

Jørgen Svalund og Bård Jordfald

Offentlig organisering og samvirkeprinsipp i møte med korona

Fafo-rapport
2022:28

Jørgen Svalund og Bård Jordfald

Offentlig organisering og samvirkeprinsipp i møte med korona

Fafo-rapport 2022:28

Fafo-rapport 2022:28

© Fafo 2022

ISBN 978-82-324-0663-0

ISSN 2387-6859

Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
1 Innledning	8
1.1 En varslet pandemi	8
1.2 Problemstillinger.....	9
1.3 Metode og data	11
1.4 Gangen i rapporten	16
2 Prinsipper og ansvar	17
2.1 Aktører og ansvar	17
2.2 Kommunalt ansvar.....	18
3 Beredskap og samvirke – før pandemien	26
3.1 ROS analyser på fylkeskommunalt nivå.....	26
3.2 Kommunale beredskapsråd og ROS analyser.....	28
3.3 Pandemi og samhandlingsutfordringer	32
3.4 Kommunale beredskapsplaner	33
3.5. Er samvirke et tema som tas opp i kommunale beredskaps og pandemi/smittevernsplaner?	34
3.6 Egenvurdering av ressursbruk	36
3.7 Sammenfatning.....	37
4 Beredskap og samvirke – under pandemien	38
4.1 Krisestab.....	38
4.2 Beredskapsrådet	39
4.3 Lokale smitteverntiltak.....	39
4.4 Var det eksisterende planverket til hjelp i en krisesituasjon?	42
4.4 Samvirkeutfordringer	43
4.5 Egenvurdering av ressurstilgang	45
4.6 Sammenfatning.....	46
5 Tjenesteproduksjon – under pandemien	47
5.1 Pleie og omsorgstjenester	48
5.3 Barnehagetjenester	53
5.5 Sammenfatning.....	58
6 Avslutning	60
Referanser	62

Forord

På forvinteren 2019 ble Fafo invitert av LO til å gjennomføre et prosjekt om beredskap, og hvordan ulike hendelser kunne sette norsk beredskap og krisehåndtering på prøve. Opprinnelig skulle Fafo gjennomføre casestudier med søkelys på outsourcing av offentlige funksjoner og hvordan offentlig organisering og samvirke da ville fungere. Ved prosjektoppstart våren 2020 var verden blitt helt annerledes. Et virus spredde seg fra Wuhan til alle verdens kroker, og norsk beredskap ble satt på en alvorlig prøve. Pandemiens omfang og innvirkning på alle sider ved arbeidsliv og styring av samfunnssikkerhet og beredskap, endret naturlig nok prosjektets innretning, hvor samvirkeprinsippet og offentlig-privat samhandling settes i sammenheng med beredskap og sikkerhetsarbeid knyttet til pandemien.

Takk til Are Tomasgård i LO for godt samarbeid, og til kommunedirektørene som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen vi gjennomførte.

Ved Fafo vil vi takke Mona Bråten for kvalitetssikring, og Jon Lahlum for ferdigstilling av rapporten.

Bård Jordfald og Jørgen Svalund
Fafo, høsten 2022

Sammendrag

Denne rapporten tar for seg sikkerhet og beredskap i Norge, og forhold knyttet til hvordan samhandling og samvirke fungerte i koronapandemien som traff landet i starten av mars 2020. Offentlig beredskap og krisehåndtering er i Norge bygd opp rundt fire prinsipper; ansvar, likhet, nærhet og samvirke. Den virksomhet som har ansvar for sektoren i det daglige, har også ansvar for forebygging, forberedelser og iverksetting ved eventuelle kriser. Virksomheten skal organisere sin normaltilstand mest mulig slik at den skal være i stand til å operere og håndtere en tilstand som er unormal. Det betyr at et beredskapsperspektiv må bygges inn i den operative driften av virksomheten. Med *nærhetsprinsippet* forstås at krisene skal kunne håndteres på lavest mulige nivå i organisasjonene, nærmest mulig der hendelsen oppstår. Herunder ligger det også at de som står nærmest den kritiske hendelsen er opplært i å takle den, og at virksomheten har tilført de ansatte kompetanse til å kunne det. Det siste prinsippet – *samvirkeprinsippet* – stiller «krav til at myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering» (St. Meld. 29 (2011-2012), s. 39). Samvirkeprinsippet kan tolkes som en intensjon, at hensikten er å ikke låse seg inne i eget ansvarsområde og vokte revir, men å få til sømløse løsninger til det felles beste. Beredskap omfatter mye, men i denne rapporten setter vi søkelys på to temaer som dels er sammenvevde. For det første er vi opptatt av hvordan samvirke og *samvirkeprinsippet*, fungerer i en krisetilstand, og for det andre, hvordan samhandling mellom ulike nivåer og mellom virksomheter, offentlige, og offentlig – private fungerer. Rapporten tar for seg følgende problemstillinger:

- I hvilken grad avspeiles samvirkeprinsippet i risiko- og sårbarhetsanalyser, og i beredskaps og smittevern/pandemiplaner på ulike forvaltningsnivåer?
- I hvilken grad forelå og følges samvirkeprinsippet opp, og hvordan koordineres og videreutvikles det?
- Hvordan oppfattes samvirkeprinsippet? Står det i strid med de tre andre beredskapsprinsippene og kan samvirkeprinsippet gi uklare styrings- og kommandolinjer?
- Hvordan er grenseflatene mellom statlige, kommunale og offentlig kontrollere selskaper organisert, og hvilken arbeidsdeling er innført i planverket?

Problemstillingene knyttes i rapporten til det kommunale nivået, da kommunene står for en stor del av tjenesteproduksjonen i Norge, og kommunene, og kommunelegene, er tildelt et stort ansvar i smittevernloven.

Datainnsamlingen i prosjektet er basert på tekst og dokumentstudier, analyser av data fra en webbasert spørreundersøkelse om beredskap og sikkerhetsarbeid i kommunene gjennomført av DSB blant alle landets kommuner i 2020, og en webbasert undersøkelse gjennomført av Fafo og Norstat i forbindelse med denne rapporten, vinteren 2021, rettet mot kommunedirektører (tidligere rådmenn) i norske kommuner.

I kapittel 2 går vi gjennom prinsipper og ansvar, og relevante lover, veiledninger og planer når det gjelder beredskap i en pandemi.

I kapitel 3 ser vi på fylkenes og kommunenes beredskap og arbeidet med det før pandemien virkelig traff kommunene gjennom den nasjonale nedstengningen 12. mars 2020. Vi finner at de fleste risiko og sårbarhetsanalysene (ROS-analyser) på fylkesnivå behandler pandemi, og utfordringene det kan medføre. Imidlertid er samvirke i liten grad et tema i analysene, spesielt knyttet til pandemi. Fire av fylkene beskriver aktuelle samvirkeutfordringer for kommunene. Selv om de er opptatt av utfordringene med en pandemi i den fylkeskommunale ROS-analysen, fant Statsforvalterne i februar 2020 at over halvparten av kommunene i fylket manglet en fungerende kommunal smittevernplan. Vi finner videre at behovet for samarbeid og samvirke mellom kommuner, eller mellom kommuner og private virksomheter, i liten grad omtales i de fylkeskommunale ROS-analysene.

Beredskapsråd kan ha en sentral rolle i beredskapsarbeid generelt, og til samvirke spesielt. Rådet består av lokale aktører fra den enkelte kommune, nabokommuner, private virksomheter og frivillige organisasjoner. Vi finner at en stor andel av kommunene hadde etablert beredskapsråd, selv om det er stor variasjon mellom fylkene. Nær sagt alle kommuner utfører ROS-analyser, men bare 61 prosent oppfyller alle krav til slike analyser. 29 prosent av kommunene hadde bare delvis, eller ikke i det hele tatt, vurdert risiko og sårbarhet utenfor egen kommune, 17 prosent hadde delvis, eller ikke i det hele tatt, vurdert kommunenes evne til å opprettholde kriseledelse ved uønskede hendelser.

I rapporten har vi et øye på utfordringer rundt, samvirke. Vi finner at 26 prosent av kommunene er med i et regionalt beredskapsråd, og i 5 av 17 kommuner ble det avholdt møter i perioden 26. februar til 12. mars 2020. 34 prosent av kommunene oppgir at samhandlingsutfordringer knyttet til pandemi var innarbeidet i kommunens ROS-analyse før 12. mars 2020. De fleste kommunene hadde en beredskapsplan, og en plan for kommunal kriseledelse i 2020, og 80 prosent av kommunene hadde i 2019 en helseberedskapsplan. 26 prosent av kommunene var med i et regionalt beredskapsråd, og i 5 av 17 kommuner ble det avholdt møter i perioden 26. februar til 12. mars 2020. Imidlertid viser en gjennomgang av 15 kommuners beredskaps og pandemiplaner at planene i svært liten grad omhandler konkrete samvirkeutfordringer. Ordet nevnes, men det er lite om hvordan samhandling mellom lokale aktører bør foregå, og hvordan dette skal forberedes.

I kapitel 4 ser vi på kommunenes beredskapsarbeid fra pandemien traff kommunene gjennom den nasjonale nedstengningen 12. mars 2020 til september 2020. Nesten alle kommunene satte krisestab, og nesten halvparten av kommunene hadde ifølge Fafos spørreundersøkelse møter i beredskapsrådet rett etter den nasjonale nedstengningen. Noen hadde møter både før og etter den nasjonale nedstengningen. 40 prosent av kommunene i Fafos undersøkelse gjennomførte lokale smitteverntiltak i den første uken etter 12. mars 2020. Andre undersøkelser viser at samvirkeutfordringer var en viktig grunn til at slike tiltak ble innført.

44 prosent av kommunene svarer at planverket var til stor hjelp i den innledende fasen av pandemien. Imidlertid manglet mange kommuner en smittevernplan, eller de måtte omarbeide den under den nasjonale nedstengningen. En del kommuner omarbeidet planene flere ganger, og 28 av 31 rådmenn svarte i Fafos spørreundersøkelse at det eksisterende planverket var til hjelp når de omarbeidet planene sine.

Kommunene svarer at de i liten grad opplever at samvirkeprinsippet står i strid med ansvarsprinsippet. 57 prosent av kommunene har opplevd at dette har skjedd minst en gang i pandemien.

I kapitel 5 ser vi nærmere på de to kommunale tjenesteproduksjonsområdene pleie og omsorg, og barnehagetjenester, og hvilke utfordringer disse har stått i etter at

viruset ankom. Mens eldreomsorgen i all hovedsak skjer i egenregi ute i kommunene, står de private barnehagene for om lag halvparten av produksjonen av barnehagetjenester.

Vi finner at pleie og omsorgstjenestene både før og under pandemien var preget av mange små stillinger, og at tre av fire ansatte hadde flere enn én stilling. Denne bemanningsstrukturen skaper utfordringer. De fleste kommunene unngikk bemanningsproblemer i pandemiens første fase, og noen kommuner inngikk avtale om langskift/langvakter i perioden 12. mars 2020-31. april 2020. Kommuner som møtte bemanningsutfordringer løste dette ved at deltidsansatte jobbet mer eller fulltidsansatte jobbet overtid.

Vi fant, som i andre studier, at mange jobber flere steder, enten det er flere stillinger i pleie og omsorg, eller ved å kombinere en stilling i pleie og omsorg med stilling(er) utenfor tjenesten. Dette innebar en utfordring med å begrense kontaktflatene. Drøyt halvparten av kommunene i Fafos spørreundersøkelse oppga at de begrenset de kommunalt ansattes mulighet til å jobbe på flere virksomheter i kommunens pleie og omsorgstjenester.

Vi ser også nærmere på barnehagetjenestene i kommunene. Vi er opptatt av om barnehagene hadde begrensninger i antall barn eller i åpningstider når de åpnet igjen våren 2020, og fant at tre av ti åpnet 20. april 2020, mens noen brukte noe mer tid. Gjenåpningen skjedde med redusert åpningstid i syv av ti kommuner. Vi spurte kommunedirektørene hvordan det har vært å operere med en privat tjenestetilbyder som en del av det kommunale tilbudet under pandemien, og 41 prosent av kommunaldirektørene oppga at de hadde egne beredskapsplaner innenfor oppvekstsektoren. Altså betraktelig færre enn innen pleie og omsorg.

Samvirkeprinsippet slår fast at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering. Et sentralt spørsmål er da om samvirkeprinsippet sto i strid med ansvarsprinsippet etter pandemiens inntog 12. mars 2020? Bare 3 prosent av kommunedirektørene svarer at dette hadde skjedd ofte. Det ser heller ikke ut til at forskjeller i driftsform (privat eller offentlig eid) førte til smittevernfarene utfordringer. Det var få, om noen, større samvirkeutfordringer mellom kommuner og private barnehager enn mellom kommunen og de egendrevne. Dette kan både skyldes at staten dekket opp for manglende foreldrebetaling i pandemiens startfase, og at rammefinansieringen sikret de private barnehager forutsigbar økonomi.

1 Innledning

Ansvar for innbyggernes sikkerhet og forberedelser for å hindre det, utgjør en av statens kjerneoppgaver. I nyere tid har dette vært satt på prøve på norsk jord to ganger. De fatale hendelsene 22. juli 2011, og ikke minst under koronapandemien.

Som en del av det overordnede statlige beredskapsarbeidet er det fire virksomheter som har et særskilt ansvar, og som årlig utarbeider sine trussel og sikkerhetsvurderinger. Politiets sikkerhetstjenestes (PST) sikkerhetsvurdering, som er særlig knyttet til politisk motivert vold fra enkeltpersoner eller grupper, Etterretningstjenesten (E-Tjenesten) som har søkelys på ytre trusler og forhold i utlandet som kan ha betydning for landets sikkerhet. Nasjonal sikkerhetsmyndighet (NSM) som vurderer risiko for samfunnskritiske funksjoner og infrastruktur, med særlig med vekt IKT og cyberkriminalitet, og Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) som skal ha oversikt over risiko og sårbarhet ellers i samfunnet. Som en del av sitt virkefelt utarbeider DSB årlige scenarioer, blant annet om naturkatastrofer, pandemier og store ulykker. Hensikten med disse scenarioene er å skissere hvor sannsynlig ulike hendelser er, å tegne opp mulige utfall, og beskrive hvordan offentlige myndigheter og private aktører best skal kunne forberede og håndtere det uventende.

1.1 En varslet pandemi

DSB utgir årlig rapporten «Analyser av krisescenarioer», hvor de tar for seg alvorlige hendelser som kan ramme- og hvilke som mest sannsynlig vil inntreffe. I 2019 traff rapporten godt, sammen med legemiddelmangel og regnflom i by, var pandemi hendelsen som hadde høyest sannsynlighet for å inntreffe (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2019, s. 210). Det var også antatt at en pandemi, om den traff Norge, ville ha omfattende innvirkning på store deler av samfunnslivet. Hva sier så DSB sitt scenario, og hvilke konsekvenser var det DSB mente Norge som samfunn kunne forvente?

Hendelsesforløp

Et nytt influensavirus som smitter primært ved dråpesmitte, og med 1–2 dagers inkubasjonstid, oppdages i Thailand i midten av desember. Virusets spres raskt, og influensapandemien når Norge i midten av januar. Pandemien når toppen etter seks uker og varer i fire måneder. Vaksiner blir ikke tilgjengelig i Norge i løpet av influensapandemien, og antiviralia har ikke effekt. Unge og arbeidsføre rammes særlig sterkt.

Tidspunkt

Pandemien registreres i Norge i januar, når toppen etter seks uker og varer i fire måneder.

Omfang

- 25 prosent av befolkningen blir smittet og sykdommen varer ca. 10 dager.
- 20 prosent av de syke oppsøker lege, og tre prosent av de syke legges inn på sykehus.
- 25 prosent av de innlagte trenger intensivbehandling.

Scenarioet er et nedskalert scenario fra den nasjonale pandemiplanen fra 2006, hvor det tegnes opp et hendelsesforløp, tidspunkt og omfang. Det har vist seg at scenarioet var treffsikkert, i den forstand at det ble trukket frem som en hendelse som kunne inntreffe med høy sannsynlighet. Samtidig traff det ikke like godt på gruppene som særlig ble rammet, andelen av befolkningen som ble smittet har vært langt lavere og det samme har sykefraværet. I ettertid (høsten 2021) kan vi også konstatere at den har vart mye lenger enn fire måneder, og delvis på grunn av den nasjonale og internasjonale responsen med stengte grenser og nedstenginger, har langt færre enn en fjerdedel av befolkningen blitt smittet.

Uansett, på alle nivå – stat, fylke, spesialisthelsetjenesten, og kommuner – har aktørene, i den grad de har forberedt seg, forberedt seg med utgangspunkt i et scenario som er intensivt, med et høyt trykk over kortere tid. Som det også ble påpekt av Koronakommisjonen har «Det har aldri vært planlagt for å bruke sterke nasjonale tiltak som igjen ville føre til at kommunene skulle få et svært langvarig ansvar for å holde smitten nede og følge opp smittede og syke, samtidig som de skulle opprettholde tjenester og funksjoner i lokalsamfunnet.» (NOU, 2021: 6, s. 238).

I DSBs vurderinger av sårbarhet pekes det på at «både primær – og spesialisthelsetjenesten vil komme under press under en pandemi med høy angrepsrate» (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2019, s. 69). Det pekes på at et pandemiutbrudd vil medføre høyt sykefravær, og at mange må være hjemme for å ta seg av familiemedlemmer, noe som vil gi redusert tilgjengelighet i kritiske samfunnsfunksjoner som forsyningssikkerhet, transport, helse og omsorg. Koordinering, og hvordan de som leverer disse tjenestene skal handle eller samhandle for å redusere sjansen for at sårbarhetene i pandemiscenarioet får reelle konsekvenser, utdypes ikke. Underveis i DSBs gjennomgang av pandemiscenarioet er det ingen ting som viser til samvirke, samordning eller koordinering av ulike tjenester, virksomheter eller myndigheter. Til slutt i scenariogjennomgangen listes flere ulike tiltak, og hele det avsluttende punktet dreier seg om ansvarfordeling. Først og fremst pekes det på at Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa inneholder detaljerte tiltaks- og beredskapsplaner for departementer og virksomheter med beredskapsansvar, og det trekkes frem at tiltaksplanen inneholder tematiske områder som 1) planlegging og koordinering, 2) respons, som innebærer å ha oppdaterte beredskapsplaner og strategier for å håndtere en pandemi i alle deler av helsesektoren og andre samfunnssektorer. Endelig, 3) det pekes på at tiltaksplanen har et område om kommunikasjon, som blant annet innebærer å ha planer for krisekommunikasjon.

1.2 Problemstillinger

Beredskap omfatter mye, men i denne rapporten setter vi søkelys på to temaer som dels er sammenvevde. For det første er vi opptatt av hvordan samvirke og *samvirkeprinsippet* fungerer i en krisetilstand, og for det andre, hvordan samhandling mellom ulike nivåer og mellom virksomheter, både mellom offentlige og mellom offentlige og private, fungerer. Engen et al. (2016) peker på at virksomheters beredskapsplan skal presisere ansvarsforholdet for både offentlige og private aktører. Dette gjelder også for frivillige aktører. Videre fremkommer det at en beredskapsplan må være fullt kompatibel med planer i andre relevante organisasjoner på samme nivå, og organisasjoner lavere og høyere i responshierarkiet. Det medfører behov for både vertikal og horisontal koordinering, og koordinering på tvers av organisatoriske grenser.

Offentlig organisering og samvirke

I Norge er offentlig beredskap og krisehåndtering bygget opp rundt noen gjennomgående prinsipper; ansvar-, likhet, nærhet- og samvirke. Den virksomhet som har ansvar for sektoren i det daglige, har også ansvar for forebygging, forberedelser og iverksetting ved kriser. Virksomheten skal organisere sin normaltstand mest mulig slik at den skal være i stand til å operere og håndtere en tilstand som er unormal. Det betyr at et underliggende beredskapsperspektiv må bygges inn i den operative driften av virksomheten. Med nærhetsprinsippet forstås at krisene skal kunne håndteres på lavest mulige nivå i organisasjonene, nærmest mulig der hendelsen oppstår. Herunder ligger det også at de som står nærmest den kritiske hendelsen er opplært i å takle den, og at virksomheten har tilført de ansatte kompetanse til å kunne det. I kjølvannet av 22. juli ble samvirkeprinsippet lagt til som grunnleggende prinsipp for sikkerhets- og beredskapsarbeidet. Med samvirkeprinsippet stilles det krav til at myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering. Mange år etter Gjørv-kommisjonen er spørsmålet om det fjerde prinsippet – samvirke- har blitt innarbeidet i beredskapsplaner og om alle aktørene har samme forståelse av innholdet. Særlig interessant er dette på tvers av forvaltningsnivåer og offentlig organisering. Beredskaps og sikkerhetsarbeid er organisert etter noen enkle prinsipper (se kapittel 2 for mer om dette), blant annet at de som har ansvar for en tjeneste til vanlig også har ansvar under en krise. Kommunene har ansvar for en rekke av tjenestene velferdsstaten leverer, som barnehage og skole, pleie og omsorg, og primærhelsetjenester. I rapporten har vi derfor satt kommunene i sentrum, og bruker dem som utgangspunkt når vi undersøker om og hvordan samhandling og samvirke håndteres i praksis. I rapporten forsøker vi om å finne ut om DSB-scenariet var innarbeidet i planverket, og om samvirkeprinsippet ble lagt til grunn. Videre ønsker vi å finne ut om det oppsto koordinerings- og styringsutfordringene for offentlige etater og virksomheter under koronapandemien. Hovedhensikten vil da være å vite mer om offentlig-offentlig samhandling. Operasjonalisert betyr det.

