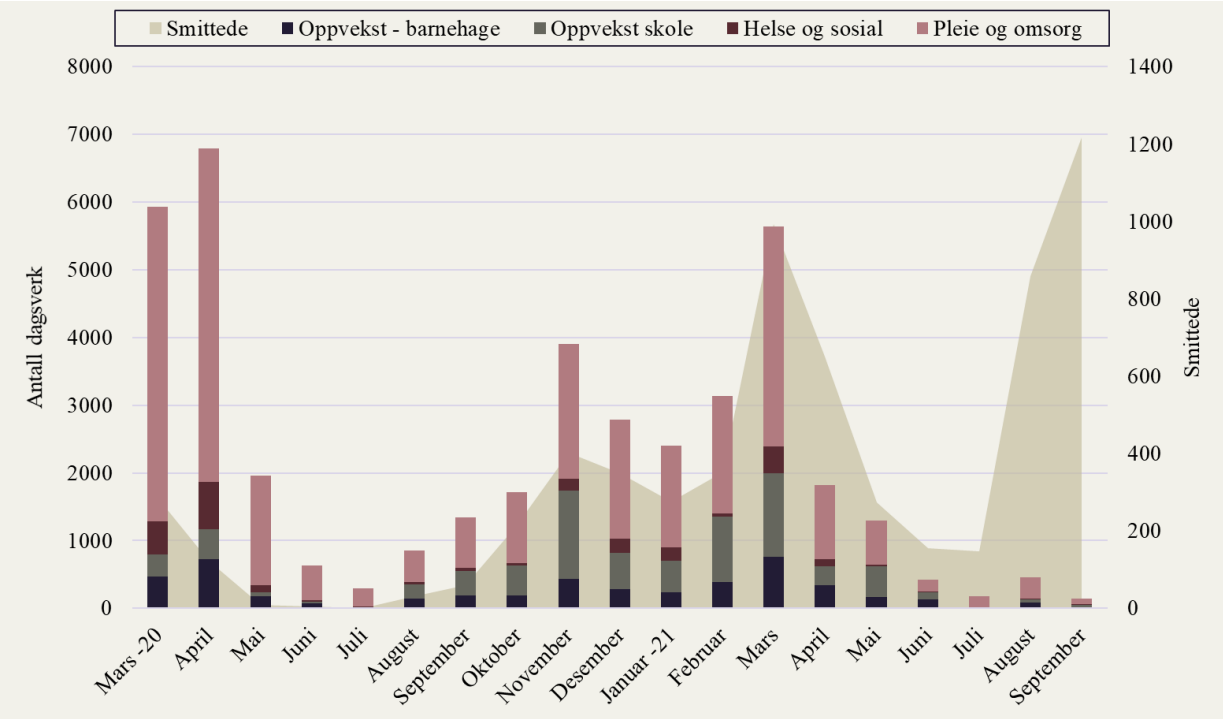
Liv og helse hadde naturlig nok den høyeste prioriteten når man omdisponerte ressursene, og pleie og omsorg fikk derfor høy prioritet, og en god del bistand fra HR. Vi får opplyst at man i all hovedsak klarte å sørge for nok personell til å sikre ordinær drift, og koronarelaterte aktiviteter som testing og smittesporing. Men det pekes også på at det var helt på noen ganger.

I figuren under ser vi på hvordan utviklingen i smittetrykk og antall dagsverk i karantene utvikler seg fra mars 2020 til september 2021. Det er interessant å følge utviklingen. I starten er det relativt få smittede, men mange i karantene. I andre og tredje smittebølge er det stadig færre i karantene i kommunen per antall smittede, og i forbindelse med fjerde smittebølge er bildet snudd på hodet: Det er et høyt antall smittede, men nesten ingen kommunalt ansatte i karantene.

Det er flere årsaker til dette, og handler om minst to ting: En stadig mindre andel av de smittede får oppfølging fra kommunalt ansatte. Og de ansatte ble bedre på å beskytte seg mot smitte.