- I hvilke grad avspeiles samvirkeprinsippet i risiko- og sårbarhetsanalyser, og i beredskaps og smittevern/pandemiplaner på ulike forvaltningsnivåer?
- I hvilke grad forelå og følges samvirkeprinsippet opp, og hvordan koordineres og videreutvikles det?
- Hvordan oppfattes samvirkeprinsippet? Står det i strid med de tre andre beredskapsprinsippene og kan samvirkeprinsippet gi uklare styrings- og kommandolinjer?
- Hvordan er grenseflatene mellom statlige, kommunale og offentlig kontrollerte selskaper organisert, og hvilken arbeidsdeling er innført i planverket?

Operasjonalisering av kommunalt nivå

Problemstillingene knyttes i rapporten til det kommunale nivået, da kommunene står for en stor del av tjenesteproduksjonen i Norge, og kommunene og kommunelegene er tildelt et stort ansvar i smittevernloven. Mye smittevern og beredskap knyttet til pandemien er altså delegert til den enkelte kommune. Det betyr at det kommunale nivået er sentralt for å forstå hvordan de gjennomgående prinsippene for beredskap og krisehåndtering, inkludert samvirkeprinsippet, fungerer. I startfasen av pandemien etterlyste enkelte kommuner klarere sentrale føringer, noe som medførte at kommuner som Frosta og Oslo i mars 2020 innførte strenge regler i forkant av nasjonale krav, regler og retningslinjer. På denne tiden var det en rekke ulike lokale vedtak

om innreisekarantene i enkeltkommuner, for eksempel Røst og Mo i Rana, fylker som Møre og Romsdal, og i en del tilfeller innreiseforbud i kommuner i nord for befolkningen som var bosatt i kommuner sør for Sør-Trøndelag (søringkarantene) (Indset & Stokstad, 2020, s. 15). Videre etterlyste enkelte kommuner/kommuneoverleger, en nasjonal handlingsplan for smittevern (Befring et al., 2020).

For å kunne si noe om hvordan det kommunale tjenestetilbudet ble gjennomført i perioden, er vi avhengig av kunnskap om det kommunale beredskapsarbeidet og tilbakemeldinger fra tjenesteprodusentene. Særlig ønsker vi å vite mer om arbeidsdelingen mellom offentlige og private tjenesteprodusenter og virkninger dette kan hatt på kommunalt nivå.

- Hvilke konsekvenser har arbeidsdelingen mellom kommunale og private tjenesteprodusenter hatt for samhandlingen mellom aktørene på kommunalt nivå under pandemien?
- I hvilken grad skaper oppdeling av barnehagetjenester i kommunal og privat regi utfordringer for smittevern og beredskap?

Kartet over kommune-Norge viser 356 kommuner, som har fra i underkant av 200 innbyggere på Utsira til Oslos snau 700 000. Norske kommunene er forskjellige når det kommer til nærhet til sykehus, geografisk areal, befolkningstetthet, infrastruktur og næringsliv. Mens store kommuner kan ha eget beredskapspersonale med faglig bakgrunn, har de som har ansvar for det i mindre kommuner kanskje ansvar for mange andre kommunale oppgaver (Øren et al., 2016, s. 15). Samtidig som små kommuner i mindre grad har særskilte stillinger eller avdelinger knyttet til sikkerhets og beredskapsarbeid kan arbeidet med samordning og samvirke, i alle fall internt i kommunen, være enklere. Å være en stor kommune med mye ressurser, men stor befolkning og tjenesteproduksjon, kan i like stor grad være utfordrende som å være en liten kommune med små ressurser – men med god oversikt.

Det må også tillegges at det i årene før 2020 ble arbeidet med ny kommune- og fylkesreform i Norge. Antall fylker ble redusert fra 19 til 11, og antall kommuner har gått ned fra 428 i 2017 til 356 kommuner i 2020. For nye kommuner kan det være at forberedelsene og planer om hvordan ulike hendelser skulle håndteres, ikke var justert og oppdatert til de nye administrative enhetene. Reformen førte til 43 nye kommuner, og innebar at nesten hver tredje innbygger bodde i en ny kommune (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2020a). I korthet betyr det at både nye og gamle kommuner, av forskjellig størrelse, kan ha utfordringer knyttet til sin beredskap, og dermed evne til å håndtere pandemien.

1.3 Metode og data

Datainnsamlingen er basert på tekst og dokumentstudier, analyser av data fra en webbasert spørreundersøkelse om beredskap og sikkerhetsarbeid i kommunene gjennomført av DSB i alle landets kommuner i 2020 (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2020), og en webbasert undersøkelse gjennomført av Fafo og Norstat i forbindelse med denne rapporten vinteren 2021, rettet mot kommunedirektører i norske kommuner.

Dokumentanalyse

I første del av prosjektet ble det gjort en gjennomgang av DSB-scenariet med henblikk på punkter eller hendelser som utfordrer samvirkeprinsippet, og hvordan oppsplitting av offentlige oppgaver vurderes av DSB i et smittevernperspektiv. Deretter ble

det hentet inn empiri som kunne belyse forholdet mellom forventninger, planer og realiteter. I arbeidet med DSBs scenario, og analysen av kommunes beredskap og håndtering av pandemien har vi studert offisielle nasjonale dokumenter, slik som smittevernloven, nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa (Regjeringen, 2014), de nasjonale faglige råd for pandemiplanlegging (Helsedirektoratet, 2019), den nasjonale smittevernveilederens kapittel om smittevernarbeid i Norge (FHI, 2019), og DSBs veileder til forskrift om kommunal beredskapsplikt (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2018).

Statsforvalteren har innenfor sitt ansvarsområde å gi råd og følge opp kommunenes arbeid med risiko og sårbarhetsanalyse(r). I tillegg til at kommunene skal utarbeide slike i egen kommune, skal det foreligge slike også på fylkesnivå. Disse planene, og oppfølgingen fra statsforvalteren, kan påvirke om, og hvordan kommunene arbeider med smittevern og samvirke mellom aktører i og utenfor kommunen i sitt beredskapsarbeid. Derfor analyseres også disse dokumentene, og vi undersøker om de forholder seg til smittevern og pandemiplanlegging. Videre om beredskapsprinsippet om samvirke benyttes i dokumentene, og/eller om samvirke og samhandling/koordinering er en sentral del når det gjelder pandemiscenarioer i de fylkeskommunale ROS-analysene. I prosjektet har vi samlet inn de nyeste tilgjengelige fylkeskommunale risiko og sårbarhetsanalysene, som i prosjektperioden var høsten 2020, jf. tabell 1.1.

Rapportene har blitt hentet ned fra Statsforvalternes nettsider, hvor siste versjon av disse analysene har vært tilgjengelig. Som nevnt har det nylig vært en regionreform, hvor 19 fylker ble til 11. Noen av fylkene arbeider derfor med en oppdatert fylkes-ROS, som dekker hele det nye fylket, mens andre allerede hadde en slik klar (se tabell 1.1). For Nordland, Møre og Romsdal og Rogaland er fylket det samme og de geografisk-administrative endringene små.

Tabell 1.1 Oversikt over FylkesROS-analyser som er samlet inn og studert

Fylker	Rapporter fra tidligere fylkesstruktur	År analysen er publisert
Agder		2017
Møre og Romsdal		2017
Troms og Finnmark		2019
Trøndelag 2019		2019
Nordland		2019
Vestland	Hordaland	2015
	Sogn og Fjordane	2017
Rogaland		2018
Vestfold og Telemark		2020
Oslo og Viken	Oslo og Akershus	2016
	Buskerud	2015
	Østfold	2017
Innlandet	Oppland	2018
	Hedmark	2018

Ifølge smittevernlovens § 7.1 tredje ledd skal det finnes en kommunal smittevernplan for hver kommune. Kommunene bør ha en egen pandemiplan, men det er ikke nedfelt krav om dette i regelverket. Pandemiplanen kan være en del av den kommunale

smittevernplanen. I prosjektet har vi sett nærmere på beredskaps og pandemiplanene til 15 kommuner, plukket ut etter størrelse. Tidligere studier av sikkerhets- og beredskapsarbeid viser at små kommuner i mindre grad har et system for sikkerhets- og beredskapsarbeid (Øren et al., 2016). Videre ønsket vi at vårt utvalg av kommuner skulle dekke ulike deler av landet. Vi ønsket å gå gjennom planene, og la til grunn at disse skulle være tilgjengelige. Imidlertid viste det seg at svært mange av de mindre kommunene vi først valgte ut ikke hadde (tilgjengelige) beredskaps eller smittevernplaner. Dette er ikke overraskende. Da koronasituasjonen ble erklært som global helsekrise ga Helsedirektoratet statsforvalterne i oppdrag å undersøke hvor mange av Norges kommuner som manglet eller hadde en utdatert smittevernplan. (Helsedirektoratet, 2020) Aftenposten fikk innsyn i rapportene, og viste at 252 kommuner hadde en oppdatert og velfungerende smittevernplan, mens 74 kommuner enten manglet smittevernplan eller hadde et planverk som var utdatert eller måtte følges opp av andre årsaker, som for eksempel kommunereformen (Torset & Furuly, 2020). Helsedirektoratets sammenstilling viste at smittevernplan manglet i over halvparten av kommunene i Nordland, og rundt halvparten av kommunene i Innlandet, Troms og Finnmark, og Trøndelag (NOU, 2021: 6, s. 79). Gjennomgangen viste også at mange av smittevernplanene var utdatert.

Hvilke beredskaps og pandemiplaner vi så nærmere på, kommer frem i tabell 1.2.. Vårt mål var ikke å gå gjennom et utvalg kommuners planer og lete etter om kommunene hadde planer eller ikke, og hva de eventuelt mangler. Dette har som nevnt helsedirektoratet og koronakommisjonen gjort. For oss var målet å få innblikk i hvordan kommuners overordnede beredskapsplaner tar for seg pandemi, og trekke frem hvordan de kommunene som har gode gjennomganger beskriver hvordan deres smittevern og pandemiberedskap skal være.

Tabell 1.2 Utvalget av kommuner. Gjennomgang av kommunale smittevernplaner.

	Befolkning
Modalen	388
Måsøy	1225
Masfjorden	1691
Nesna	1761
Birkenes	5226
Søndre Land	5617
Herøy	8900
Sula	9310
Senja	14851
Nittedal	24249
Harstad	24703
Tromsø	76974
Lillestrøm	85893
Trondheim	205163
Oslo	693494

Kommuneundersøkelsen 2020

Sommeren 2020 gjennomførte DSB sin årlige spørreundersøkelse om status for samfunns – og beredskapsarbeidet i kommunene (DSB, 2020a). Undersøkelsen er gjennomført elektronisk, og ble sendt til beredskapskoordinator i kommunene. Disse kunne trekke inn annen nødvendig fagkompetanse ved behov. 99 prosent av kommunene svarte på undersøkelsen i 2020, noe som må betegnes som ekstremt høyt. Samtidig kan undersøkelsen oppfattes som kommunes rapportering til Statsforvalteren og DSB, og er ikke anonymisert. De årlige rapportene brukes av DSB og statsforvalterne i deres oppfølging av kommunenes arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap.

DSB har gjort rådata til denne undersøkelsen tilgjengelig for alle, og i rapporten har vi brukt dette datasettet og analysert svarene fra undersøkelsen i større detalj enn det som er gjort i DSBs egen rapport. Gjennom undersøkelsen får vi blant annet et innblikk i kommunenes beredskap, om de har beredskapsråd, hvordan de arbeider med planer, og med samvirkeutfordringer. Gjennom bruk av undersøkelsen fikk vi tilgang til svært gode data som vi ikke kunne fått med samme kvalitet i egen regi. I tillegg til DSBs datasett, har vi koblet på tall fra Statistisk sentralbyrå som viser befolkningen i kommunene.

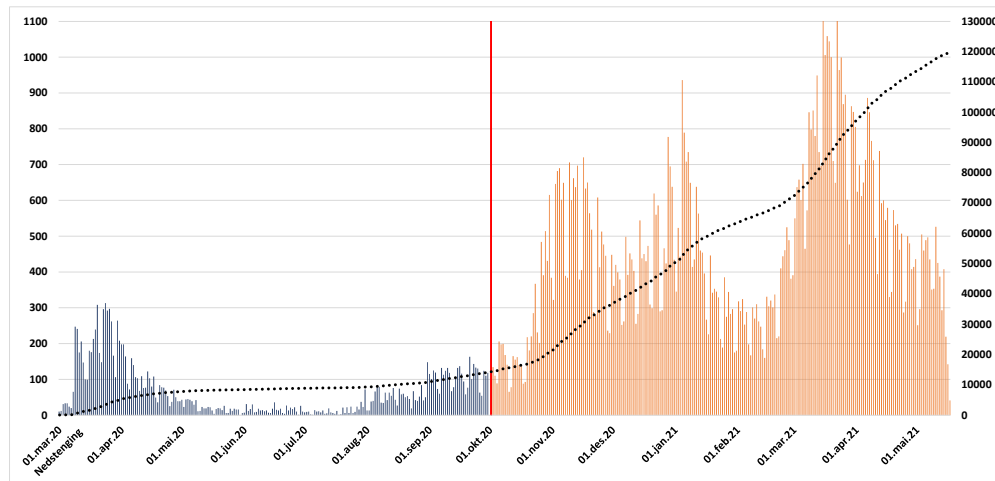
Fafos undersøkelse blant kommunedirektører

DSBs årlige undersøkelser om kommunal beredskap gir verdifull og troverdig informasjon om beredskapsarbeid i kommunene. Den gir en god del informasjon som er viktig for denne rapporten. DSB sin undersøkelse gir oss imidlertid ikke tilstrekkelig kunnskap om samvirkeutfordringer generelt, verken før eller under pandemien. Den gir heller ikke informasjon om samvirke innenfor pleie og omsorg, og barnehagesektoren. Vi gjennomførte derfor en egen undersøkelse blant landets kommuner. Å måle noe som er i konstant endring, har sine utfordringer. Gjennomgående er det og slik at man husker best det som nylig skjedde. Vi valgte å dele undersøkelsen inn i tre perioder, hvor respondentene fikk oppgitt hvilke tidsrom vi ønsket å vite mer om:

- Første periode; fra første sykdomstilfelle ble oppdaget i Tromsø 26. februar 2020 og frem til nasjonal nedstenging 12. mars 2020.
- Andre periode; under den nasjonale nedstengingen fra 12. mars til 30. april 2020.
- Tredje periode: Gjenåpningsfasen fra 1. mai til 30. september 2020).

Kommunedirektørundersøkelsen har ingen spørsmål om hendelser etter 1.oktober 2020. Importsmitten som tiltok høsten 2021 eller den nasjonale nedstengningen som skjedde i 2021 er det dermed ikke spurt noe om.

Figur 1.1 Antall Covid-19 smittede i Norge. Kilde MSIS Folkehelseinstituttet



Figur 1.1 viser hvordan smitteutbredelsen har vært på landsbasis fra februar 2020 og frem til mai 2021. De blå søylene i figuren viser hvordan smittetrykket var i perioden som respondentene skulle ta stilling til, mens de røde søylene viser tiden etter. Sett i lys av den samlede smittesituasjonen frem til mai 2021, betyr det at 12 prosent av samlet smitte skjedde i første fase frem til 1.oktober 2020. Hele 88 prosent av smitten som er konstatert gjennom tester har skjedd i perioden etter. Det er viktig å huske på at bare helsepersonell og innlagte på sykehus som mistenkte at de var smittet av korona ble testet vinteren 2020, mens den senere TISK strategien innebærer en utstrakt testing. Det er dermed grunn til å forvente at det reelle antallet smittede var klart høyere vinteren 2020 enn det som kommer frem i figuren. Samtidig har innbyggere i en stadig større andel av kommunene vært smittet. Allikevel må tilbakemeldingene vi fikk fra kommunedirektører tolkes i lys av økt smitte. På den andre siden er vi opptatt av beredskap og hvordan man håndterte situasjonen da den oppsto vinteren 2020. Etter hvert som pandemien varte, ble rutiner etablert og det institusjonaliserte seg også praksis hvor nye rutiner ble utprøvd og praktisert. Likevel er det verd å minne om at smittetrykket etter perioden vi spurte om har vært betydelig høyere.

Gitt forskjell både i størrelse, koordinering og ikke minst smittetrykk mellom norske kommuner, var vi avhengige av å få kontakt med de i kommunene som hadde best oversikt over den kommunale beredskapen. I enkelte kommuner er det egne beredskapskoordinatører som har denne oversikten, mens det i andre kommuner utgjør en brøkdel av stillingen til én administrativt ansatt. Videre er norske kommuner forskjellig organisert, og det er variasjoner mellom dem i tjenestetilbud og hvor stor andel av det samlede tjenestetilbudet som produseres i egen regi og hvor mye som kjøpes inn, for eksempel private barnehagetjenester. Vi falt da ned på å kontakte den som har den høyeste administrative stillingen i kommunen; kommunedirektør.

Selve undersøkelsen ble utført elektronisk i regi av Norstat, hvor 356 kommunedirektører ble kontaktet. Første utsendelse var 26. januar 2021, og målgruppa ble minnet på undersøkelsen fem ganger før undersøkelsen ble lukket 25. mars 2021. Til sammen fikk vi svar fra 66 kommunedirektører, i underkant av 19 prosent av utvalget. Selv om vi var klar over at målgruppa var vanskelig å nå, og at mange av dem definitivt var opptatt med pandemien i tillegg til de vanlige gjøremålene, er svarprosenten i det nedre sjiktet. Det lave antallet svar kan bety noe for representativiteten til undersøkelsen, dersom frafallet er systematisk. Det er en noe lavere svarandel fra de 10 prosent minste kommunene, de med under 1200 innbyggere. Det var også en lavere andel

av kommunedirektørene i kommuner med mellom 5601 og 7500 innbyggere som svarte. Ellers er det ingen forskjeller etter innbyggertall.

Det lave antallet svar innebærer at utvalget i framstillingene bare vil bli analysert langs to dimensjoner; mengden smitte i perioden 1. mars til 30. september 2020, og størrelse på kommunene. Skillet mellom store og små kommuner satt til 5600 innbyggere, ettersom dette var medianverdien blant de som svarte. Dette er også median blant alle landets kommuner. Halvparten svarte altså på vegne av kommuner med under 5600 innbyggere mens den andre halvparten svarte på vegne av kommuner med mer enn 5600 innbyggere.

Registeranalyser

Ved hjelp av registeranalyser har vi i kapittel 5 sett nærmere på hvor mange arbeidstakere i pleie og omsorg som arbeider deltid, og om de har flere arbeidsforhold ellers i kommunen eller i andre deler av offentlig eller privat sektor. Beregningene bygger på sist tilgjengelige registerdata fra oktober 2018 og representerer normaltstanden før viruset oppsto. Vi har ikke gjennomført tilsvarende analyser for ansatte i barnehager, fordi andelen som arbeider deltid og eller har flere arbeidsforhold er lavere.

1.4 Gangen i rapporten

I rapportens andre kapittel redegjøres det nærmere for hvilke prinsipper som ligger til grunn for beredskapsarbeidet og hvordan pandemiberedskapens mest sentrale offentlige organer har organisert arbeidet. Dette skal fungere som en viktig bakgrunn for kapittel 3 og 4. I det tredje kapitlet ser vi hvordan det kommunale og fylkeskommunale planverket var forut for pandemien, og hvor mye vekt det var lagt på samvirke mellom ulike private og offentlige aktører. I det fjerde kapitlet går vi gjennom hvordan kommunene agerte tidlig i pandemien, og hvor stor vekt de la på sitt eget planverk, om de måtte revidere underveis, om de hadde lagt ned nok ressurser i beredskapsarbeidet, og hvordan det eksisterende planverket hadde fungert. Videre ser vi på hva kommunedirektørene melder tilbake på samvirkeutfordringer mellom kommuner og andre offentlige virksomheter (FHI, helseforetak, Statsforvalteren o.a.). I rapportens femte kapittel ser vi nærmere på to kommunale tjenesteproduksjonsområder; pleie og omsorg og barnehagetjenester, og hvilke utfordringer disse har stått i etter viruset ankom. Mens eldreomsorgen i all hovedsak skjer i egenregi ute i kommunene, står de private barnehagene for om lag halvparten av produksjonen av barnehagetjenester. Rapporten avsluttes med en drøfting, hvor vi oppsummerer rapportens hovedfunn og diskuterer hva studien kan fortelle om samvirke, samvirkeprinsippet og bevisstheten rundt begrepet.