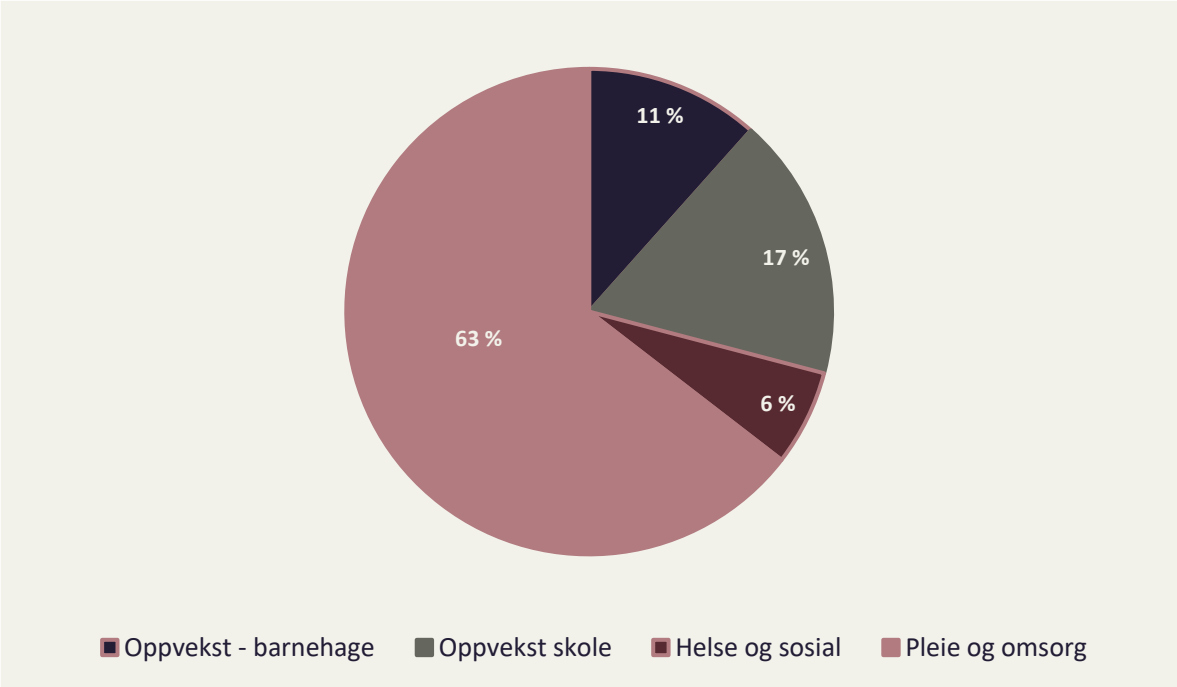
Figur 36. Utvikling i smittetrykk og antall dagsverk i karantene fra mars 2020 til september 2021

[138] Opplyst i intervjuer.



To tredjedeler av de som har vært i karantene i løpet av denne perioden arbeider i pleie- og omsorgssektoren, mens 28 prosent jobber enten i barnehage- eller skolesektoren. Dette er illustrert i figuren under.

Figur 37. Dagsverk i karantene fra mars 2020 til september 2021 – andel for hver sektor:



7.4 VURDERING OG ANBEFALING

Bærum kommune har brukt befolkningsrettede tiltak gjennom lokal forskrift til å kontrollere smitteutviklingen og til å slå ned smittebølgene høsten 2020 og vinteren/våren 2021. Omfanget av smitteverntiltak har vært justert fortløpende for å være tilpasset den lokale smittesituasjonen og omfanget av statlige påbud, forbud og anbefalinger. Regional koordinering gjennom covid-19-forskriften har sikret felles smitteverntiltak i Oslo-regionen – en region som har hatt vedvarende høyere smittetrykk enn de fleste andre steder i Norge.

Vår vurdering er at aktiv bruk av lokal forskrift har bidratt til å kontrollere smittespredningen slik at Bærum har unngått smittetopper som kunne overbelastet TISK-kapasiteten. Forsterking av de forskriftsregulerte smitteverntiltakene i forbindelse med smittebølgene, har bidratt til å slå ned smitteutbruddene sammen med mer målrettede TISK-tiltak. Nærheten til Oslo som episenter for korona-smitten i Norge og høy geografisk mobilitet innenfor bo- og arbeidsregionen, har mest sannsynlig bidratt til et høyere smittenivå i Bærum enn mange andre byområder i Norge.

Bærum er blant de kommunene som har blitt hardest rammet i landet med tanke på koronasmitte- og dødsfall på sykehjem. Tidlig i oktober 2021 hadde 47 innbyggere dødd med korona, over halvparten av disse bodde på sykehjem. Til sammenligning hadde fire innbyggere dødd med korona i Stavanger på samme tidspunkt. To av disse døde på sykehjem.

Hvis vi ser på kommunenes tiltak for å forhindre smitte på sykehjemmene våren 2020, er mye relativt likt i Bærum og Stavanger. Vi finner imidlertid enkelte forskjeller. Blant annet innførte Stavanger et generelt besøksforbud ved kommunens sykehjem den 14 mars 2020. Kun kritisk syke får ta imot besøk. Bærum innfører ikke et slikt forbud, men innførte en streng besøkskontroll. Besøksomfanget var da også begrenset under nedstengingen våren 2020.

Det er vanskelig å si noe om hvilke utslag disse forskjellene har gitt i form av antall besøkende, ettersom det kun er Bærum som har ført statistikk på dette. Tallene fra Bærum tyder imidlertid på at antall besøkende kraftig redusert i mars og april 2020. Det er liten tvil om at den strenge besøkskontrollen har hatt stor effekt. I tillegg har de pårørende sannsynligvis vært mer varsomme med å besøke sine kjære, av frykt for å bringe med seg smitte inn på sykehjemmene.

Evalueringene av utbruddene på Vallerhjemmet tyder på at en rekke faktorer og uheldige omstendigheter førte til at smitten kom inn på sykehjemmet. En sentral faktor er at en del ansatte jobbet på flere tjenestesteder i og utenfor kommunen. Dette bidro til å spre smitte.

Dette var en kjent utfordring våren 2020. Innen Pleie og omsorg tilbød man større stillinger for å forhindre at denne ansattgruppen spredde smitte. Det var likevel en hel del ansatte man ikke nådde med denne løsningen. Dette gjaldt mellom 200-250 ansatte.

Det tok etter vår vurdering for lang tid før kommunen satte i verk tiltak for å unngå at disse spredde smitte. Og når det endelig ble satt i gang testing av denne målgruppen, ble for få av dem testet.

I midten av november 2020 uttalte Fagråd korona at pleie- og omsorgsansatte med flere arbeidsgivere uten tvil bidro til å spre smitte i Bærum. Tidlig i desember besluttet pandemigruppen at ansatte innen pleie og omsorg som hadde flere arbeidssteder skulle testes hver syvende dag. Men testingen av denne ansattgruppen startet ikke opp før den 15. februar, og da som et pilotprosjekt. Denne testingen varte kun i en uke. I tidsrommet 21.02-22.03.2021 måtte de ansatte innen pleie og omsorg teste seg som andre innbyggere, ved teststasjonen på Fornebu. Testingen hver syvende dag ble gjenopptatt den 23.03 og varte en knapp måned, men da med en annen testløsning.

I kommunen forventet man at det ville være mellom 150-180 ansatte innen pleie- og omsorg som ville teste seg ukentlig, men i løpet av de to månedene testingen foregikk ble det foretatt 130 tester totalt.