2 Prinsipper og ansvar

I denne rapporten ser vi nærmere på hvordan Norge som samfunn, og spesielt kommunen, forbereder seg på ulike former for hendelser, og organiserer seg når de inntrer. Fastlagte prinsipper og ansvar, og planer for beredskap er derfor viktig. I dette kapitlet beskriver vi nærmere hvordan dette er organisert.

Offentlig beredskaps- og krisehåndtering er som nevnt bygd opp rundt fire gjennomgående prinsipper; ansvar, likhet, nærhet og samvirke. I praksis ligger det i dette at den virksomhet som har *ansvar* for sektoren i det daglige, også har ansvar for forebygging, forberedelser og iverksetting ved eventuelle kriser. Med andre ord er det ikke andre aktører som skal inn og overta ansvar, dersom en krise skulle oppstå. Videre skal virksomheten ha organisert seg mest mulig *likt* under en krise som i det daglige. Virksomheten som har ansvaret, må ha organisert sin normaltilstand slik at den skal være i stand til å operere og håndtere en tilstand som er unormal. I det ligger det også at et underliggende beredskapsperspektiv må bygges inn i den operative driften av virksomheten. Med *nærhets*prinsippet forstås at krisene skal kunne håndteres på lavest mulige nivå i organisasjonene, nærmest mulig der hendelsen oppstår. Herunder ligger det også at de som står nærmest den kritiske hendelser også er opplært i å takle den, og at virksomheten har tilført de ansatte kompetanse til å kunne det.

Det siste prinsippet – *samvirkeprinsippet* – oppsto og ble implementert som en følge av 22. juli og erfaringene med manglende samhandling mellom ulike offentlige etater. Samvirkeprinsippet stiller «krav til at myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering». I følge Gjørsv-kommisjonen medfører innføringen av samvirkeprinsippet ingen endring i de tre øvrige prinsippene (NOU, 2012: 14, s. 70). Samvirkeprinsippet henger litt på siden av de tre andre prinsippene, og kan snarere bli tolket som en intensjon – hvor hensikten ikke er å låse seg inne i eget ansvarsområde og vokte revir, men å få til sømløse løsninger til det felles beste.

2.1 Aktører og ansvar

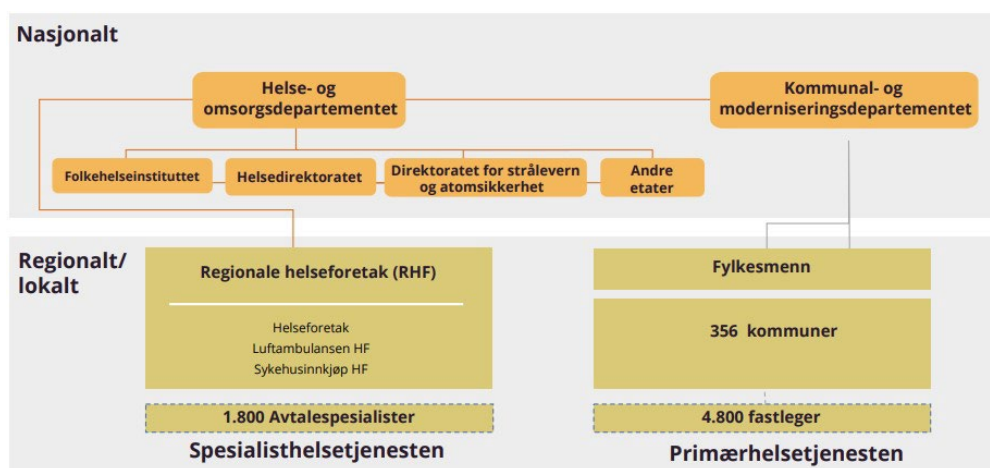
I Sivilbeskyttelsesloven fra 2010 er det en bestemmelse om kommunal beredskapsplikt, og i 2011 ble det iverksatt en forskrift om kommunal beredskapsplikt. Gjennom loven pålegges kommunene en generell beredskapsplikt, mens forskriften pålegger kommunene en sektorovergripende kommunal beredskapsplikt. Kommunene har ansvar for å vurdere og planlegge samfunnssikkerhet og beredskap i et helhetlig perspektiv, slik prinsippet om nærhet, likhet og ansvar også legger opp til.

I sikkerhet og beredskapsarbeid er det mange aktører som skal samarbeide og samvirke når ved ulike hendelser. Hvordan dette skal skje, og hvem som har ansvaret når, følger av de fire prinsippene for beredskap. I figur 2.1 kommer aktørene innen helse og omsorgssektoren frem, slik de fremstilles i nasjonal beredskapsplan mot alvorlige smittsomme sykdommer (Helse og omsorgsdepartementet, 2019). Det er viktig å legge merke til at det er Statsforvalteren som er bindeledd mellom lokalt og nasjonalt nivå innen sikkerhet og beredskap. Som en del av dette gjennomfører Statsfor-

valteren en fylkesvis risiko- og sårbarhetsanalyse, som så skal følges opp med tilsvarende kommunale analyser. Disse skal analysere risiko for ulike typer hendelser, avdekke hvilke konsekvenser hendelsene kan ha, og få frem om fylket eller kommunen er i stand til å håndtere de ulike hendelsene. Disse ROS-analysene skal så følges opp i ulike kommunale beredskapsplaner.

Det vil alltid være en avveining av overordnet styring og koordinering kontra nærhet. Kommunen har, etter smittevernloven, ansvar for å vurdere situasjonen og iverksette tiltak for å begrense utbredelse av et utbrudd og behandle syke sammen med spesialisthelsetjenesten. FHI skal gi kommunene faglige råd om dette. Samtidig, som det vektlegges i nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, kan det i noen tilfeller være behov for å koordinere innsatsen i et nasjonalt perspektiv (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12). Heller ikke i slike tilfeller endres kommunenes ansvar for å håndtere smitteutbruddet lokalt etter smittevernloven, men kommunen er da en del av en nasjonal innsats.

Figur 2.1 Aktørene i helse og omsorgssektoren. Kilde: Helse og omsorgsdepartementet 2019: 12, figur 12



2.2 Kommunalt ansvar

Prinsippene for sikkerhet og beredskap hviler som nevnt på de fire grunnpilarene: ansvar, likhet, nærhet, og samvirke. Smittevernloven regulerer på sin side ulike aktørers ansvar ved smittsomme sykdommer. Samtidig finnes det andre beredskapsplaner som ulike aktører også skal forholde seg til. Skal en få en forståelse av ansvar, og samvirke mellom aktører, er det viktig å ha klart for seg hva smittevernloven innebærer, og hvordan forholdet er mellom ulike beredskapsplaner som kan gripe inn i pandemiberedskap og pandemihåndtering. Hvilket ansvar legges på folkehelseinstituttet, helsedirektoratet og ulike nasjonale retningslinjer, og hvilket ansvar hviler på kommunene og kommuneoverlegen og andre under det sentrale nivået? Omtales samhandlingen mellom aktører, der kommunen er en av dem, i de overordnede nasjonale beredskapsplanene?

Smittevernloven

En sentral lov er smittevernloven, som er ment å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer. Loven angir hvorvidt og hvordan befolkningen skal informeres og veiledes i kapittel 1, helsepersonells varslingsplikt i kapittel 2, og hvordan og hvilke undersøkelser som kan eller skal gjøres for å avdekke spredning av sykdom, samt forhold rundt vaksinerings. For denne rapporten er to kapitler, kapittel 4 og 7, særlig relevante.

Kapitel 4 i smittevernloven tar for seg det som benevnes «andre smitteverntiltak» (se boks under). I kapitlet trekkes det opp hvem som er ansvarlige myndigheter, og i samsvare med prinsippet om nærhet, er kommunen sett på som et viktig og sentralt lokalt organ når det gjelder smittevern. Kommunestyret kan vedta å stenge virksomheter som samler mange mennesker, som skoler, barnehager, flyplasser og kjøpesentre, nedlegge forbud mot sosiale sammenkomster, begrense personers geografiske bevegelsesfrihet, slik det ble gjort av enkeltkommuner vinteren/våren og senhøstes 2020 og vinteren 2021. Kommunestyret kan også pålegge offentlige og private ulike former for renhold. Kommunelegen er den som utøver makt på vegne av kommunestyret. Helsedirektoratet kan også vedta tiltakene nevnt over.

Smittevernloven

«Kap. 4. Andre smitteverntiltak

§ 4-1. *Møteforbud, stenging av virksomhet, begrensning i kommunikasjon, isolering og smittesanering*

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret vedta

- a) forbud mot møter og sammenkomster eller påbud om andre begrensninger i den sosiale omgangen overalt der mennesker er samlet,
- b) stenging av virksomheter som samler flere mennesker, f.eks. barnehager, skoler, svømmehaller, flyplasser, butikker, hoteller eller andre bedrifter og arbeidsplasser – eller begrensninger i aktiviteter der,
- c) stans eller begrensninger i kommunikasjoner,
- d) isolering av personer i geografisk avgrensede områder eller andre begrensninger i deres bevegelsesfrihet i opptil sju dager om gangen,
- e) pålegg til private eller offentlige om rengjøring, desinfeksjon eller destruksjon av gjenstander eller lokaler. Pålegget kan også gå ut på avlving av selskapsdyr, utrydding av rotter og andre skadedyr, avlusing eller annen smittesanering.

Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet.

Har kommunestyret eller Helsedirektoratet truffet vedtak om tiltak etter første eller andre ledd som den ansvarlige ikke retter seg etter, kan kommunestyret sørge for at tiltakene blir satt i verk. Kommunestyret kan sørge for iverksetting av tiltakene også dersom den ansvarliges holdning eller atferd kan medføre at iverksettingen blir forsinket, eller dersom det er uvisst hvem som er den ansvarlige. Tiltakene gjennomføres for den ansvarliges regning, kommunen hefter for kravet om vederlag.

Ved iverksetting av tiltak som nevnt i bokstav e, kan kommunestyret bruke og om nødvendig skade den ansvarliges eiendom. Ved iverksetting av tiltak som nevnt i første ledd bokstav d og e, kan kommunestyret mot vederlag også bruke eller skade andres eiendom. Det er et vilkår at vinningen er vesentlig større enn skaden eller ulempen ved inngrepet.

Den som har satt i verk tiltaket, skal straks oppheve vedtaket eller begrense omfanget av det når det ikke lenger er nødvendig. I hastesaker kan kommunelegen utøve den myndighet kommunestyret har etter denne paragrafen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om de forskjellige tiltak, herunder fastsette krav til metoder og midler som skal brukes og til kvalifikasjoner hos de personer som skal sette i verk tiltak. I forskrift kan det også fastsettes bestemmelser om plikt til løpende gjennomføring av tiltak som nevnt i første ledd bokstav e.»

Kapitel 7 i smittevernloven er også sentralt for hvor ansvaret for forebyggende tiltak legges. Undersøkelser, behandling og pleie på kommunen (se boks under). Kommunen skal skaffe oversikt over omfanget, og det påpekes at kommunene skal samarbeide med andre myndigheter som har påvirkning på betydningen av tiltakene. Det trekkes videre frem at kommuneoverlegen er ansvarlig i kommunen, og at det er vedkommende som skal utarbeide forslag til forebyggende tiltak og bistå med oppgaver knytte til vern mot slike sykdommer.

«§ 7-1.Kommunen

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

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

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

Kommunen skal føre tilsyn og sørge for at reglene i loven blir overholdt og at vedtak i medhold av loven blir gjennomført.

Ved iverksetting av tiltak etter § 3-1 og 3-8 kan kommunen mot vederlag bruke og om nødvendig skade andres eiendom.

Kommunens myndighet etter denne lov kan delegeres etter reglene i kommuneloven eller til et interkommunalt organ.

§ 7-2.Kommunelegen

Kommunelegen skal utføre de oppgaver innen smittevernet som pålegges i loven her. I kommuner med flere kommuneleger skal kommunestyret utpeke en av dem til å utføre disse oppgavene. Det bør også utpekes en stedfortreder for denne. I store bykommuner med bydelsforvaltning skal kommunestyret utpeke en lege til å utføre de av kommunelegenes oppgaver som angår hele kommunen eller store områder.

Kommunelegen skal:

- a) utarbeide forslag til plan for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vern mot smittsomme sykdommer, herunder beredskapsplaner og -tiltak, og organisere og lede dette arbeidet,
- b) ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen,
- c) utarbeide forslag til forebyggende tiltak for kommunen,
- d) bistå kommunen, helsepersonell og andre i kommunen som har oppgaver i arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer,
- e) gi informasjon, opplysninger og råd til befolkningen om vern mot smittsomme sykdommer,
- f) utføre alle andre oppgaver som følger av loven eller bestemmelser i medhold av loven, og medvirke til effektive tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer og motvirke at de blir overført.

Departementet kan i forskrift bestemme at kommunelegen også skal ha andre oppgaver, og herunder angi det nærmere innholdet i de enkelte oppgaver.

Når kommunen har lagt smittevernoppgavene til et interkommunalt organ, jf. § 7-1 sjette ledd, kan kommunestyret delegerer kommunelegens myndighet etter denne lov til en eller flere leger ansatt i dette organet.

I kapitlet 7 står det også en del om ansvaret til det regionale helseforetaket. Imidlertid står det ingenting om hvordan det kommunale nivået skal sørge for godt samvirke med sentrale myndigheter, eller med det regionale helseforetaket. Det står heller ingen ting om hvordan det regionale helseforetaket skal samarbeide eller samvirke med det kommunale eller sentrale nivået. Imidlertid pekes det i § 7-4 på at Statsforvalteren «skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smittevern, samt yte bistand ved behov.» Videre pekes det på i § 7-9 at Folkehelseinstituttet skal gi faglig bistand, råd veiledning og informasjon til kommunale, fylkeskommunale og statlige institusjoner om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak. § 7-10 avklarer forholdet mellom kommunene og Helsedirektoratet, og det fremheves at Helsedirektoratet kan bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre enkelte tjenester. § 7-11 omtaler også ansvar og samarbeid, og der legges det vekt på at departementet kan gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha.

§ 7-10. Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter denne loven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet skal innhente kunnskap fra Folkehelseinstituttet og legge denne kunnskapen til grunn for sine vurderinger.

Helsedirektoratet kan bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern.

På tilsvarende måte som etter foregående ledd kan Helsedirektoratet pålegge helsepersonell å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer.

§ 7-10 a. Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn skal ha det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven.

Statens helsetilsyn kan gi pålegg om retting eller stenging i samsvar med helsetilsynsloven.

Kommuneloven kapittel 30 gjelder når det føres tilsyn med kommuner.

I samme kapitel i loven beskrives også rollen til ulike statlige etater, og til helse og omsorgsdepartementet (omtalt som Departementet)

§ 7-11. Forskrifter om organisering, samarbeid, oppgaver, utgiftsfordeling og smittevernberedskap

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om samarbeid, og om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommuner, fylkeskommuner og regionale helseforetak skal ha etter denne loven, helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Departementet kan bestemme at [lov 23. juni 2000 nr. 56](#) om helsemessig og sosial beredskap helt eller delvis skal gjelde på tilsvarende måte når det er påkrevd av hensyn til smittevernet, bl.a. for å kunne pålegge kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og helsepersonell nødvendig smittevernberedskap. Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om beredskap og beredskapsplaner i forbindelse med et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom.

I den tidlige fasen av pandemien var det uenighet mellom stat og kommune, og mellom kommuner, om lokale smittevernvedtak, spesielt rundt innreiseforbud (Fosse et al., 2021, s. 8). Enkelte ganger ble det lagt press på kommunene for å fjerne innreiseforbud, der det ble argumenter med at kommunale vedtak var unødvendige så lenge det var nasjonale smitteverntiltak. Imidlertid innebærer prinsippene for beredskap og krisehåndtering at alle fagområder og nivåer har et selvstendig ansvar for beredskap innenfor sitt område. Dette gjelder både på nasjonalt og kommunalt nivå. Koronakommisjonen så nærmere på samhandlingen mellom kommuner og stat, og pekte på at smittevernloven ikke har tydelige mekanismer for samordning av tiltak mellom kommuner, eller mellom stat og kommune. Å få samvirke til å fungere kunne derfor være en utfordring (NOU, 2021: 6, s. kapittel 24). Videre trekker kommisjonen frem at myndighetene ga ulike signaler gjennom pandemien om hvordan denne typen samordningen skulle skje, med blant annet nye måter å håndtere regler og virkemidler senhøsten 2020, hvor det ble innført smitteverntiltak etter geografi i form av ringkommuner, og med ulike råd/begrensninger gjennom tiltaksnivåene A, B og C.

Planer og veiledninger

I helseberedskapsloven § 2-2 står det at «kommuner, fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse – og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud for eller er ansvarlige for.» Det skal derfor finnes en rekke nasjonale beredskapsplaner og veiledere som sammen skal sikre at beredskapen på ulike nivåer er rask, effektiv og god. Planene er rettet mot ulike grupper, for eksempel er nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer først og fremst rettet mot ledere, leger og annet helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten, selv om den også er relevant for andre sektorer som kan bli involvert (Helse og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). Pandemier dreier seg om helse, og innenfor nasjonal helseberedskap finnes det en rekke ulike planer og veiledere (figur 2.2)¹. I dette prosjektet er vi i utgangspunktet opptatt av det kommunale nivået, og figur 2.2 viser det som ved pandemier er en nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og en nasjonal

¹ Med «andre sykdomsspesifikke planer» tenkes det for eksempel på nasjonal beredskapsplan mot kopper og nasjonal beredskapsplan mot ebola

plan mot pandemisk influensa. I tillegg til at det finnes en rekke andre sykdomsspesifikke planer. Den nasjonale planen for pandemisk influensa inneholder sykdomsspesifikke råd for helse- og omsorgstjenesten og befolkningen, og er relevant på alle nivåer. I tillegg til disse nasjonale planene eksisterer det en rekke relevante veiledere. Det er for eksempel nasjonale faglige råd for pandemiplanlegging (Helsedirektoratet, 2019), en smittevernveileder fra, en vaksinasjonsveileder for helsepersonell og en rettleider til forskriften om smittevern i helsetjenesten, alle fra FHI, og en veileder i kontinuitetsplanlegging (Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap, 2020b). Sistnevnte veileder hvordan kritiske funksjoner kan opprettholdes ved høyt fravær, og er oppdatert etter covid-19-utbruddet.

Det skal også planlegges for pandemier lokalt, og en pandemiplan skal «sikre at befolkningen får nødvendige helse og omsorgstjenester uansett høyt sykefravær i kommunen og samtidig hindre bortfall av andre nødvendige tjenester (Helsedirektoratet, 2019, s. 3).

Også i de ulike veilederne vektlegges kommunens ansvar, og deres rolle som samvirkeaktør. I veileder for helhetlig risiko og sårbarhetsanalyse i kommunen legges det vekt på det kommunale ansvaret, og at «Uønskede hendelser kan medføre at andre aktører som politiet, Statens strålevern eller Kystverket har en håndteringsrolle. Her har kommunen en vesentlig rolle som samvirkeaktør for å løse felles utfordringer innen kommunens grenser.

Figur 2.2 Oversikt over sammenhengen mellom utvalg og planer for helseberedskap og samfunnsikkerhet. Kilde: Helse og omsorgsdepartementet 2019, s. 5, figur 1.



Nasjonal beredskapsplan

Vi er opptatt av om samvirkeprinsippet er viktig som organiserende beredskapsprinsipp, og hvordan det brukes. Samvirke og samvirkeprinsippet er kort nevnt i den Nasjonale beredskapsplanen mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer. Imidlertid, det som står lite spesifikt, og omhandler bare at samvirke er et av de fire grunnleggende prinsippene, og at alle som sitter i noen av utvalgene som nevnes, har ansvar for å sikre et fungerende samvirke. Det står ikke noe om at noen har mer ansvar enn andre, og hovedprinsippet er at «Alle virksomheter har selvstendig ansvar for å

sikre best mulig samvirke med relevante aktører i forebygging, beredskap og krisehåndtering» (s. 11). Imidlertid fant koronakommisjonen (NOU 2021: 6, s. 223) at de nasjonale aktørene opplevde at det til tider var uklart om det var helsedirektoratet, FHI eller Helse- og omsorgsdepartementet som hadde ansvar for koordinering og delegering av ansvar.

Som nevnt overlater smittevernloven mye ansvar for smittevern til kommunene. Kommunene har ansvar for at det lages en *kommunal smittevernplan*, og som en del av det, en egen *pandemiplan* som skal forberede kommunen på en kommende pandemi. I de nasjonale faglige rådene for pandemiplanlegging fra Helsedirektoratet (2019) tas det opp en rekke temaer knyttet til hvordan kommunen skal planlegge for, og håndtere en pandemi. I planen nevnes ikke ordet samvirke mellom sektorer eller ulike tjenester. Imidlertid pekes det på at «ansvarsavklaring mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten bør være avtalt, arbeidsdeling mellom fastlegene og legevakt bør være avklart og planer for gjennomføring av vaksinasjon, eventuelt massevaksinasjon bør være operasjonelle» (Helsedirektoratet, 2019, s. 25). Det påpekes at kommunen bør:

«ha planer for å rekruttere andre leger til å bistå fastlege og legevakt. Dette kan være kommunale leger, privatpraktiserende spesialister, bedriftsleger, leger uten avtale med kommunen eller pensjonerte leger som fortsatt har autorisasjon. Medisinerstudenter og leger som venter på LIS 1-tjeneste kan også bistå, men må være under veiledning og supervisjon av fastlege eller legevaktlege.» (Helsedirektoratet 2019, s. 3).