Gjennomgangen vår tyder på at testingen av denne målgruppen kunne startet to måneder før den faktisk startet. Det ser ut til at den viktigste årsaken til forsinkelsen var uenigheter omkring hvilken testløsning man skulle velge.

Etter vår vurdering burde ledelsen skåret gjennom og fattet en beslutning tidligere. Stavanger kommune har lagt de proaktive beredskapsprinsippene til grunn, og at mangel på informasjon og kunnskap ikke må stå i veien for handling i en krisesituasjon[139]. Også i Bærum er hovedinntrykket vårt at kommunens ledelse i all hovedsak har utvist stor handlekraft og hatt evnen til å skjære gjennom. Testingen av ansatte med flere arbeidssteder er et unntak etter vår vurdering. Her har det tatt for lang tid før det ble fattet en beslutning om testløsning. Det er overveiende sannsynlig at det lave antallet testede i løpet av perioden har hatt sammenheng med at testingen trakk ut i tid og at uenigheten mellom OPA og Pleie og omsorg var stor.

Etter vår vurdering bør kommunen ta læring av dette, dvs. se nærmere på hvordan man sikrer at det fattes beslutninger til rett tid i en krisesituasjon preget av stor usikkerhet og intern uenighet.

Samtidig er vi de første til å understreke at det ikke er helt enkelt å treffe gode og informerte beslutninger til rett tid i en presset situasjon hvor mange hensyn skal ivaretas. Raske beslutninger uten sikker kunnskap innebærer høy risiko for å treffe feil beslutninger. Å vente for lenge i påvente av bedre kunnskap, kan bety at beslutningene tas for sent og at krisen eskalerer.

Bærum kommune har én beredskapsansvarlig, mens beredskapsstaben i Stavanger består av fem ansatte. I Stavanger har beredskapsstaben har hatt en viktig rolle i å rådgi ledere i linjen underveis i pandemien, hvor prinsippene om proaktiv respons under usikkerhet er gjentatt. Dette ser ut til å ha styrket Stavanger kommunens evne til å handle raskt i krevende situasjoner.

Anbefalinger:

---

[139] Stavanger kommunes håndtering av koronapandemien, Rogaland Revisjon 2021.

- *Kommunen bør gjennomgå og evaluere kommunens innsats for å beskytte eldre og andre risikogrupper. Ikke bare med utgangspunkt i de enkeltsykehjem har vært hardest rammet, men helhetlig ut fra dagens beredskap, bemanning og kompetanse ved sykehjemmene.*

- *Kommunen bør se nærmere på hvordan man sikrer at det fattes beslutninger til rett tid i en smittesituasjon preget av stor usikkerhet og intern uenighet.*

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Lovverkets krav om smitteverntiltak i kommunene

Tabell v1. Smitteverntiltak og kommunalt ansvar fastsatt i lovverk og anbefalinger.

Tiltak	Beskrivelse	Lov/forskrift
Tidlig oppdaging av smittede og rapportering	Meldingsplikt/ varslingsplikt om smittede Testing for å finne smittede Gi informasjon til grupper med økt smitterisiko Ha oversikt over omfanget av sykdommer	MSIS-forskriften, Smittevernl § 2-3 Anbefaling, § 6c i covid-19-forskrift Smittevernl §§ 7-1, 7-2 Smittevernl §§ 7-1, 7-2
Raskt isolere syke	Tilgang på legemidler/ smittevernutstyr Isolering hjemme dersom det er mulig For øvrig finne sted for isolering på egnede steder	Helseberedskapsl. § 2-2[140] Smittevernl kapittel 5 Covid-19 forskriften kap. 2
Smitteoppsporing	Iverksette sporing for å begrense videre smitte	Smittevernl § 3-6
Karantene	Innskrenke bevegelsesfrihet i inkubasjonstiden hos mulige smittede inkludert reisende fra utlandet	Smittevernl § 4-3 Covid-19-forskriften kap. 2
Kontakt-reduserende tiltak i befolkningen	Kontaktreduserende tiltak for å forsinke/slå ned smittespredningen Stenge skoler, barnehager, arrangementer, utesteder mv. og gi råd om transportmidler Innreiserestriksjoner Unngå unødvendige utenlands-/innenlandsreiser	Smittevernl § 4-1, a-e Covid-19 forskriften kap. 4 og 5 Covid-19 forskriften, kap. 2 Anbefaling
Generelle hygienetiltak	Informasjon om avstand, hånd- og hostehygiene, være hjemme hvis syk, og redusere nærkontakter	Anbefaling
Beskyttelsestiltak i risikogrupper	Beskyttelsestiltak i helse- og omsorgstilbud Skjerming av personer i risikogrupper	Anbefaling Anbefaling
Informasjon til befolkningen	Opplysnings- og kommunikasjonstiltak	Forskrift kommunal beredskap § 4 Smittevernl. §§ 7-1, 7-2

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

Vedlegg 2 - Metode og datakilder

Vi vil rette en stor takk til Bærum kommune for et godt samarbeid. De har svart raskt på forespørsler, lagt til rette for intervjuer og delt aktuelle dokumenter.

Prosjektet har pågått siden desember 2020/januar 2021, etter at kontrollutvalget godkjente oppstart før endelig prosjektmandat forelå. Endelig prosjektmandat ble vedtatt 1. februar 2021. Datafangsten ble avsluttet i starten av 2022. Gjennomføring av planen for vaksinering inngår ikke i prosjektet.

I gjennomgangen av alle problemstillingene har vi hatt et skråblikk på hvordan Stavanger og andre aktuelle kommuner har håndtert den samme krisen (egne forvaltningsrevisjoner).

Vi har i det lengste prøvd å innhente data uten å forstyrre kommunen unødig i dette arbeidet.

Intervjuer

- Ordfører, varaordfører og tre gruppeledere (2 posisjon og 1 opposisjon (1 opposisjon besvarte ikke vår henvendelse)).
- Kommunedirektør (2 ulike personer i perioden)
- Kommunaldirektører: Velferd (var også leder for Pandemigruppen) og Organisasjon, styring og utvikling
- Kommunalsjefer; Pleie og omsorg (2 ulike i perioden), Helse og sosial og Organisasjon og interne tjenester
- Seksjonsledere: Sykehjem (2 ulike i perioden), Hjemmebaserte tjenester - samlokaliserte boliger, Hjemmebaserte tjenester - ambulerende tjenester og Helsetjenester barn og unge
- Tjenesteleder Friskliv og mestring, Avdelingsleder folkehelsekontoret (var også teamleder Smitteoppsporingsteam), leder for teststasjonen på Fornebu, teamleder for smittevernutstyr
- Beredskapsansvarlig, HR-direktør og kommunikasjonssjef i kommunen
- Kommuneoverlege, smittevernoverlege, avdelingsoverlege legevakten, tjenesteleder legevakten
- Leder for OPA/OPPA (operativ (pre)pandemi arbeidsgruppe), samt seksjonsleder helse
- Leder for Fagråd korona
- Ulike rådgivere i kommunen (kommunikasjon, OPA, samhandlingskoordinator)

Til sammen 35 intervjuer i Bærum kommune.

I tillegg har vi hatt flere kortere samtaler/kontakter med ansatte på ulike nivåer i Bærum kommune, samt noen i Asker og Stavanger for å avklare konkrete spørsmål og innhente diverse tall/informasjon/faktaopplysninger.