I rådene legges det også vekt på at kapasiteten for øyeblikkelig hjelp kan økes gjennom at det er etablert avtaler om samarbeid med andre kommuner (Helsedirektoratet 2019, s. 4). Videre legges det i rådene vekt på *samordning*, og hvordan kommunene bør samordne ulike legegrupper i kommunen, eventuelt sammen med nabokommuner eller lokalsykehus. Det pekes også på samordning mot spesialisthelsetjenesten, og at det kan lages avtaler med frivillige organisasjoner. Hva det kan samarbeides og samordnes om, og hva som kan inngå i slike avtaler, er i varierende grad beskrevet. Mens det ikke står noe om hva som kan omfattes av et samarbeid med frivillige organisasjoner, bortsett fra at Røde Kors, Norsk Folkehjelp og andre nevnes på side 6, pekes det på to forhold hvor samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten kan samordnes. Eksemplene som trekkes frem knytter seg til å etablere egne behandlingsinstitusjoner i kommunene dersom det er manglende sykehuskapasitet, at det på forhånd er enighet mellom kommuner og sykehus om innleggelseskriterier for influensasyke og for andre lidelser. Hvor lett dette er i praksis er uklart, SARS og andre tidligere mulige pandemier har krevd annen behandling, og har en helt annen dødelighet. For en utenforstående kan det synes uklart hvordan en på forhånd kan avtale eller planlegge innleggelseskriterier for ukjente sykdommer, når grad av smittsomhet, sykdomsforløp og behandlingsmuligheter ikke er kjent. I kapittel 1.3 i Helsedirektoratets tekst om pandemiplanlegging trekkes det frem at pandemiplanen «bør omtale samordning av kommunens psykososiale omsorg med spesialisthelsetjenesten og de frivillige organisasjonene» (Helsedirektoratet, 2019, s. 7). I rådene er det også et punkt (1.5) om massevaksinasjon hvor det trekkes frem at frivillige kan gi avgjørende hjelp ved å organisere køer, registrering og lignende oppgaver ved massevaksinasjon. Videre trekkes det frem at arbeidsdelingen mellom fastlegene og kommunen når det gjelder vaksinerings «bør avklares og avtales i god tid før et pandemiutbrudd», og videre at samarbeid med bedriftshelsetjenester og andre private aktører,

og i kommuner med sykehus, må vaksineringsaktiviteter samordnes med disse aktørene (Helsedirektoratet, 2019, s. 8).

I rådene pekes det på at det er viktig i en pandemiplan at det utarbeides samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, at det utarbeides omforente beredskapsplaner som tydeliggjør roller, ansvarsfordeling og samhandlingsprosedyrer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, med kriterier for innleggelse og utskriving og beskrivelse av hvordan det skal skje. Dessuten at den inneholder planer som innebærer hensiktsmessig informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten.

3 Beredskap og samvirke før pandemien

I dette kapitlet ser vi nærmere på hvorvidt, og hvordan kommunene hadde forberedt seg på pandemien. Selv om kommunene har et selvstendig ansvar, har Statsforvalteren både veiledningsansvar og tilsynsplikt overfor kommunene. Derfor vil dette kapitlet gjennomgå de fylkesvise risiko- og sårbarhetsanalysene for å se om Statsforvalteren har satt søkelys på pandemi i sitt arbeid.

I tillegg til samvirke mellom Statsforvalteren og kommuner, vil det i en pandemi kunne være utstrakt samvirke mellom kommunale aktører. Vi er derfor opptatt av om kommunene er opptatt av samvirke og samordning. Har kommunene etablert beredskapsråd, har de gjennomført grundige ROS-analyser, og er helse en viktig del i disse? Er pandemi sentralt i overordnede beredskapsplaner, tilgjengelige smittevernplaner? Og, sentralt for denne rapportens problemstillinger, hva med samvirke? Helsedirektoratet legger vekt på at kommunene bør ha inngått avtaler med spesialisthelsetjenesten, andre kommuner og andre aktører i forkant av en pandemi. Er dette en del av smittevern- og pandemiplanene?

3.1 ROS-analyser på fylkeskommunalt nivå

Som nevnt, har Statsforvalteren ansvar for veiledning og tilsyn av kommunenes arbeid med sikkerhet og beredskap. Risiko- og sårbarhetsanalyser er sentralt i beredskapsarbeid, både på kommunalt og fylkesnivå. Fylkes-ROS-analysene utføres av Statsforvalteren, gjerne i samarbeid med fylkeskommunene, og skal gi Statsforvalteren et bedre grunnlag for å ivareta den regionale samordningsrollen, rollen som pådriver for samfunnssikkerhet i fylket, og for å ivareta beredskapsplanlegging innad i embetet og ut mot andre aktører. Det gir også fylkeskommunene og Statsforvalteren større mulighet til å gi innspill i forbyggende samfunnssikkerhetsarbeid, og til kommunenes arbeid med oppfølging av kommunal beredskapslikt. Slik sett kan disse rapportene styrke samordningen av det regionale arbeidet med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering.

De fylkeskommunale ROS-analysene skal revideres *minimum* hvert fjerde år, men det skjer ikke alltid. Ved vår innhenting av ROS-analyser fra alle landets 11 fylker høsten 2020 var Buskeruds oppdaterte analyse fra 2015. At den var så gammel kan imidlertid henge sammen med endringene i fylkesstruktur, og at den nye analysen skal lages samlet for hele Viken fylke. I gjennomgangen ser vi at DSBs scenarioer i stor utstrekning brukes som utgangspunkt for en scenariobasert risiko- og sårbarhetsanalyse i det enkelte fylke. DSB fremhever pandemi i sine risikoanalyser, etter som dette har vært svært sannsynlig i mange år. Dermed er pandemier nevnt i de fleste fylkeskommunale ROS-analysene. I Møre og Romsdal forholder de seg i ROS-analysen i mindre grad til DSBs scenarioer, men gjennomfører isteden det de kaller en «systembasert analyse med vekt på sårbarhet» (Møre og Romsdal fylkeskommune, 2017, s. 5). De beskriver forskjellen på denne måten:

«Litt forenkla kan det seiast at *risikoanalysar* tek utgangspunkt i kva *hendingar* som kan skje, og analysen handlar om korleis desse hendingane påverkar og utfordrar liv helse, miljø, infrastruktur, samfunnsfunksjonar og verdiar – eller i det heile teke *dei systema* som samfunnet er bygt opp av. Like forenkla kan det seiast at *sårbarheitsanalysar* tek utgangspunkt i sjølve *systema* (infrastruktur, samfunnsfunksjonar, økosystem, verdiar mv.), og at analysen handlar om korleis ulike hendingar kan påverke og utfordre systema og samfunnet som er avhengig av desse systema.»

Analysen har altså et annet perspektiv, men selv om inngangen er sårbarhet i systemene, burde ROS-analysen likevel omhandle pandemi, gitt at pandemi med høy sannsynlighet kunne skje og at en pandemi jo kan «påverke og utfordre systema og samfunnet som er avhengig av desse systema». Pandemier kan føre til omfattende sykefravær, overbelastning av sykehjem eller sykehus, utfordringer for skoler og barnehager, og også ved vektlegging av sårbarhet vil det være naturlig å vurdere om, og på hvilken måte systemene vil utfordres ved en pandemi. Fra de andre fylkene finner vi at pandemi, eller influensaepidemi behandles i større eller mindre grad, mens verken pandemi, epidemi eller smittsomme sykdommer nevnes i analysen til statsforvalteren i Møre og Romsdal fylke. Som nevnt tidligere, det finnes ulikt planverk som skal ta for seg dette, men når ROS-analysen ikke tar for seg forhold som DSB antok var svært sannsynlig i det hele tatt, er det uklart hvordan Møre og Romsdal fylkeskommune og statsforvalteren i fylket har forholdt seg til det som ellers ville kunne vært kjente mangler i planer, eller utfordringer knyttet til koordinering rundt en pandemi i fylket.

Det varierer hvordan de andre fylkene behandler dette temaet i sine ROS-analyser. Noen skriver mange sider, andre mindre enn én side. Imidlertid, det er ikke slik at analysene som går over flere sider nødvendigvis er best. Det varierer hvordan temaet tas opp i rapportene. Alle tar temaet opp, men mens noen viser beregninger knyttet til sykefravær, syke og døde, det vil si hva en pandemi vil kunne føre til, tar andre i større grad for seg det vi oppfatter som sentralt med slike analyser: gitt konsekvensene en pandemi kan få for befolkningen, og for ulike tjenester i fylket; hvilke aktører har ansvar for hva, hvem har hvilke roller, og hvem har ansvar for å samordne ulike forhold innenfor scenarioet? Finnes det forbedringspunkter knyttet til beredskap, og samhandling, og i så fall, hvilke? Dette er sentrale forhold i beredskapssammenheng, hvor målet jo er å analysere på hvilke områder fylkene, og kommunene eller spesialisthelsetjenesten i fylket, er sårbare, og hva som kan gjøres for å være best mulig forberedt dersom hendelsen (pandemien) skulle oppstå. Og, gitt problemstillingene i denne rapporten, setter analysene søkelys på sårbarheter knyttet til samordning, samvirke mellom ulike aktører, og hvilke som har ansvar i ulike situasjoner. Gjennomgangen viser at fem av fylkene nesten ikke nevner samvirke, samordning eller koordinering i en pandemisituasjon. Hvilke aktører som bør avklare ansvarsfordeling, eller om det er nødvendig å ha avtaler på plass i tilfelle en pandemi inntreffer, trekkes ikke frem i det hele tatt. På den andre siden bruker spesielt fire av analysene, fra Troms og Finnmark, Nordland, Hordaland, og Vestfold og Telemark, plass på å beskrive slike forhold. I analysene legges det vekt på å få frem hvor sårbarhetene kan være, som i Troms og Finnmark, hvor det legges vekt på kommunenes ansvar for samordning, og at de små kommunene er sårbare og at det derfor er viktig at de forbereder seg på pandemier gjennom ulike avklaringer på forhånd. I Nordland peker fylkes-ROS på statsforvalterens samordningsrolle i et pandemiscenario, betydningen av kriseledelse og samordning i og fra kommunene, og at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten kan være en utfordring, og derfor bør avklares. En gjennomgang

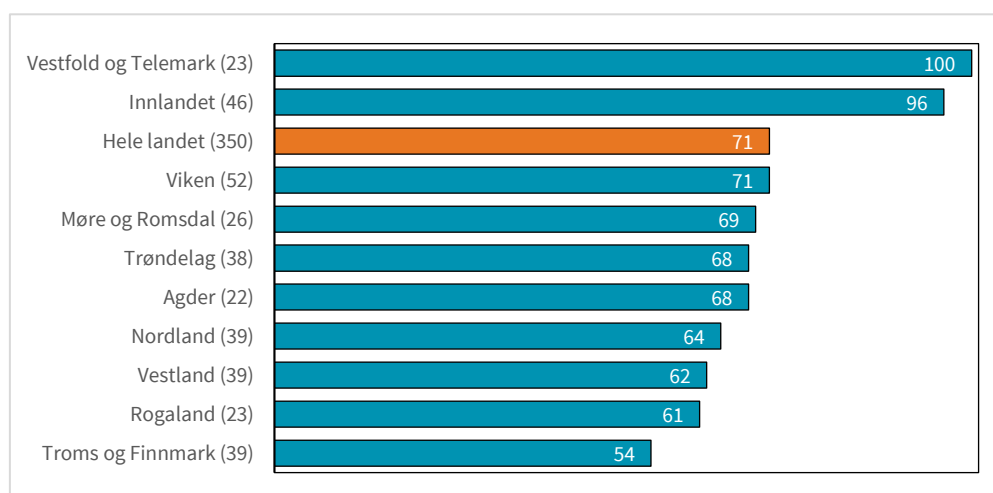
Helsedirektoratet fikk statsforvalterne til å gjøre vinteren 2020 viste som nevnt tidligere, at under halvparten av kommunene i Nordland hadde en (fungerende) smittevernplan (NOU 2021: 6, s. 79), og siden statsforvalteren i Nordland i fylkes-ROS peker på kommunenes sentrale roller er det interessant å konstatere at statsforvalteren ikke påpeker dette i sin analyse, og at det i liten grad følges opp av kommunenes planverk. I Hordaland nevnes det at en pandemi vil kreve mye samarbeid i og mellom kommuner, fylke og helsedirektoratet, og de legger vekt på betydningen av å ha klare planer, og at planene går på tvers av sektorer. Statsforvalteren i Hordaland er også opptatt av at bedrifter med samfunnskritiske funksjoner også bør ha slike planer.

I rapporten er vi opptatt av samvirke internt i kommunene, og mellom myndigheter på ulike nivå. Men vi er også opptatt av samvirke mellom kommunene og private virksomheter, og mellom kommunale og private virksomheter. Er dette noe som trekkes frem i fylkesanalysene? I noen få tilfeller vises det til betydningen av samarbeid med frivillige organisasjoner, som Røde Kors, og som nevnt, i analysen fra Hordaland pekes det på at også bedrifter med samfunnskritiske funksjoner bør ha planer rundt hva de skal gjøre i en pandemisituasjon. Ut over dette tas ikke dette temaet opp. Om det bør eller skal foregå samordning mellom kommunale og private barnehager, barnevernsinstitusjoner eller omsorgsinstitusjoner, og hvordan det eventuelt skal håndteres eller koordineres nevnes ikke i disse analysene.

3.2 Kommunale beredskapsråd og ROS-analyser

I arbeidet med sikkerhet og beredskap på kommunalt nivå er det noen kommuner som etablerer et kommunalt beredskapsråd. Disse har gjerne møter én eller to ganger i året. Beredskapsrådet består ifølge DSB av lokale aktører fra politisk og administrativ ledelse i kommunen, representanter fra private og offentlige samfunnsikkerhetsaktører som eier kritisk infrastruktur og kritiske samfunnsfunksjoner, næringsliv, frivillige organisasjoner, politi, Sivilforsvaret og Forsvaret (DSB 2018, s. 16). Beredskapsrådet bør involveres i arbeidet med ROS (DSB 2014, s. 23), og det kan kobles inn når det skal foretas risiko- og sårbarhetsanalyser i kommunen, når aktørene skal orientere hverandre om beredskapsarbeid, og for å få frem informasjon om aktiviteter som kan styrke samarbeidet. Det kan også brukes når det er planlagte øvelser og evalueringer, for å avklare hvem som har ansvar for hva, og for å presentere og diskutere beredskapsplaner. I figur 3.1 kommer det frem hvor stor andel av kommunene i hvert fylke som har etablert et slikt råd.

Figur 3.1 Har kommunen etablert beredskapsråd. I alt og etter fylke. Prosent. Antall kommuner i fylket i parentes. Kilde: Kommuneundersøkelsen DSB, 2020



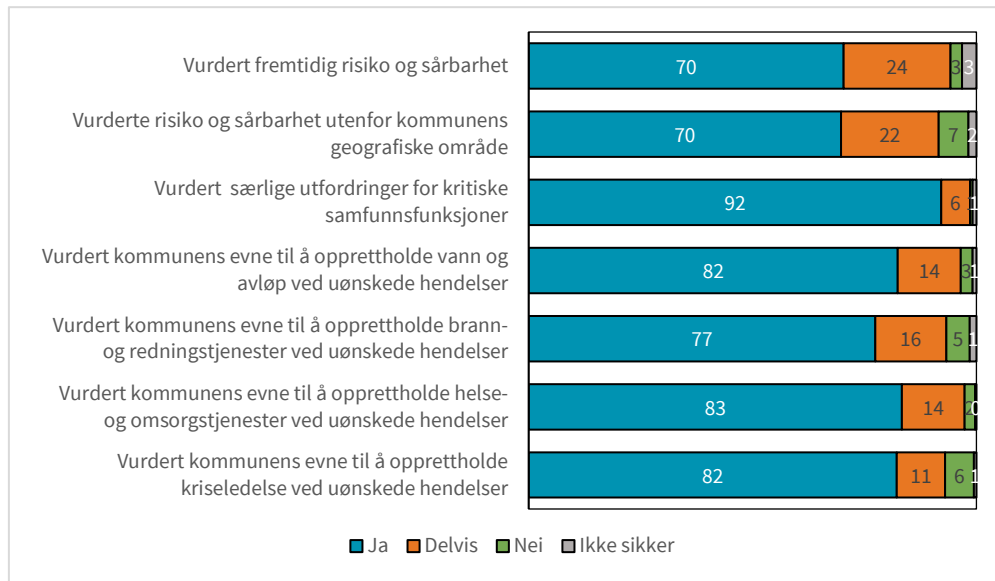
Det går an å tenke seg at beredskap koordineres på andre måter i de minste kommunene, hvor det er oversiktlige forhold og de fleste kjenner hverandre. Vi finner at blant kommunene med under 1200 innbyggere, er det bare halvparten av kommunene som har et slikt råd. Ellers varierer det ikke mye etter kommunistørrelse.

Etter sivilbeskyttelsesloven plikter kommunene å lage helhetlige risiko- og sårbarhetsanalyser i den enkelte kommune. Disse skal kunne avdekke sannsynlighet for at ulike hendelser kan opptre, og hva som i så fall kan være årsaker til slike hendelser. Gjennom analysene blir fylker og kommuner forhåpentligvis klar over hvilke sårbarheter de har og hvilke konsekvenser ulike hendelser vil kunne få. Analysene skal derfor være et bidrag i kommunenes arbeid mot forbedret sikkerhet og beredskap. I veilederen til helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse i kommunen legges det vekt på at analysen må være helhetlig, for å sikre at gjensidige avhengigheter blir berørt i analysen. Helhetlig ROS skal få frem hva som er kommunens viktige samordningsrolle, den skal «fremme kommunens samfunnsikkerhetsansvar på tvers av kommunens ansvarsområder, og samarbeidet med eksterne aktører» (DSB 2014, s. 16). At det er gjennomført en ROS-analyse kan derfor oppfattes som en grunnleggende, viktig forutsetning for kommunenes håndtering av prinsippet om samvirke under pandemien. Kommuneundersøkelsen viser at 98 prosent av alle landets kommuner har gjennomført en helhetlig ROS-analyse, mens det er klart færre, 88 prosent, blant de nye kommunene. En slik analyse skal oppdateres jevnlig, og minst hvert fjerde år. Mange av kommunene gjennomførte analysen i 2015, eller tidligere. Det er mer enn fire år siden, og det er færre, 77 prosent av alle landets kommuner, som har en ROS-analyse som nylig er gjennomført. Forskrift til kommunal beredskapsplikt stiller noen minimumskrav til en helhetlig ROS-analyse. Den skal minst omfatte:

- 1 Eksisterende og fremtidige risiko- og sårbarhetsfaktorer i kommunen
- 2 Risiko og sårbarhet utenfor kommunens geografiske område som kan ha betydning for kommunen
- 3 Hvordan ulike risiko og sårbarhetsfaktorer påvirker hverandre
- 4 Særlige utfordringer knyttet til kritiske samfunnsfunksjoner og tap av kritisk infrastruktur
- 5 Kommunens evne til å opprettholde sin virksomhet når den utsettes for en uønsket hendelse, og evnen til å gjenoppta sin virksomhet etter at hendelsen har inntruffet
- 6 Behov for befolkningsvarsling og evakuering

For at analysen skal være helhetlig må altså ROS-analysen inneholde alle disse analysedelene. Spesielt to av minimumskravene, punkt to og tre over, handler om eller krever, i stor grad koordinering og samvirke med og mellom ulike aktører, som også faller innenfor problemstillingene i denne rapporten. Dessverre inneholdt ikke undersøkelsen spørsmål om kommunene analyserte hvordan ulike risiko og sårbarhetsfaktorer påvirker hverandre. I kommuneundersøkelsen er det spurt om kommunen har gjennomført analyser innenfor de seks områdene trukket frem over, og når alle disse kobles sammen kommer det frem at klart færre enn 98 prosent av kommune, bare 61 prosent, har gjennomført analyser som oppfyller minimumskravet til en helhetlig ROS-analyse, og da hadde ikke DSB kartlagt hvor stor andel som oppfylte punkt 3 i listen over (DSB 2020a, s. 5). Kommunene kunne svare ja, delvis, nei og ikke sikker på spørsmålene om de ulike delene i ROS-analysen var oppfylt. I figur 3.2 under kommer det frem hvordan kommunene svarte.

Figur 3.2 Var de ulike minimumskravene i ROS-analysen oppfylt? Prosent. Kilde: Kommuneundersøkelsen DSB, 2020

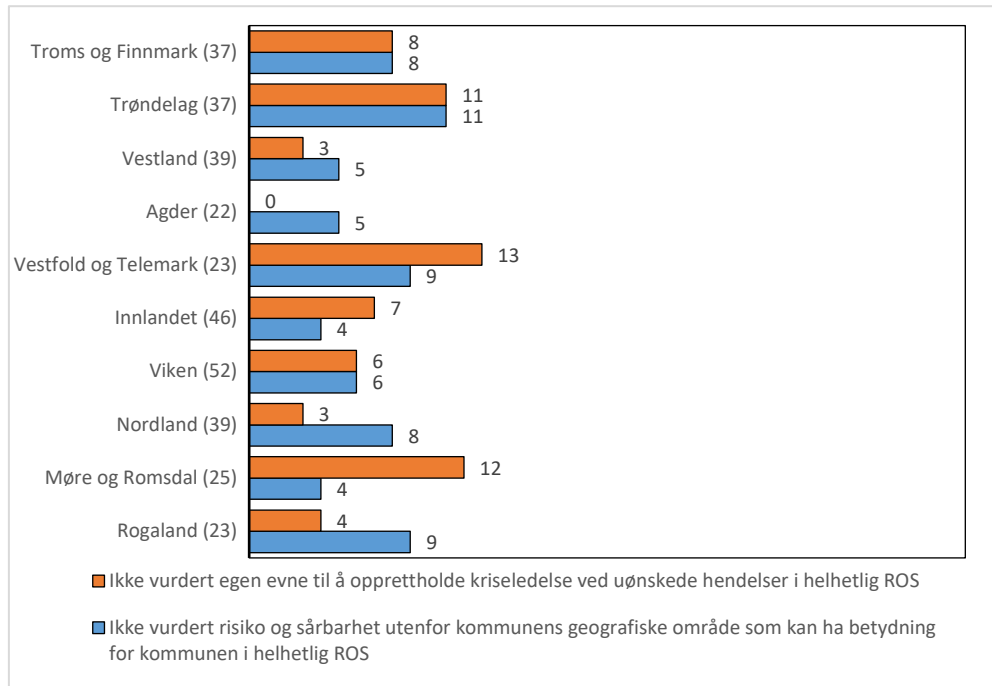


Note: N (kommuner) = 342-344.

I rapporten er vi spesielt opptatt av samvirkeprinsippet, og om dette prinsippet er viktig i praksis, eller om aktører innen sikkerhet og beredskap har skylapper og i mindre grad evner å samordne aktører. Figur 3.2 viser at 7 prosent av kommunene ikke har vurdert risiko og sårbarhet utenfor kommunens geografiske område som kan ha betydning for kommunen, mens 22 prosent av kommunene har gjort dette bare delvis. Kriseledelse dreier seg om koordinering og samordning, og kan derfor også dreie seg om samvirke mellom ulike tjenester og ansvarsområder. 6 prosent av kommunene har ikke vurdert kommunens evne til å opprettholde kriseledelse ved uønskede hendelser som en del av sin ROS-analyse, og 11 prosent har bare delvis gjort det.

Det er spesielt spørsmålene om kommunene har vurdert særlige utfordringer for kritiske samfunnsfunksjoner, kommunens evne til å opprettholde kriseledelse ved uønskede hendelser, og om de har vurdert risiko og sårbarhet utenfor kommunens geografiske område som kan ha betydning for deres egen kommune, som i stor grad dreier seg om koordinering, og kan fange opp samvirke internt i kommunene, mellom kommunale etater, og mellom kommunal og privat virksomhet, og mellom kommuner eller virksomheter i ulike kommuner. Vi ser derfor litt nøyere på hvordan kommunene forholder seg til dette. Imidlertid har så godt som alle kommunene vurdert særlige utfordringer for kritiske samfunnsfunksjoner i den helhetlige ROS-analysen, dermed er det ingen forskjeller å finne etter andre forhold, som kommunestørrelse. I figur 3.3 har vi sett nærmere på hvor stor andel av kommunene i hvert fylke som ikke har vurdert kommunens evne til å opprettholde kriseledelse i den helhetlige ROS-analysen, og som ikke har vurdert risiko og sårbarhet utenfor egen kommune som kan ha betydning for egen kommune

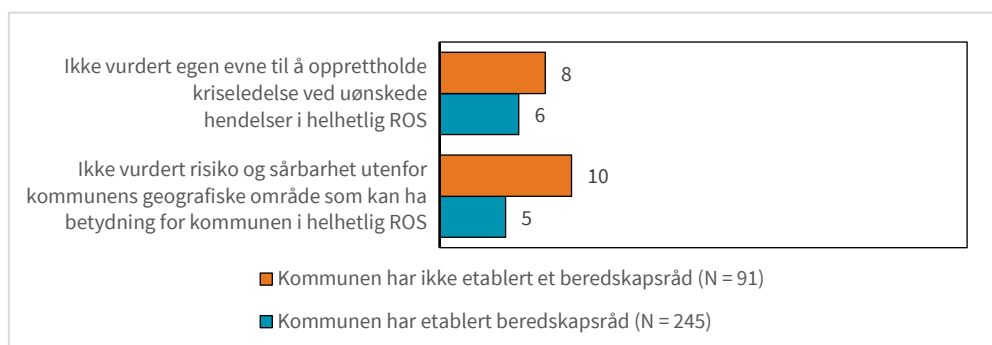
Figur 3.3 Andel av kommunene i fylkene som ikke har vurdert egen evne til å opprettholde kriseledelse, og risiko og sårbarhet utenfor egen kommune som kan ha betydning for egen kommune. Prosent. Antall kommuner i parentes. Kilde: Kommuneundersøkelsen DSB, 2020



Figur 3.3 viser at en høy andel av kommunene i Møre og Romsdal, Vestfold og Telemark, og Trøndelag ikke har vurdert kommunens egen evne til å opprettholde kriseledelse ved uønskede hendelser i den helhetlige ROS-analysen. En høy andel av kommunene i Trøndelag, Vestfold og Telemark, og Rogaland har ikke vurdert risiko og sårbarhet utenfor kommunens geografiske område som kan ha betydning for kommunen.

Vi har også undersøkt om det er slik at det er forskjeller mellom nye og gamle kommuner når det gjelder disse to spørsmålene, og det er ingen vesentlige forskjeller. Vi finner heller ingen systematiske forskjeller etter kommunenes innbyggertall. Som nevnt skal beredskapsråd gi mulighet til å samle ulike sektorer og ansvarsområder, hvor beredskap kan vurderes og diskuteres. Det kan derfor tenkes at kommuner som har etablert råd i større grad evner å ta for seg disse to temaene i den helhetlige ROS-analysen. Figur 3.4 viser at det er forskjell mellom kommuner som har beredskapsråd, og de som ikke har etablert det.

Figur 3.4 Andel av kommune med og uten beredskapsråd som ikke har vurdert evne til å opprettholde kriseledelse, og vurdert om risiko og sårbarhet utenfor kommunen kan ha betydning for egen kommune. Kilde: Kommuneundersøkelsen DSB, 2020



Det er en lavere andel av kommunene som har et beredskapsråd som ikke har vurdert kommunens egen evne til å opprettholde kriseledelse ved uønskede hendelser i den helhetlige ROS-analysen, og det er også en lavere andel i disse kommunene som ikke har vurdert risiko og sårbarhet utenfor kommuns geografiske område som kan ha betydning for kommunen. Denne undersøkelsen er besvart av en svært høy andel av kommunene, og oppfatter vi dette som en fulltelling kan forskjellene tas som et uttrykk for reelle forskjeller. Imidlertid, det er noen få kommuner som ikke har svart, og dersom vi analyserer resultatene som om det var en utvalgsundersøkelse, med de sikkerhetsmarginene som da legges til grunn, er forskjellene akkurat for små til å være signifikant med 95 prosents sannsynlighet.

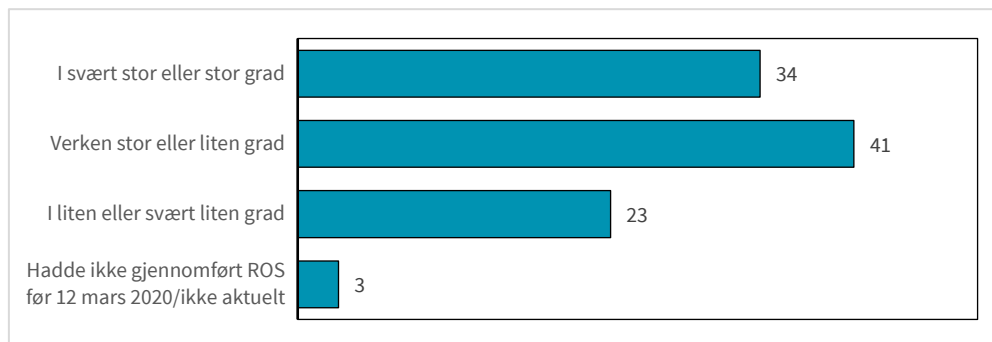
I Fafos egen undersøkelse spurte vi kommunene om de hadde et etablert beredskapsråd i kommunen før 12. mars 2020. 79 prosent av kommunene (det vil si 52 kommuner) som deltok i undersøkelsen svarte at de hadde et beredskapsråd. Beredskapsråd skal bidra til bedre kriseledelse gjennom å skape muligheter for bedre koordinering – samvirke – mellom aktører som har interesser i kommunen. 62 prosent av kommunene som hadde et beredskapsråd svarte videre at det var aktører som ikke var kommunale i beredskapsrådet. Vi ba de som oppga at det var slike private aktører i beredskapsrådet, om å oppgi de mest sentrale aktører i rådet. Typiske aktører er andre offentlige aktører, slik som Sivilforsvaret, Heimevernet, politi, Statsforvalteren, nabokommuner, aktører som leverer viktig infrastruktur, som havnevesen, strømleverandører og bredbåndsselskap, BaneNor, store lokale virksomheter og næringsforeninger, samt aktører som Røde kors og Redningsselskapet.

Flere av våre respondenter svarte at det var representanter fra nabokommuner med i det kommunale beredskapsrådet. I en del tilfeller kan uønskede hendelser innebære at flere kommuner involveres i beredskapsarbeidet. En måte å arbeide med samvirkeproblemstillinger og koordinering mellom ulike kommuner, er å etablere et regionalt beredskapsråd. Vi spurte kommunedirektørene om deres kommune er med i et regionalt beredskapsråd, og 26 prosent svarte ja på dette. Pandemien stiller kommunene overfor en rekke problemstillinger som kan kreve samordning ut over kommunegrensene, og vi spurte derfor de som er med i et regionalt beredskapsråd om det regionale beredskapsrådet hadde møter i perioden 26. februar 2020 til 12. mars 2020, det vil si rett før den nasjonale nedstengningen. 5 av 17 kommuner som var med i et regionalt beredskapsråd svarte at det ble gjennomført slike møter.

3.3 Pandemi og samhandlingsutfordringer

ROS-analysene skal kartlegge sårbarheter og utfordringer, og slik legge til rette for konkrete beredskapsplaner som møter utfordringene som er kartlagt i den enkelte kommune. I Fafos kommuneundersøkelse var vi opptatt av om ROS-analysene i det hele tatt setter fokus på samvirkeprinsippet, og vi spurte derfor om potensielle samhandlingsutfordringer knyttet til en pandemi, var innarbeidet i den enkelte kommunes ROS-analyse før 12. mars 2020, før koronapandemien stengte ned Norge. I spørsmålet pekte vi på at kommunene må samvirke med andre, for eksempel FHI, Statsforvalteren og private virksomheter, for å løse felles utfordringer innenfor kommunens grenser, før kommunedirektørene ble bedt om å svare på i hvilken grad potensielle samhandlingsutfordringer var innarbeidet i kommunens ROS-analyser før 12. mars 2020. Svarene kommer frem i figur 3.5.

Figur 3.5 Var potensielle samhandlingsutfordringer knyttet til en pandemi innarbeidet i kommunens ROS-analyse før 12 mars 2020? Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



De fleste kommunene hadde gjennomført en kommunal ROS-analyse før 12 mars 2020 som innarbeidet potensielle samhandlingsutfordringer knyttet til en pandemi. Rundt én av tre av kommunene hadde pandemi med i ROS-analysen i svært stor eller stor grad. I tråd med funnene finner vi også at bare to kommuner om utgjør ikke hadde gjennomført ROS-analyse før 12. mars 2020. En av disse to kommunene var nyetablert som en del av kommunereformen, noe som kan forklare hvorfor de ikke hadde gjennomført en slik analyse.

3.4 Kommunale beredskapsplaner

ROS-analysene er risiko- og sårbarhetsanalyser som får frem ulike former for fremtidig risiko og sårbarheter, hvordan de kan takles, og hvilke konsekvenser de kan ha. Disse analysene skal omsettes til beredskapsplaner som skal hjelpe aktørene med å håndtere hendelser som dagens pandemi. I kommuneundersøkelsen 2020 fikk kommunene spørsmål om de har en overordnet beredskapsplan, det vil si en plan som gir struktur og peker på sammenhengen mellom ulike fagområder. De aller fleste kommunene, 95 prosent, har en slik plan. Blant de nye kommunene har 88 prosent en plan på plass (DSB 2020a, s.8). Den overordnede beredskapsplanen skal blant annet inneholde en plan for kommunes kriseledelse, det vil si hvem som har hvilket ansvar, roller og fullmakter, hvem som skal varsles, en oversikt over hva kommunen selv har til rådighet, og hvilke som er tilgjengelig hos andre aktører (DSB 2020a, s. 8). Temaene nevnt over dreier seg i stor grad om koordinering, og kan også dreie seg om samvirke mellom ulike aktører i eller utenfor kommunen. Kommuneundersøkelsen viser at 99 prosent av kommunene har en plan for kriseledelse, alle kommunene har varslingslister på plass, og 96 prosent har oversikt over interne og eksterne ressurser (DSB 2020a, s. 8). Undersøkelsen viser videre at mens 99 prosent av kommunene som har et beredskapsråd har oversikt over interne og eksterne ressurser, gjelder det klart færre, 88 prosent, av kommunene som ikke har et slikt råd. Det er både små og store kommuner som mangler slik oversikt.

Det fleste kommunene har beredskapsplaner, men fanger de opp vesentlige forhold? DSB har over år pekt på pandemi som en hendelse som med stor sannsynlighet kunne inntreffe. I DSBs kommuneundersøkelse i 2019, året før undersøkelsen vi analyserer i detalj i rapporten, ble det satt fokus på helseberedskapsplaner, og om kommunene har utarbeidet en slik. Denne planen skal bygge på ROS-analysene, og Helseberedskapsloven § 2-2 angir at den skal omfatte de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester som kommunen er ansvarlig for, som døgnbasert omsorg, hjemmebasert omsorg og legevakt, og oppgaver etter folkehelseloven kapittel 3, som dreier seg om faktorer i miljøet som direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. 82

prosent av kommunene hadde utarbeidet en helseberedskapsplan i 2019. Det er kommunestyrene som skal sørge for, - bestemme når denne planen skal oppdateres og evalueres. Samtidig er det et krav om at personale som er tiltenkt oppgaver i planen har øvd, og har nødvendig utstyr og kompetanse. Kommuneundersøkelsen i 2019 viste at 40 prosent av de som hadde en slik plan hadde øvd på planen (DSB 2019, s. 37). En helseberedskapsplan omfatter ikke nødvendigvis en pandemi, og i tillegg kommenterte enkelte av kommunene i et åpent spørsmål i DSB sin kommuneundersøkelse 2019, at selv om de ikke har en egen helseberedskapsplan, har de en rekke delplaner, slik som smittevernplan, pandemiplan, og operative planer knyttet til hendelser. I vår egen undersøkelse spurte vi derfor kommunene om den overordnede beredskapsplanen fanget opp hendelser som en influensaepidemi? 60 kommuner (90 prosent) svarte at den gjorde det, mens 2 kommuner (3 prosent) svarte nei. 4 kommuner var usikre på om den gjorde det.

3.5 Er samvirke et tema som tas opp i kommunale beredskaps og pandemi-/smittevernsplaner?

Hvor viktig ROS-analysen og den overordnede beredskapsplanen er for kommunenes faktiske håndtering av pandemien, og prinsippet om samvirke, er ikke bare avhengig av om en slik analyse er gjennomført og en overordnet plan eksisterer. I ROS-analysene gjøres det en rekke valg, og dersom analysene som er gjennomført ikke hadde fokus på pandemi, eller analysen av risiko, sårbarhet og konsekvenser i liten grad traff utfordringene kommunene faktisk møtte på når pandemien ble en realitet på norsk jord, vil det å ha gjennomført en slik analyse i mindre grad spille en positiv rolle (DSB 2014, s. 22). Den overordnede beredskapsplanen er nettopp det, overordnet. Under denne skal det finnes beredskapsplaner innenfor ulike områder. Skoler, barnehager og hjemmehjelpstjenester skal ha egne mer konkrete beredskapsplaner. Det innebærer at den overordnede beredskapsplanen skal inneholde pekere til de konkrete planene, og hvorvidt kommunene, for eksempel, har beredskapsplaner for å takle en pandemi.

I tillegg til å spørre rådmenn gjennom Fafos spørreundersøkelse om det kommunale planverket var til hjelp i ulike faser har vi gått gjennom offentlige tilgjengelige beredskapsplaner og pandemi-/smittevernplaner i 15 kommuner av ulik størrelse rundt i landet. Vi finner at beredskapsplanene – noen ganger også kalt krise- og beredskapsplan, andre ganger kun kriseplan- er av svært ulik lengde. Innholdet er dermed også svært ulikt. Noen av kommunene lister bare opp hvem som har ansvar for ulike forhold gitt en krisesituasjon, mens andre er mer tekstlige, og diskuterer i større grad hvilke hensyn kommunen må ta under ulike beredskaps-/krisesituasjoner. Mange av beredskapsplanene nevner de ulike beredskapsprinsippene, ofte ordrett slik de omtales hos DSB. I noen av disse rapportene er samvirkeprinsippet derfor nevnt. Noen av dem er ikke oppdatert slik at samvirkeprinsippet ikke er med i rapporten. I de fleste beredskapsplanene nevnes ikke samvirke utover henvisningen til de ulike beredskapsprinsippene, og en kort beskrivelse eller definisjon av hva det innebærer. Selv om «samvirkeprinsippet» eller ordet «samvirke» ikke brukes er det jo mulig for kommunene å være opptatt av samhandling, koordinering, og ansvarsfordeling likevel. I noen få tilfeller er det slik, men generelt omtales ikke forhold som faller inn under samvirke i beredskapsplanene. Som nevnt er planene generelt korte, og i mange av dem vises det til kommunens andre beredskapsplaner, som smittevernplan eller pandemiplan. Det er derfor grunn til å se disse planene i sammenheng. Noen av kommunene har pandemiplan, men ikke alle. Noen få av kommunen hadde ikke

pandemiplan før mars 2020, mens noen av kommunene har oppdatert den i første halvår 2020. Andre kommuner har smittevernplan der pandemi nevnes. Men det er heller ikke vanlig at samvirke nevnes, eller er sentralt, i disse dokumentene. Det hender at roller, koordinering, ansvar, og samarbeid omtales, men det dreier som regel om ansvarsfordeling innad i kommunene, og i liten grad om samhandling mellom kommunale tjenester, eller ut av kommunen i form av intrakommunalt samarbeid, annet samarbeid mellom kommuner, eller mellom kommunen og for eksempel spesialisthelsetjenesten.

Som vi vil se i neste kapitel, opplevde mange av kommunene at det kommunale planverket var til hjelp i perioden etter den nasjonale nedstengningen. Imidlertid kan beredskapsplaner være nokså generelle, og stilt overfor en pandemi er en pandemiplan eller smittevernplan svært sentral. Også denne planen er en beredskapsplan, ulike smittsomme sykdommer har ulike egenskaper når det gjelder hvordan de smitter, og hvilke grupper som er mest utsatt for sykdom og død. Det kan derfor være krevende å utarbeide smittevernplaner som treffer perfekt i møte med en ukjent pandemi. På den andre siden er en del råd knyttet til smittevern, som håndvask og avstand, nokså universelle i møte med smittsomme sykdommer. Som nevnt fant Helse- og sosialdepartementet, ved hjelp av statsforvalterne at omtrent 20 prosent av alle kommunene manglet en oppdatert eller fungerende smittevernplan rett før smitteutbruddet i Norge, og at i Nordland, Innlandet, Trøndelag og Troms og Finnmark gjaldt det en av tre kommuner (NOU 2021: 6, s. 79). Når disse planene ikke er på plass, innebærer det at forhold knyttet til samvirke mellom ulike aktører heller ikke er nedskrevet i et planverk. Det er derfor ikke overraskende at heller ikke alle kommunene i vårt tilfelle hadde smittevernplan eller pandemiplan, selv om vi har tatt med alle offentlige tilgjengelige planer, også de som er utarbeidet etter 12. mars 2020.