Dokumenter

- - Loggført informasjon i CIM. CIM (Crisis Information Management) er et digitalt krisestøtteverktøy som benyttes av kommunene, der det er lagt inn mye skriftlig informasjon. Formålet er å gi kriseledelsen et oppdatert situasjonsbilde og beslutningsstøtte i styringen av krisen. Her inngår planer, øvelser, ROS-analyser, ulike

typer situasjonsrapporter (daglige/ukentlige), saksframlegg og møtereferater, både mellom interne og med eksterne aktører (fylkesmannen ol.) og medieovervåking.[141]

- Dokumenter som er brukt fra CIM:
    - Månedsrapporter
    - Beredskapsplaner
    - ROS-analyser
    - Øvelser
    - Situasjonsrapporter
    - Møtereferater
    - Kriseledelsen
    - Pandemigruppen
    - OPPA/OPA-gruppen

- Skriftlig dokumentasjon ifm. koronahåndteringen som **ikke** er lagt inn i CIM:
    - Statsforvalterens tilsynsrapport Vallerhjemmet
    - Rapport intern gransking Vallerhjemmet med bakgrunnstidslinje
    - Andre aktuelle rapporter[142]
    - Lokal forskrift om forebygging av koronasmitte, Bærum kommune[143] (saksdokumenter/fremlegg formannskapet)
    - Tilsendte/delte beredskapsplaner, ROS-analyser, rutiner, retningslinjer[144], kontinuitetsplaner og covid-19-scenarier på ulike nivåer, (eks: smittevernplan, pandemiplan, fra HeSo, PLO og Skole)
    - Tidslinje PLO (fra kommunalsjef PLO)
    - Ukesrapporter Covid-19
    - Månedsrapporter OPA
    - Kommunenes nettside
        - Oppdateringer
        - Referater
        - Organisasjonskart
    - Bærum kommunens ansattportal
        - Planer
        - Rutiner
        - Koronahåndboken
    - Nasjonale retningslinjer/råd/rutiner/temassider
        - Folkehelseinstituttets temaside om korona med tall, statistikk, rapporter https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/
        - Helsedirektoratets temaside om covid-19 (koronavirus) med anbefalinger og informasjonsmateriell

---

[141] Typer dokumenter som det er lite av i CIM: Referater fra regionale møter og annen møteaktivitet mellom smittevernlegene, samt møter mellom Bærum og andre storbyer.

[142] Koronakommisjonens rapport, *Erfaringer med Covid-19 i norske sykehjem* (Senter for omsorgsforskning Øst, Sør, Vest, Midt og Nord), *Kartlegging av besøksrestriksjoner i omsorgsboliger under Covid-19* (Deloitte), *Kommunesektorens erfaringer – heldøgnsbemannet omsorg og hjemmetjenester* (KS)

[143] https://lovdata.no/dokument/LTII/forskrift/2020-10-01-1939

[144] Eks: Retningslinjer for medarbeidere ifm. Koronavirus (HR-sjef)

https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus
    - Regjeringens temaside om tiltak og råd til befolkningen https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/id2692388/
  - VGs koronastatistikk

Tall

- Testing i Bærum
- Smitteall for Bærum
- Karantenetall for Bærum og for kommunens ansatte
- Ressurser til smittesporing[145]
- Besøkstall for sykehjem og omsorgsboliger
- Anrop/henvendelser:
  - Koronatelefonen
  - Legevakten (116117)
  - Korona e-post
- Besøk, søk og tilfredshet med kommunens nettsider[146]
- Tall på antall nyhetssaker, mediesaker, poster i sosiale medier ol.[146]
- Tall for smittevernutstyr[147]

[145] Hentet fra ukesrapporter til Helsedirektoratet (Statsforvalter samler inn)

[146] Mottatt fra kommunikasjonsavdelingen

[147] Tilsendt materiale fra teamleder smittevernutstyr og hentet fra Power BI fil Helsedirektoratet (https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMTcwNDBlNTYtYjdiZS00ZDdlLWFhZWUtNjhlZTlmNmZmYzUxIiwidCI6IjZiYTFiZDVjLTc1MGYtNGFkNi1hYmEzLTBmOTU1ODViYzIxZiIsImMiOjh9)