Det skriftlige materiale i form av overordnede beredskapsplaner og pandemi/smittevernplaner legger altså i liten grad vekt på samvirke. Gjennomgangen av slike dokumenter er en måte å få inntrykk av kommunenes vekt på samvirke, det er ikke ment som en revisjon. Det er mulig at kommunene arbeider aktivt med samvirkeproblematikk, gjennom kurs og opplæring, selv om det ikke gjenspeiles i beredskapsdokumentene vi har sett på. Vi velger derfor å beskrive planene til én kommune som et eksempel på en kommune som i alle fall til dels, er opptatt av å beskrive samvirke i praksis i sine planer. Trondheim kommunes beredskapsplan er svært omfattende (119 sider), og er gjennomgående opptatt av samvirke. Der omtales samarbeidsavtaler mellom kommunen og andre, som politi, St. Olavs hospital, frivillige og andre kommuner, og hvordan samvirke og samhandling mellom disse skal foregå (Trondheim kommune, 2017b, s. 37-38). Rapporten peker videre på andre plandokumenter, blant annet kommunens pandemiplan (Trondheim kommune, 2017a). Pandemiplanen bruker ordet «samvirkeplikten» én gang, ellers nevnes ikke samvirke. Imidlertid fremheves det i planen at:

«Pandemiplanen bygger på at det kan være behov for omfattende tiltak både fra kommuner, spesialisthelsetjenesten, fylkesmannen og sentrale myndigheter dersom det bryter ut en pandemi. Tiltakene er relatert til smittevern og helsemessig og sosial beredskap, men vil også gjelde andre sektorer i samfunnet.»

Samhandling og samvirke er dermed sentralt i rapporten, og det brukes en del plass på å peke på samhandling mellom kommune og sentrale myndigheter, og at overordnet myndighet i situasjoner med pandemi kan regulere ulike forhold gjennom nasjonale eller regionale vedtak. Pandemiplanene til Trondheim kommune peker på behovet for samordning med andrelinjetjenesten, og at de to aktørene sammen må vurdere

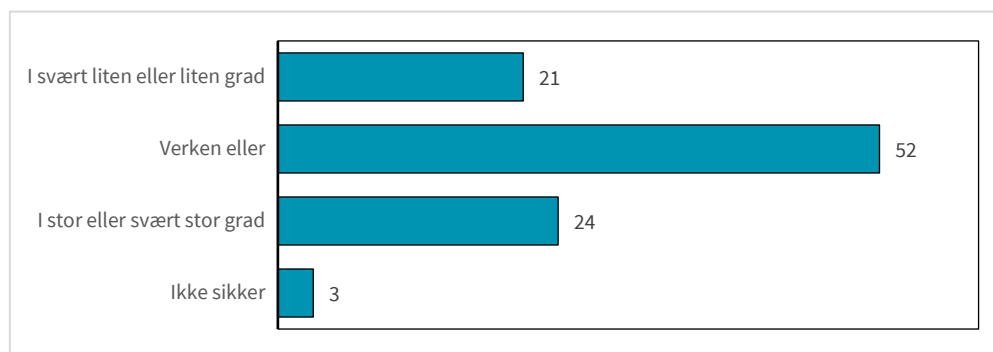
hvordan de best kan utnytte ressursene i en pandemi (Trondheim kommune, 2017a, s. 21). Trondheims pandemiplan, eller de andre kommunenes beredskaps- og/eller pandemiplaner, handler ellers ikke om samhandling og samvirke i tjenesteproduksjon, verken mellom privat og offentlig sektor, som barnehagesektoren, eller mellom ulike enheter innen pleie og omsorg. I planen til Trondheim, og de andre kommunenes pandemiplaner, pekes det på at høyt sykefravær kan håndteres ved å få de som arbeider deltid til å jobbe mer, men ikke i noen av planene omtales det hvordan det at mange har flere små stillinger ved ulike pleie og omsorgsinstitusjoner, eller skoler, skal håndteres. Problemstillingen er ikke nevnt i noen av planene vi har sett på.

I Trondheims pandemiplan pekes det på at det bør etableres en «samhandlingsgruppe» der lokalsykehus og kommunene organiserer sitt samarbeid, og at eksisterende samarbeidsorgan bør benyttes, om mulig. Selv om samvirkebegrepet i liten grad brukes i planen, er beskrivelsene av hva dette organet skal gjøre tett knyttet til det vi forstår med «samvirke». Det foreslås at samhandlingsorganet skal bidra til koordinering og en enhetlig forståelse av det felles problemet, at det skal bidra til koordinert informasjon og pressekontakt, samarbeid rundt hvilke pasienter som skal innlegges og skrives ut av sykehuset, og videre behandlings- og pleiebehov som eventuelt foreligger. Det legges også opp til at det skal koordinere med AMK og håndtere oppdatert informasjon om plassituasjonen på sykehus og i kommunen, og eventuelle ekstraplasser/nødplasser på hotell eller feltsenger (Trondheim kommune, 2017a, s. 22).

3.6 Egenvurdering av ressursbruk

Pandemiberedskap dreier seg om analyser og forberedelser knyttet til øvelser og innkjøp av utstyr. Koronakommisjonen (NOU 2021: 6) peker på at beredskapslagene var for dårlige, det ble raskt mangel på smittevernutstyr både i spesialisthelsetjenestene og ute i kommunehelsetjenesten. I Fafos spørreundersøkelsen ble kommunedirektørene spurt om de opplever at kommunen har brukt nok ressurser på pandemiberedskap før 12. mars 2020. Svarene kommer frem i figur 3.6.

Figur 3.6 Har kommunene brukt nok ressurser til pandemihåndtering før 12 mars 2020? Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafos, 2021 (n = 66).



Vi minner om at undersøkelsen ble gjennomført etter at pandemien var et faktum, og i ettertid svarer bare 24 prosent at kommunen hadde nok ressurser til pandemihåndtering før 12. mars 2020, mens 21 prosent opplever at kommunen hadde for lite. Det innebærer, sett i ettertid, at mange kommuner mener at de burde brukt mer ressurser på planverk og/eller øvelser rundt pandemihåndtering.

3.7 Sammenfatning

I dette kapitlet har vi sett på kommunenes beredskap og arbeidet med dette før pandemien traff kommunene gjennom den nasjonale nedstengningen 12 mars 2020. Oppsummeringsvis er det enkelte resultater vi vil trekke frem.

- De fleste ROS-analysene på fylkesnivå behandler pandemi, og utfordringene det kan medføre.
- Samvirke knyttet til pandemi er i liten grad tema i rapportene. Fire av fylkene beskriver aktuelle samvirkeutfordringer for kommunene i fylkene. I en gjennomgang for Helse og omsorgsdepartementet i februar 2020 fant Statsforvalterne i de fire samme fylkene at over halvparten av kommunene i fylkene manglet en fungerende kommunal smittevernplan.
- Behovet for samarbeid og samvirke mellom kommuner, eller mellom kommuner og private virksomheter, omtales i liten grad i de fylkeskommunale ROS-analysene.
- Beredskapsråd består av lokale aktører fra den enkelte kommune, nabokommuner, private virksomheter og frivillige organisasjoner. Vi finner at en stor andel av kommunene hadde etablert beredskapsråd, selv om det er stor variasjon mellom kommuner i ulike fylker.
- Nær sagt alle kommuner utfører ROS-analyser, men bare 61 prosent oppfyller alle krav til slike analyser. 29 prosent av kommunene hadde delvis, eller ikke i det hele tatt, vurdert risiko og sårbarhet utenfor egen kommune, 17 prosent hadde delvis, eller ikke i det hele tatt, vurdert kommunenes evne til å opprettholde kriseledelse ved uønskede hendelser.
- 26 prosent av kommunene er med i et regionalt beredskapsråd. I 5 av 17 kommuner ble det avholdt møter i perioden 26 februar til 12 mars.
- 34 prosent av kommunene oppgir at samhandlingsutfordringer knyttet til pandemi var innarbeidet i kommunens ROS-analyse før 12. mars 2020.
- De fleste kommunene har en beredskapsplan, og en plan for kommunal kriseledelse i 2020. 80 prosent av kommunene hadde en helseberedskapsplan i 2019.
- En gjennomgang av 15 kommuners beredskaps- og pandemiplaner viser at planene i svært liten grad omhandler samvirkeutfordringer. Ordet nevnes, men de inneholder lite konkret om hvordan samhandling mellom lokale aktører bør foregå, og hvordan dette skal forberedes.
- I ettertid svarer 24 prosent av kommunene at de hadde nok ressurser til pandemi-håndtering før 12. mars 2020, mens 21 prosent svarer at de hadde for lite ressurser.

4 Beredskap og samvirke under pandemien

I dette kapitlet ser vi nærmere på beredskap og samvirke under den tidlige fasen i pandemien, det vil si fra 12. mars 2020 til september 2020. Hvor stor vekt la kommunene på sitt eget planverk, og måtte det revideres underveis? Satte kommunene krisestab, og ble beredskapsrådet samlet? Vi undersøker om kommunene innførte lokale smitteverntiltak, og vi er opptatt av samvirkeutfordringer, og om og hvordan disse ble håndtert. Hvordan opplever kommunedirektørene samvirkeutfordringer mellom kommuner og andre offentlige virksomheter? Og til slutt, opplevde kommunedirektørene at det var nok ressurser tilgjengelig til beredskapsarbeidet under pandemien?

4.1 Krisestab

I den tidlige fasen av koronapandemien, før Norge ble lukket ned 12. mars 2020, ble det mer og mer tydelig at Norge som nasjon, og kommunene, måtte forberede seg på det som etter hvert ble erklært en pandemi. En måte å sikre sikkerhet og beredskap i en slik situasjon er at kommunen setter krisestab eller kriseledelse. I Fafos undersøkelse spurte vi kommunedirektørene om kommunen satte krisestab eller kriseledelse på grunn av pandemien i løpet av perioden 26. februar til 12. mars 2020, og i den første uken etter den nasjonale nedstengningen 12. mars 2020. Svarene kommer frem i figur 4.1.

Figur 4.1 Andel som svarte at kommunen satte krisestab eller kriseledelse i perioden 26. februar 2020 til 12. mars 2020, eller i den første uken etter den nasjonale nedstengningen 12. mars 2020. Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).

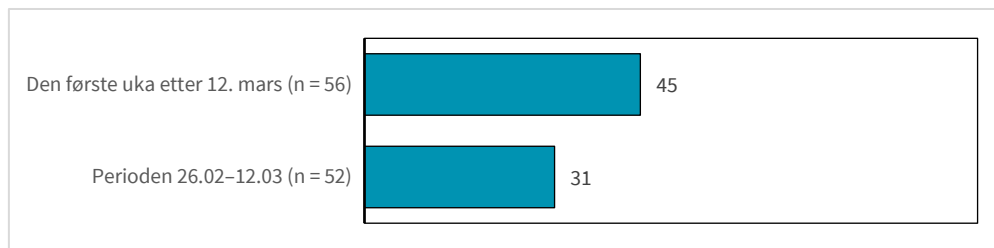


83 prosent av alle kommunene svarte at de hadde satt krisestab eller kriseledelse i perioden før den nasjonale nedstengningen, mens 99 prosent av kommunene gjorde dette etter den nasjonale nedstengningen. Deloitte gjennomførte en undersøkelse for KS i januar/februar 2021, og de fant at de aller fleste kommunene hadde krisestab gjennom store deler av 2020 (Deloitte, 2021, s. 69). Kommunedirektørene ble også spurt hvordan kriseledelse/krisestab hadde fungert, og de aller fleste opplevde at dette hadde fungert svært eller ganske bra (Deloitte, 2021, s. 70).

4.2 Beredskapsrådet

I ulike sammenhenger, men også i en krisetid, kan beredskapsrådet være et viktig samvirkeorgan. Vi var opptatt av om det kommunale beredskapsrådet ble benyttet i denne fasen av pandemien, og spurte kommunene som hadde beredskapsråd om de hadde møter i dette rådet før Norge ble stengt ned våren 2020. Kommunedirektørene ble spurt «Hadde beredskapsrådet i kommunen møter på grunn av pandemien i perioden 26.02–12.03?». vi spurte også kommunene om de hadde møter i beredskapsrådet i den første uken etter den nasjonale nedstengningen 12. mars. Svarene kommer frem i figur 4.2.

Figur4.2 Andel kommuner som hadde møter i beredskapsrådet før eller rett etter den nasjonale nedstengningen 2020. Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021.



31 prosent hadde møter i beredskapsutvalget i perioden 26 februar til 12 mars, mens 45 prosent av kommunene hadde det i den første uken etter den nasjonale nedstengningen. Vi finner videre at 52 prosent av kommunene som hadde beredskapsråd verken hadde slike møter rett før eller rett etter at landet stengte ned, mens én av fire kommuner hadde møter i beredskapsrådet både rett før og rett etter at landet stengte ned.

Undersøkelsen viser videre at 31 prosent av kommunene som hadde satt krisestab eller kriseledelse før den nasjonale nedstengningen også gjennomførte møter i beredskapsrådet i perioden mellom 26 februar og den nasjonale nedstengningen. Som nevnt hadde så godt som alle kommunene i undersøkelsen satt krisestab/kriseledelse i uken etter den nasjonale nedstengningen. 43 prosent av kommunene som hadde gjort det gjennomførte møter i det kommunale beredskapsrådet uken etter den nasjonale nedstengningen.

4.3 Lokale smitteverntiltak

I perioden rundt den nasjonale nedstengningen ble det oppmerksomhet rundt de lokale smitteverntiltakene i Frosta (Lie, 2020), om det som i media ble omtalt som søringkarantenen, innreiserestriksjoner som ble innført i en del kommuner nordpå, og om innreisekarantenen som ble innført til Møre og Romsdal fylke. De aller fleste kommuner har etter hvert måtte håndtere tilfeller med smitte i egen kommune. Mange kommuner har hatt mange smittetilfeller over lengre tid. Indset & Stokstad (2020) har på vegne av koronakommisjonen sett nærmere på kommunenes bruk av smittevernloven. Deres kartlegging omfatter 177 vedtak gjort i 95 kommuner fra alle landets fylker, i perioden mars til november 2020. De har ikke foretatt noen uttømmende kartlegging av alle vedtakene i hver kommunene, bare et utvalg hentet fra Lovdatas register over kommunale forskrifter, og dels fra Statsforvalteren (Indset & Stokstad, 2020, s. 5). De har sett nærmere på kommunale smitteverntiltak, og i deres utvalg ble de fleste lokale smitteverntiltak fattet i mars og april 2020. spesielt gjorde mange kommuner vedtak i uke 11, fra mandag 9 mars til søndag 15 mars, etter at og i forbindelse med at regjeringen hadde vedtatt fire sentrale forskrifter om

reisekarantener inn i Norge, om møteforbud, om stengning av virksomhet, og det som på folkemunne har blitt omtalt som hytteforbudet. Indset og Stokstad (2020) antar at disse nasjonale vedtakene i seg selv medførte en dynamikk som medførte oppfølging og beredskap i kommunene.

I Fafos spørreundersøkelse var vi opptatt av om kommunene hadde gjennomført ulike smitteverntiltak, og kommunedirektørene fikk seg derfor forelagt følgende spørsmål: «I tillegg til de nasjonale pandemiltakene, valgte noen kommuner å innføre strengere lokale tiltak. Gjennomførte din kommune egne lokale tiltak rettet mot befolkningen eller næringslivet i den første uka etter 12. mars 2020?» 40 prosent av kommunene svarte at de hadde gjennomført lokale tiltak. Slike tiltak kan dreie seg om en rekke typer. Vi spurte kommunene som svarte ja på dette spørsmålet om de hadde gjennomført tiltak etter lokal forskrift om smitteverntiltak, og 65 prosent av kommunedirektørene svarte ja på dette spørsmålet.

Indset og Stokstad (2020) finner at smittevernloven var hyppigst brukt nord i Norge tidlig i pandemien. De peker samtidig på at vedtak om innreisekarantene ble fattet av kommuner i fylker både sør, nord og vest i Norge. I Nord-Norge og i Møre og Romsdal gjaldt vedtakene nesten utelukkende innreiserestriksjoner, mens i deres utvalg hadde ingen kommuner i Agder, Innlandet og Viken innreisevedtak (Indset & Stokstad, 2020, s.42). I tillegg til innreisekarantener, som var hyppig brukt av kommunene, ble det gjort vedtak som dreide seg om besøksforbud på sykehjem, vedtak rundt idrettsaktiviteter, rundt isolasjon, arrangementer, og restriksjoner i eller stengning av barnehager og skoler (Indset & Stokstad, 2020, s. 12-13).

Slike smitteverntiltak ble, i alle fall under den tidlige fasen, fattet under stor usikkerhet. Det kunne være vanskelig å få oversikt over hvilke tiltak som var nødvendige, nasjonalt ble beslutningene rundt den nedstengningen tatt på svært kort varsel (NOU 2021: 6, s.15-21). Mange kommuner er små, og pandemier er ikke dagligdagse. Det er derfor beredskap, planverk og forberedelser på at slike hendelser kan inntreffe er viktige. Indset og Stokstad (2020) peker på at de juridiske problemstillingene rundt smitteverntiltak og -vedtak var nye for mange jurister i kommunene. Av den grunn kan Statsforvalteren ha en viktig rolle som rådgiver og veileder overfor kommunene, men på grunn av tidspress og mange henvendelser fikk en del kommuner ikke svar før vedtak. Gjennomgangen til Indset og Stokstad (2020, s. 45) viser at de kommunale vedtakene hadde svakt hjemmelsgrunnlag på flere punkter. De fant at statlige instanser veiledet på ulike måter, og at samvirke mellom kommuner og statlige instanser ikke fungerte så godt som det kunne gjort. Som de skriver:

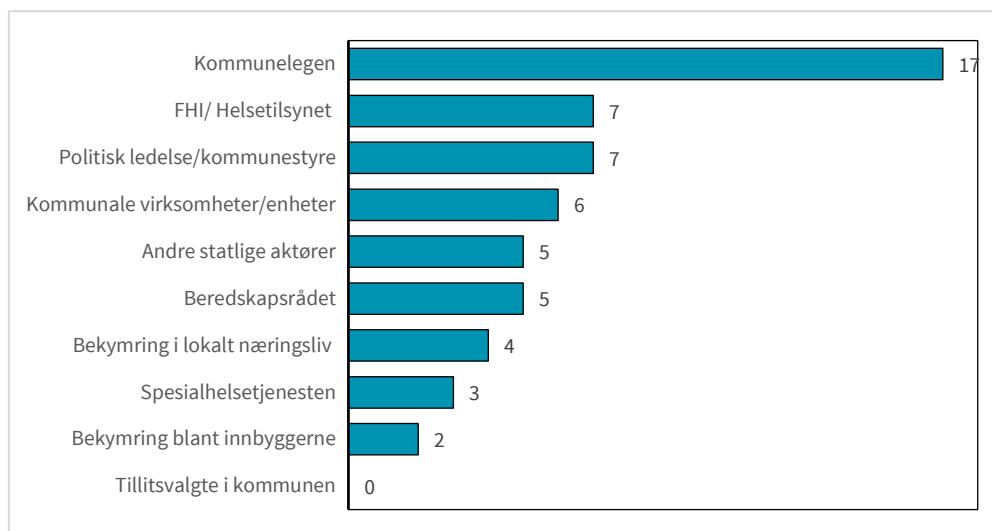
«Erfaringene fra våren 2020 viser at samspillet mellom nasjonale og lokale tiltak ikke alltid fungerte godt. Når kommunene ikke fulgte statlig veiledning og gjorde andre vurderinger enn det statlige myndigheter ga uttrykk for, var situasjonen vanskelig å forholde seg til for innbyggerne» (Indset & Stokstad 2020, s. 46)

Samtidig gjennomførte Fosse mfl. (2021, s. 13-14) fokusgruppeintervjuer med blant andre seks kommunal kriseledelser, og individuelle intervjuer med åtte kommuneoverleger, og fant at mangelfullt smittevernutstyr, utfordringer med pasienttransport, sårbar bemanningssituasjon og planlegging av kommunale koronasenger var viktige grunner til at noen kommuner fattet lokale smitteverntiltak som var strengere enn de nasjonale. Dermed, mens kommunene fattet vedtak som skyldtes en uoversiktlig situasjon, eller manglende beredskap, ble det samtidig lagt press på dem fra nasjonale myndigheter. Det var dermed lite fungerende samvirke i praksis. Det ble

tydelig gjennom media at regjeringen la betydelig press på statsforvalteren i Møre og Romsdal da de hadde innreisekarantene til fylket

I Fafo-undersøkelsen ble kommunedirektørene forelagt følgende tekst: «Under har vi satt opp noen forskjellige grunner for at det ble gjennomført tiltak etter lokal forskrift etter smitteverntiltak. Vi vil at du skal vurdere hvor stor betydning de ulike aktørene hadde for at det innført lokal forskrift om smittevernstiltak.» Svaralternativene var «Liten betydning», «Noe betydning», «Stor betydning», «Ikke aktuelt/relevant». I figuren under kommer antallet som svarte at de ulike aktørene hadde hatt stor betydning frem. Det totale antallet kommunedirektører som svarte på dette spørsmålet var 17.

Figur 4.3 Aktørers som har hatt stor betydning for innføring av lokale smittevernstiltak. Antall. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021(n = 17).

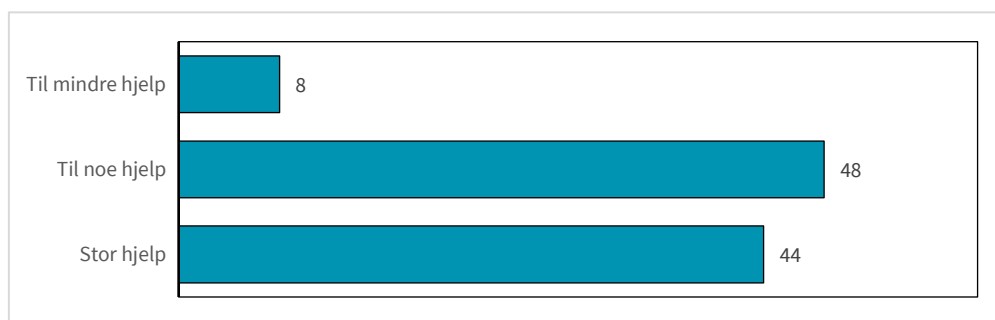


Alle kommunedirektører i kommuner som hadde innført lokale smittevernstiltak svarer at kommunelegen hadde stor betydning for innføringen. Dette er ikke overraskende, kommunelegen er sentral, og er tillagt et stort ansvar for å sørge for at nødvendige tiltak er satt i verk. Videre svarer 7 av kommunene at Helsetilsynet/FHI har vært viktige, mens klart færre peker på «andre statlige aktører». Det er heller ikke særlig mange av kommunedirektørene som svarer at spesialisthelsetjenesten har hatt stor betydning for de lokale smitteverntiltakene. Figuren viser videre at mange svarer at kommunale virksomheter/enheter har hatt stor betydning. De som svarte kan ha lagt ulikt i dette, men det er naturlig å tenke på pleie og omsorg og barnehager og skoler her. I rapporten har vi vært opptatt av beredskapsrådet, og at rådet kan være viktig som samvirkeorgan før en hendelse inntreffer, og etter at den har inntruffet. Av kommunene som har hatt lokale smitteverntiltak er det fem kommuner som svarer at beredskapsrådet har vært viktig. I begynnelsen av pandemiens var det mye usikkerhet, og noen innbyggere kan ha ønsket at politikerne satte inn tiltak. Senere har enkelte privatpersoner/grupperinger, og næringsinteresser, ønsket at tiltakene som har blitt oppfattet svært inngripende og kostbare skulle fjernes eller gjøres mindre inngripende. Vi var derfor opptatt av om bekymring blant innbyggere eller i lokalt næringsliv har hatt stor betydning for innføring av lokale smitteverntiltak. Det er flere kommuner som svarer at bekymring i lokalt næringsliv har hatt stor betydning enn som svarer at innbyggernes bekymring har hatt det. Imidlertid har det ikke hatt betydning i de fleste kommuner.

4.4 Var det eksisterende planverket til hjelp i en krisesituasjon?

ROS-analyser og påfølgende planverk dreier seg om beredskap, om å være forberedt på en fremtidig hendelse. Både nasjonalt, regionalt og kommunalt bruker aktører mye tid og ressurser på å utarbeide planverk som skal bidra til at det skal være enklere å møte krisesituasjoner. Fosse mfl. (2021, s. 15) finner i sin kvalitative undersøkelse at kommuneoverlegene brukte ROS-analyser for ulike smittescenarier for å forberede beredskapen i pandemiens første fase. Vi var opptatt av om dette skjedde i en mange av kommunene, og spurte kommunedirektørene: «I hvilken grad var det eksisterende kommunale planverket til hjelp i de to første ukene under den nasjonale nedstengningen? Svaralternativer og svar kommer frem i figur 4.4.

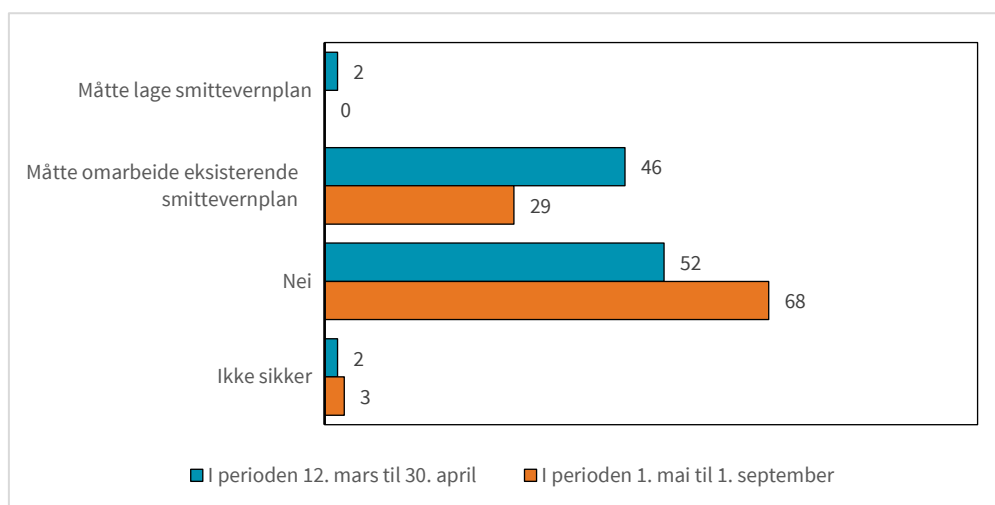
Figur 4.4 Var det eksisterende kommunale planverket til hjelp i de to første ukene under den nasjonale nedstengningen? Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



44 prosent av kommunene svarer at planverket var til stor hjelp i denne innledende fasen, mens 8 prosent oppgir at det var til mindre hjelp.

I Fafo-undersøkelsen spurte vi også kommunedirektørene om kommunen deres måtte omarbeide eller lage en ny smittevernplan i perioden 12. mars til 30. april, det vil si tidlig i pandemien mens den nasjonale nedstengningen foregikk. Vi stilte også det samme spørsmålet om perioden etter den nasjonale nedstengningen, fra 1. mai til 1. september. Svarene kommer frem i figur 4.5.

Figur 4.5 Måtte kommunen lage ny smittevernplan/omarbeide eksisterende smittevernplan? Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66)



På spørsmål om hva kommunene eventuelt gjorde med smittevernplanene i perioden 12 mars til 30 april svarte én kommune at de ikke hadde smittevernplan, og at de måtte lage en. Vi ser at det er færre i vårt utvalg som ikke hadde smittevernplan enn det var i Statsforvalterens undersøkelse for helsedirektoratet tidlig vinteren 2020. Det kan komme av at vi har fått svar fra færre kommuner, eller at kommunene stort sett fikk på plass en fungerende smittevernplan innen 12. mars 2020. Tabell 4.1 viser videre at 30 kommuner måtte omarbeide sin eksisterende smittevernplan. Over halvparten av kommunene oppga at de ikke måtte endre den eksisterende smittevernplanen i denne perioden. Under den nasjonale nedstengingen var skoler, barnehager og en rekke tjenester som treningsstudioer, frisører og fysioterapeuter, stengt ned. Når de åpnet igjen er det grunn til å tenke seg at kommunene ble stilt overfor en del nye problemstillinger. Vi stilte derfor kommunedirektørene det samme spørsmålet, men om perioden etter den nasjonale nedstengingen. Da var det klart færre som oppga at de måtte omarbeide den eksisterende smittevernplanen, og alle hadde da en smittevernplan. Av de 19 kommunene som måtte omarbeide den kommunale smittevernplanen i perioden fra 12. mars til 30. april svarte nesten alle 16 kommuner at de måtte omarbeide smittevernplanen også i perioden etter den nasjonale nedstengingen. Dette illustrerer at slike planer kontinuerlig endres etter behovene og utfordringene som dukker opp. Deloitte (2021, s. 23) studerte kommunenes erfaringer med koronakrisen gjennom 2020, og fant at ti prosent av kommunaldirektørene svarte at erfaringer fra pandemien har ført til vesentlige endringer i pandemiplanene.

At eksisterende planer endres betyr ikke nødvendigvis at arbeidet kommunene hadde lagt ned var bortkastet. Arbeid med ROS-analyser, og senere ulike planverk, kan bidra til bevisstgjøring, og betyr at kommunene har tenkt gjennom og gjort vurderinger rundt smittevern som de tar med seg inn i arbeidet med å justere de eksisterende smittevernplanene. Vi spurte de kommunedirektørene som oppga at de måtte omarbeide smittevernplanen, om det eksisterende kommunale planverket var til hjelp i arbeidet med de nye planene. 28 av 31 kommuner svarte at de eksisterende planene var til hjelp.

Kommuner som hadde gjennomført ulike tiltak i starten av den nasjonale nedstengingen fikk også spørsmål om de hadde gjennomført lokale tiltak i form av anbefalinger eller frarådingen til innbyggerne i denne tidlige fasen. 85 prosent av kommunene svarte ja på dette spørsmålet.

4.5 Samvirkeutfordringer

Rapportens hovedanliggende er samvirke, og hvordan behov for samhandling mellom ulike aktører kan bidra til at det blir mer krevende å skape best mulig sikkerhet og beredskap. At det er utfordringer i samhandlingen mellom ulike etater/virksomheter dreier seg gjerne om at ansvarsforholdene i noen tilfeller ikke er godt nok avklart før krisen inntreffer, og at det er uklart hvem som har ansvar for hva. I en del tilfeller betyr slike avklaringer at det klargjøres hvilke aktører som skal styre og beslutte, og hvilke som skal følge opp beslutninger. Det vil si at det avklares hvem som får eller har makt og myndighet. Det er derfor ikke gitt at avklaringene skjer innenfor en atmosfære preget av fred og harmoni. I Bergen var det i en periode uenigheter mellom kommunelegene og kommuneledelsen rundt ansvarsforhold, og hvor kommunelegene skulle være representert (Røyne et al., 2020). Sentralt rapporterer Kvinnesland-kommisjonen om betydelig «knirk» i samarbeidet mellom FHI og Helse og omsorgsdepartementet (HOD), hvor mye av uenighetene synes å være knyttet til at begge aktørene ville ha makt, være de som definerer hva som skal gjøres og hvordan,

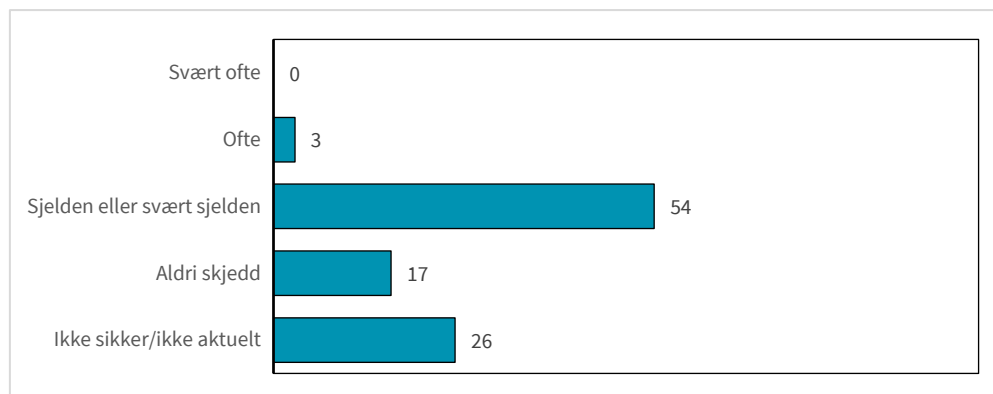
mens ingen var spesielt lystne på å innordne seg den andre parten. Disse sakene illustrerer i denne sammenhengen at samvirke som prinsipp har i seg spenninger, da samhandling og avklaring av ansvarsforhold kan bety at noen må gi fra seg innflytelse og ansvar til andre, også i tilfeller hvor de mener, gjerne med støtte i lovverket, at ansvaret og makten er deres. Det er derfor mulig å se for seg at ansvarsprinsippet i enkelte tilfeller oppleves å stå i strid med samvirkeprinsippet. I Fafos undersøkelse ba vi kommunedirektørene ta stilling til følgende påstand: «I vår kommune har samvirkeprinsippet stått i strid med ansvarsprinsippet etter koronapandemien 12. mars. Det har skjedd ...». Svaralternativene var «Svært ofte», «Ofte», «Sjelden», «Svært sjelden», «Aldri skjedd», og «Ikke sikker/ikke aktuelt». Det er ikke gitt at alle kommunedirektører har klart for seg hva som ligger i ansvarsprinsippet og samvirkeprinsippet. I undersøkelsen ble respondentene derfor forelagt følgende definisjon av hva Fafo mente med disse to begrepene:

«Med ansvarsprinsippet menes det at den virksomhet som har *ansvar* for sektoren i det daglige også har ansvar for forebygging, forberedelser og iverksetting ved eventuelle kriser.

Med samvirkeprinsippet stilles det krav til at myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering.»

Svarene på det nevnte spørsmålet kommer frem i figur 4.6.

Figur 4.6 Står samvirkeprinsippet i strid med ansvarsprinsippet? Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n=66).



Ingen svarte at samvirkeprinsippet står i strid med ansvarsprinsippet svært ofte, mens to kommuner svarte at dette skjer «ofte». Omtrent en av fire rådmenn svarer at de ikke er sikre eller at spørsmålet er uaktuelt. At det er slik kan ha å gjøre med at utførelsen av arbeidet med smittevern, beslutninger rundt hvor og hvordan pasienter skal behandles, innkjøp av utstyr, samarbeid med FHI og HOD skjer blant de som har ansvar for tjenesten til daglig, og at det i en del tilfeller ikke er rådmannen/kommunedirektøren. I utgangspunktet er det grunn til å tenke seg at ansvarsprinsippet kolliderer med samvirkeprinsippet de gangene ulike myndigheter/virksomheters ansvarsområder tangerer hverandre uten at det er helt avklart hvem som da har det overordnede ansvaret, og hvilke aktører som skal underordne seg. Når dette skjer, avklares gjerne ansvarsforholdene etter hvert. Ergo, slike utfordringer skjer stort sett bare i nye situasjoner, det er der ansvarsforholdene har potensial for å være uavklarte. Så avklares rollene og slike uklarheter gjentas antagelig ikke. Dermed er det

heller ikke grunn til å forvente at dette skal skje ofte. Figuren viser at 57 prosent av kommunene har opplevd at dette har skjedd minst en gang, selv om det i mange kommuner har skjedd sjelden.

Det kan være krevende å ta standpunkt til et spørsmål som er allment rettet mot om ulike beredskapsprinsipper «står i strid med hverandre». Av den grunn ble kommunedirektørene bedt om å svare på følgende spørsmål, med tre påfølgende påstander:

«Har det vært situasjoner siden 12. mars relatert til pandemien, hvor det har vært uklart om det er kommunen, statsforvalter, helseforetak eller nasjonale myndigheter som har det endelige ansvaret?»

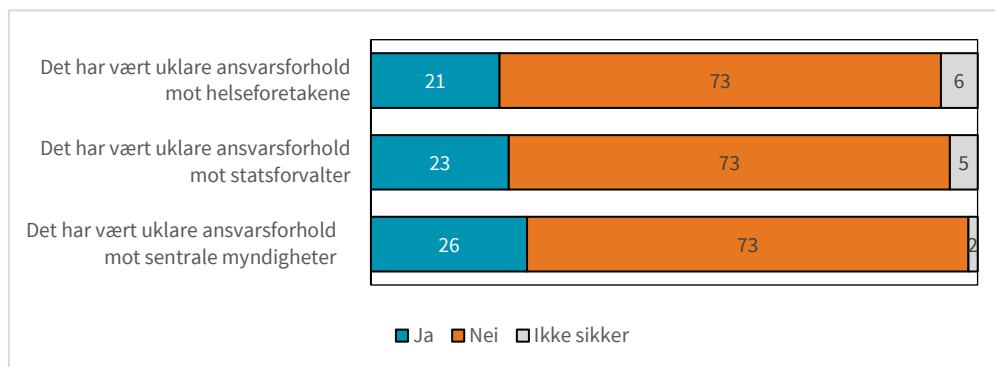
Kommunedirektørene skulle relatere dette spørsmålet til tre påstander, hvor de kunne svare «Ja», «Nei» og «Ikke sikker. De tre påstandene var:

«Det har vært uklare ansvarsforhold mot sentrale myndigheter

Det har vært uklare ansvarsforhold mot statsforvalter

Det har vært uklare ansvarsforhold mot helseforetakene»

Figur 4.7 Uklare ansvarsforhold mellom kommuner og ulike andre myndigheter. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



Mange kommuner opplever at det har vært uklare ansvarsforhold mellom kommunen og sentrale myndigheter (26 prosent), mot Statsforvalteren (23 prosent), og mot helseforetakene (21 prosent).

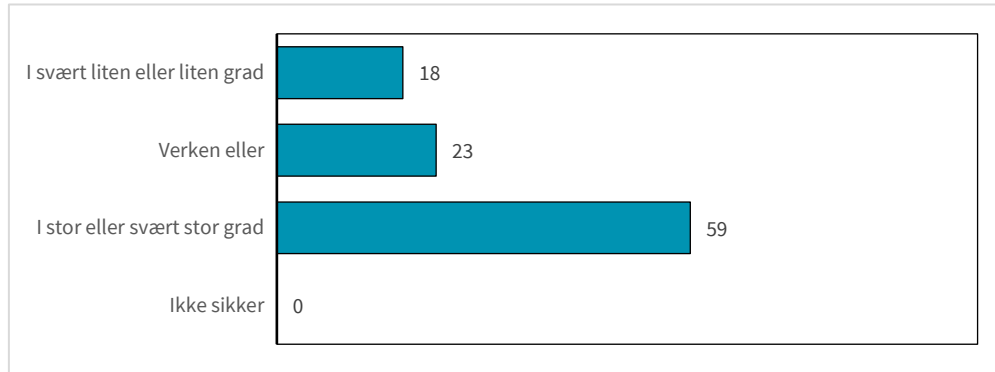
I Deloitte's (2021, s.75) undersøkelse av kommunenes erfaring med koronapandemien gjennom 2020 ble kommunale ledere spurt om de vurderer at Statsforvalteren har hatt en viktig rolle med hensyn til å bidra til erfaringsdeling mellom kommuner knyttet til samordning av lokale tiltak. Nær halvparten av lederne svarte at Statsforvalteren i svært stor eller stor grad hadde hatt en viktig rolle når det gjaldt erfaringsdeling, mens klart færre, 31 prosent, opplevde at statsforvalteren hadde hatt en viktig rolle når det gjaldt samordning av lokale tiltak. Det var særlig ledere fra kommuner i Viken, Rogaland, Møre og Romsdal og Troms og Finnmark som svarte at statsforvalterne ikke hadde hatt en viktig rolle knyttet til erfaringsdeling eller samordning.

4.6 Egenvurdering av ressurstilgang

Som vi har sett, svarte mange kommunedirektører at kommunen ikke brukte nok ressurser på pandemiberedskap før 12. mars 2020. Vi var også opptatt av om kommunen hadde nok ressurser når pandemien traff Norge, og kommunedirektørene fikk derfor følgende spørsmål: «I hvilken grad opplever du at kommunen har hatt nok ressurser

til å håndtere pandemien i perioden mellom 12. mars 2020 og 30. september 2020?» Svaralternativene var «I svært liten grad», «I liten grad», «verken eller», «I stor grad», og «I svært stor grad». Svarene kommer frem i figur 4.8.

Figur 4.8 Hadde kommunen nok ressurser til å håndtere pandemien? Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 n = 66).



Figuren viser at nesten seks av ti rådmenn opplever at kommunen hadde nok ressurser når pandemien kom til Norge, mens 18 prosent, nær to av ti, opplever at det stemmer i liten eller svært liten grad.

4.7 Sammenfatning

Oppsummeringsvis viser dette kapitlet følgende om generelle beredskap og samvirke under pandemien:

- Nesten alle kommunene i Fafos spørreundersøkelse satte krisestab, og nesten halvparten av kommunene hadde møter i beredskapsrådet rett etter den nasjonale nedstengningen, og en del hadde møter både før og etter den nasjonale nedstengningen.
- 40 prosent av kommunene i Fafos undersøkelse gjennomførte lokale smitteverntiltak i den første uken etter 12. mars 2020. Andre undersøkelser viser at samvirkeutfordringer var en viktig grunn til at slike tiltak ble innført.
- Vi finner at kommunelegen, FHI/Helsetilsynet, og politisk ledelse i kommunen hadde stor betydning for innføringen av de lokale smitteverntiltakene
- Hjelper beredskapsplaner i krisetid? 44 prosent av kommunene svarer at planverket var til stor hjelp i den innledende fasen av pandemien.
- Mange kommuner manglet, eller måtte omarbeide sin smittevernplan under den nasjonale nedstengningen. En del kommuner omarbeidet planene flere ganger.
- 28 av 31 kommunedirektører i Fafos spørreundersøkelse svarte at det eksisterende planverket var til hjelp når de omarbeidet planene sine.
- Kommunene svarer at de i liten grad opplever at samvirkeprinsippet står i strid med ansvarsprinsippet. 57 prosent av kommunene har opplevd at dette har skjedd minst en gang i pandemien.
- Nesten seks av ti kommunedirektører opplever at kommunen hadde nok ressurser når pandemien kom til Norge, mens 18 prosent, opplevde at det stemte i liten eller svært liten grad.

5 Tjenesteproduksjon under pandemien

Pleie og omsorgstjenester, og oppveksttjenester i form av barnehage og grunnskole står som sentrale deler av den kommunale tjenesteproduksjonen. Vi skal her se litt nærmere på to av tjenesteområdene og hvordan de ble løst under pandemien. Den ene tjenesten, pleie og omsorg, skjer all hovedsak i kommunal regi. Den andre tjenesten, barnehager, skjer derimot både i privat og i kommunal regi. Mens pleie og omsorg fikk direkte effekter i form av smitte blant beboere og ansatte, ble barnehagene i første omgang rammet mindre. I den perioden vi ser på, var smitten blant de yngste liten. Videre er det en annen ting som skiller de to tjenestene fra hverandre; mens barnehagene ble stengt ned i perioden 12. mars 2020 frem til nasjonal gjenåpning, opprettholdt pleie og omsorg sin produksjon i hele perioden. Dette skjedde også under helt andre smittevernmessige forhold, og med utbredt smitte i noen kommunale omsorgsvirksomheter.

For en offentlig tjenesteleverandør dreier det seg i store trekk om å sikre innsatsfaktorer, ressurser og arbeidskraft til å utføre tjenestene - også under en pandemi. Som koronakommisjonen konkluderte, og innspillene fra Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og flere, har vist, var det i pandemiens første fase – stor mangel på verneutstyr som engangsdrakter, munnbind, antibakterielle og virusdrepende midler. Kort sagt hadde man ikke nok smittevernutstyr til en varslet pandemi. Særlig syntes det å gjelde kommunesektoren. Når lagrene ikke var fylt opp i forkant og markedet ikke klarte å levere, hadde man reelle utfordringer. Først skulle kommunene skaffe dette tilveie selv, deretter gjennom felles offentlige innkjøp, før regjeringen og Helse og omsorgsdepartementet valgte å rasjonere ut det man hadde. 70 prosent til sykehusene, 10 prosent i reserve og de siste 20 prosentene til kommunene. En fordelingsbrøk der kommunesektoren ikke kom særlig godt ut. De 20 prosentene ble videre fordelt etter folketall – ikke etter smitteutbredelse. I kommuner med stor smitteutbredelse, måtte mange gå på jobb under vanskelige betingelser. Under er noen tilbakemeldinger som ble formidlet gjennom pressen, begge fra TV2.

«Føler seg utrygge på jobb: – Fikk beskjed om å bruke skotrek som munnbind»
(Fosheim et al. 2020)

«Ikke nok smittevernutstyr, hverken smittefrakker, stellefrakker, sprit eller munnbind. Lageret er omtrent helt tomt» (Braaten et al. 2020)

Fra de ansattes synsvinkel viste undersøkelser blant Fagforbundets og Sykepleierforbundets medlemmer at svært mange opplevde brudd på smittevernsbestemmelsene på sin arbeidsplass, at de opplevde å sette seg i fare for smitte og at de følte seg utrygge på jobb. Koronakommisjonen konkluderte at det ble tatt for lite hensyn til kommunene da smittevernutstyr ble fordelt (NOU 2021:6).

I denne rapporten skal vi ikke forfølge mangelen på smittevernutstyr. Isteden skal vi rette søkelyset mot hvordan kommunene brukte og disponerte sine ansatte under

pandemien, og hvordan de opprettholdt tjenesteproduksjonen i egen eller i innkjøpt regi.

5.1 Pleie og omsorgstjenester

Utgangspunktet er at de som står for den daglige pleien i pleie og omsorgstjenestene, ofte har deltidsstillinger og flere arbeidsforhold. Ved hjelp av registeranalyser har vi sett nærmere på hvor mange arbeidstakere dette er, og om de har flere arbeidsforhold ellers i kommunen eller i andre deler av offentlig sektor – eller i privat sektor. Disse beregningene bygger på tilgjengelige registerdata i oktober 2018 og representerer normaltstanden før viruset oppsto. I tillegg har vi i Fafos kommunedirektørundersøkelse, spurt hvordan kommunene disponerte ansatte under pandemien, om de hadde nok arbeidskraft og hvorvidt og hvordan de omdisponerte for å sikre tjenesteproduksjonen.

Gitt hjemler i helseberedskapsloven er arbeidstakere innenfor helserelatert virksomhet beordringspliktige, i den forstand at arbeidsgiver kan beordre sine ansatte til å jobbe ut over ordinær arbeidstid. Dette gjelder ikke bare faglært helsepersonell, men alle ansatte i kommunen. Med andre ord kan kommunene omdisponere sine ansatte langt friere enn under en normaltstand.

Høsten 2018 var det drøyt 150 000 arbeidsforhold i kommunal pleie og omsorg, og det var det snaut 137 000 arbeidstakere som fylte disse. Pleie og omsorg² er avgrenset til tjenesteproduksjon for den eldste befolkningsgruppa samt psykisk utviklingshemmede. Det dreier seg om hjemmesykepleie, hjemmehjelp, sykehjem, bofelleskap og eldrecentre. Det er arbeidsforholdene til helsefagarbeidere, hjemmehjelpere, pleieassistenter og omsorgsarbeidere som er tatt med. I tillegg er antall arbeidsforhold for renholdere som jobbet på de samme arbeidsplassene inkludert. Lege- og sykepleieryrker og administrative jobber er ikke tatt med, det samme gjelder. Ettersom det var flere jobber enn personer, betyr det at noen hadde flere arbeidsforhold innenfor kommunal pleie og omsorg. Tabell 5.1 viser hvordan dette fordelte seg.

Tabell 5.1 Antall arbeidsforhold innenfor kommunal pleie og omsorg, per arbeidstaker. 2018. SSB lønnsstatistikk,

	1 arbeidsforhold	2 arbeidsforhold	3 arbeidsforhold eller mer	Antall arbeidsforhold	Antall arbeidstakere
Kommunal pleie og omsorg	123553	24022	3312	150887	136667

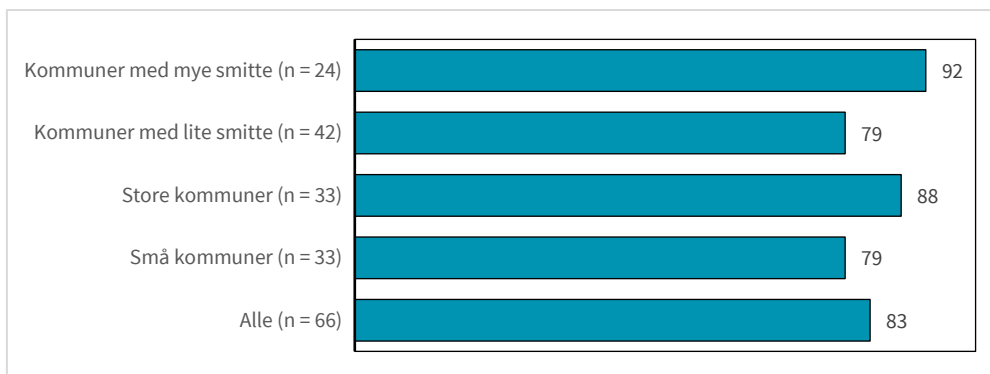
Desideret hyppigst var kombinasjonen «ett arbeidsforhold – en arbeidstaker» og snaut 124 000 arbeidsforhold var slik. Videre ser man i tabellen at det det var drøyt 24 000 av typen «to arbeidsforhold – en arbeidstaker», og drøyt 3300 av typen «tre arbeidsforhold – en arbeidstaker». Men selv blant de om som bare hadde ett arbeidsforhold innenfor sektoren, viste det seg at noen også hadde andre jobber utenfor pleie og omsorg. Blant arbeidstakerne som jobbet innenfor kommunal pleie og omsorg hadde 75 prosent denne jobben som sitt eneste arbeidsforhold. De resterende 25 prosentene hadde enten flere arbeidsforhold i pleie og omsorg, i offentlig sektor ellers eller i privat sektor.

² Næringsmessige avgrensninger etter Standard for næringsgruppering (SN2007): 86.901,87.101, 87.102, 87.201, 87.202, 87.203, 87.301, 87.302, 87.303, 87.304, 87.305, 88.101, 88.102, 88.103. Yrkesmessig avgrensning etter Standard for yrkesklassifisering (STYRK98); 513 og 913. Kommunal sektor er skilt fra privat sektor ved hjelp av Standard for institusjonelle sektorgruppering (SNA2008/ESA2010).

For denne fjerdedelen, de 34 000 arbeidstakerne som hadde andre arbeidsforhold utenfor kommunal pleie og omsorg, var disse jobbene i all hovedsak innenfor tjenestebaserte yrker. Blant de med flere arbeidsforhold var en tredjedel av arbeidsforholdene å finne i pleie og omsorgsykker, men da utenfor sektoren. Dette vil si i barnehage, på skole og i skolefritidsordninger, i fritidsklubber, barnevern eller på sykehuse. Legger man til de som kombinerte med tilleggsjobb i skole eller barnehage øker andelen til fire av ti. Videre var drøyt 11 prosent av tilleggsjobbene i butikk, mens hver tiende tilleggsjobb var å finne som renholder. Mange små stillingsbrøker innenfor pleie og omsorg kombineres i stor utstrekning med andre stillinger, både innenfor og utenfor kommunal sektor.

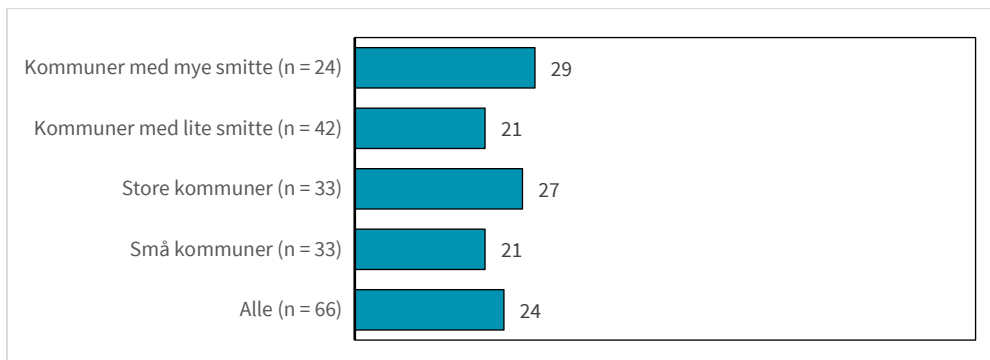
Gitt arbeidsstokkenes sammensetning, med mange på små stillingsbrøker og med arbeidsforhold andre steder, sto kommunen som arbeidsgiver ovenfor en rekke nye problemstillinger. Blant annet hvordan de skulle eller kunne begrense antall kontaktpunkter mellom pleietrengende og arbeidstakere for å kunne skjerme den førstnevnte gruppa. Men aller først, hadde kommunene en egen plan knyttet til ett pandemiutbrudd og hva den skulle gjøre i pleie- og omsorgssektoren i sin kommune?

Figur 5.1 Hadde kommunen egne beredskapsplaner for hva som skulle gjøres innenfor pleie og omsorgssektoren i tilfelle pandemi? Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



Ut i fra svarene til kommunedirektørene, viser det seg at de fleste hadde en egen beredskapsplan for eldreomsorgen. 83 prosent av kommunedirektørene i vår undersøkelse oppga det. Videre ser man at forskjellene er små mellom små og store kommuner. Kommuner som oppga at de hadde hatt betydelig smitte oppga i noe større grad at de hadde en slik plan enn kommuner som oppga lite smitte.

Figur 5.2 Fikk dere i perioden 12. mars til 30. april problemer med å ha nok bemanning innenfor pleie og omsorg? Andel som svarte ja. Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).

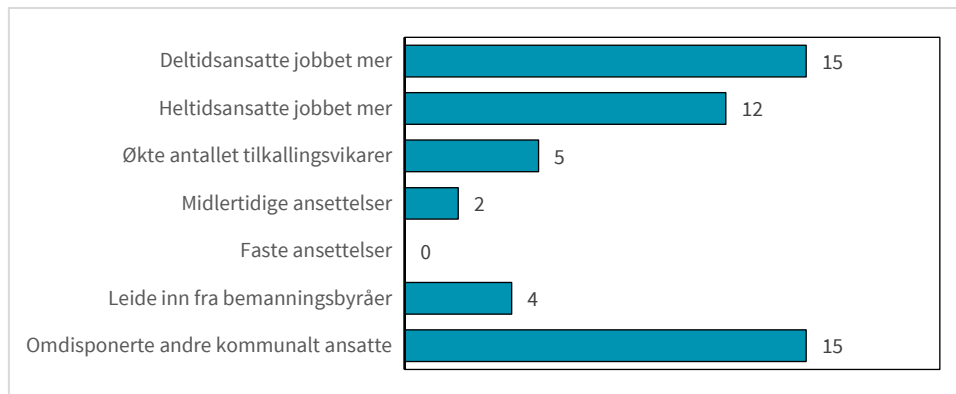


I vårt kommunedirektørutvalg viste det seg at det var et betydelig mindretall som fikk problemer med bemanningen i pandemiens første fase. Vi minner igjen om at utvalget er lite, men ser at store kommuner og kommuner med mye smitte i noe større grad oppgir å ha hatt problemer.

I forbindelse med utbruddet inngikk partene i kommunesektoren en sentral særavtale hvor det ble gitt muligheter for å utvide bruken av overtid og å korte ned på varsling for å endre arbeidstidsplanene. Samtidig ble det gitt anledning til å innføre såkalte langvakter, opp til 12,5 timers arbeidstid per dag. Vi spurte derfor om dette skjedde i deres kommune. Ni prosent av kommunedirektørene oppga at de hadde innført langskift eller langvakter i kommunen i perioden 12. mars – 30 april.

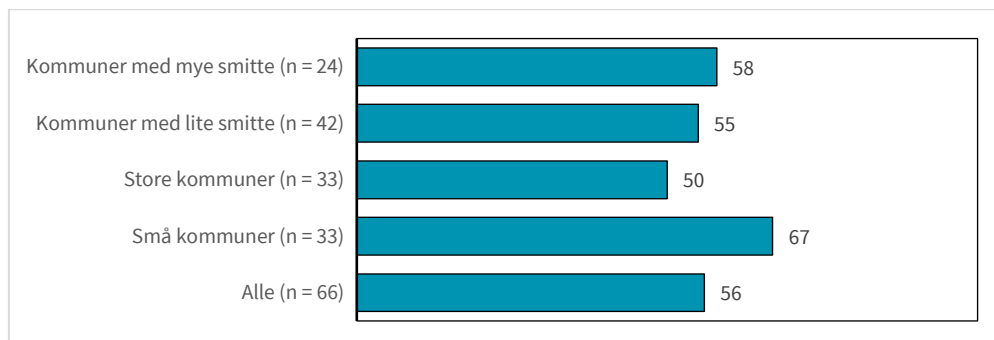
En liten andel hadde altså brukt muligheten for å sikre bemanning og redusere antall kontaktpunkter med beboere på pleiehjem, mens det store flertallet ikke hadde dette. Hvordan løste kommunene som opplevde problemer, så utfordringene med bemanning i pleie og omsorg?

Figur 5.3 Hvordan løste dere bemanningsutfordringene? Antall. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 20).



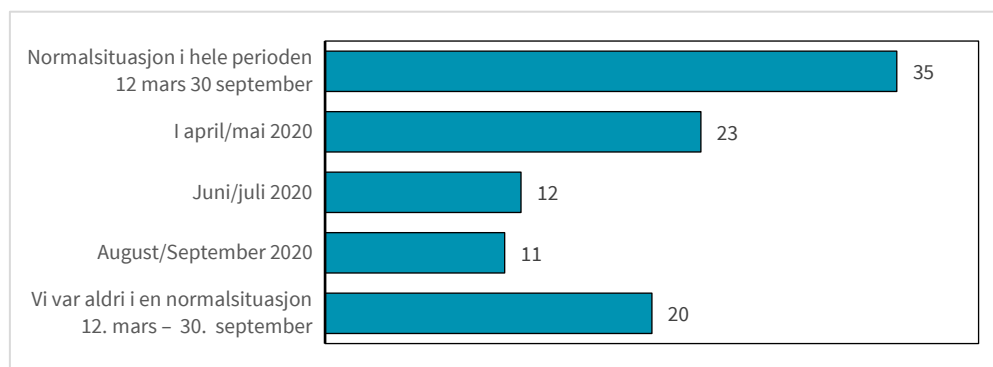
De som oppga at de hadde fått problemer med bemanningen i pandemien løste dette primært med å bruke eget personale. Omtrent alle oppga at de omdisponerte, eller flyttet på ansatte fra andre steder i kommunen og over i pleie og omsorg. Videre ser man at tilnærmet samtlige økte stillingsbrøkene blant de deltidsansatte, og at mange benyttet seg av økt overtid blant de heltidsansatte. I store trekk benyttet de fleste seg av den arbeidskraften de allerede hadde inne som kommunalt ansatte, framfor å ansette nye eller å øke antall tilkallingsvikarer. I hvilken grad tok så kommunene grep for å redusere antall steder de ansatte kunne jobbe på samtidig?

Figur 5.4 Innførte dere begrensninger slik at kommunalt ansatte ikke kunne jobbe i flere pleie og omsorgsvirksomheter samtidig? Andel ja. Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



Drøyt halvparten av kommunene i utvalget, oppga at de begrenset muligheten for de kommunalt ansatte til å jobbe på flere virksomheter innenfor kommunes pleievirksomhet. Heller ikke på dette spørsmålet var det store forskjeller mellom store og små kommuner, men de som oppga at de hadde hatt mye smitte oppga det i noe sterkere grad enn de som hadde hatt lite smitte.

Figur 5.5 Når vil du si at kommunenes pleie og omsorgstjenester var tilbake i normalsituasjonen når det kom til bemanning? Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



Videre ble kommunedirektørene spurt om når de var tilbake i en normalsituasjon. Som det framkommer av figur 5.5 så varierte det betydelig. En drøy tredjedel av kommunedirektørene svarte at de var i en normalsituasjon gjennom hele perioden, og slik sett gikk det som normalt hos dem. I den andre enden oppga hver femte kommunedirektør i vårt utvalg at de aldri var i noen normalsituasjon. Videre ser man at i underkant av hver fjerde kommunedirektør oppga at man var tilbake i normalsituasjon i løpet av vårmånedene.

Koronakommisjonens tilbakemeldinger

I korthet kan koronakommisjonens vurdering av de kommunale pleie og omsorgstjenestene, beskrives slik: Sykehjemmene var ikke forberedt på pandemien, men har håndtert smittesituasjonen godt og i hovedsak unngått store smitteutbrudd.

Smittesituasjonen og presset varierte, men ga kommunene belastninger og de måtte omorganisere sine virksomheter. Videre påpekte kommisjonen at det kunne se ut til at sykehjemmene selv måtte finne gode smittevernløsninger, og etterspurte planer og læring på tvers av institusjoner. Langt på vei ble andre kritiske tilbud. For eksempel dagaktivitetstilbudet til hjemmeboende eldre, tatt ned i perioden. Av mer arbeidsrelaterte forhold kommer kommisjonen med anbefalinger rundt det som er beskrevet foran: Det store innslaget av deltidsstillinger og ansatte som av den grunn må ha jobber andre steder for å få en inntekt det går an å leve av.

«Forfatterne anbefaler også å tilrettelegge for større stillingsprosjenter for å unngå at ansatte jobber ved flere pleie- og omsorgsinstitusjoner. De mener videre det må satses mer på formell kompetanse og kursing av ansatte.» (NOU 2021: 6, s. 343)

Samvirkeutfordringer

I perioden fra nedstengningen i mars 2020 og frem til 1. oktober viste det seg at i underkant av 60 prosent av de som døde av korona gjorde det i eldreomsorgen (FHI, 2020). Smitten hadde kommet inn med ansatte og besøkende og fikk fatale

konsekvenser. Mangel på smittevernsutstyr for de ansatte, er nevnt. Smitten spredte seg ulikt i landets kommuner. Av de forhold som kommunene selv rådet over, var å begrense antall menneskelige kontaktpunkter for de eldste et viktig punkt. Besøksforbud for slektninger og pårørende ble innført. Å begrense antall ansatte som var i kontakt med de eldste kunne være ett annet grep. Utgangspunktet var ikke det beste, med mange ansatte i små stillingsbrøker og derfor måtte jobbe andre steder. Bare 75 prosent av de ansatte i sektoren hadde det som sitt eneste arbeidsforhold. De siste 25 prosentene hadde flere jobber enten andre steder i kommunen eller utenfor kommunen i det offentlige eller i det private.

Ifølge kommunedirektørene i vår undersøkelse var det bare hver femte kommune som oppga at de fikk bemanningsproblemer innenfor pleie og omsorg, og dette ble som oftest løst gjennom overtid, økte stillingsbrøker blant de deltidsansatte og om-disponering av andre kommunalt ansatte. Omtrent halvparten av kommunedirektørene i utvalget rapporterte at det hadde blitt lagt begrensinger på å jobbe i flere kommunale enheter.

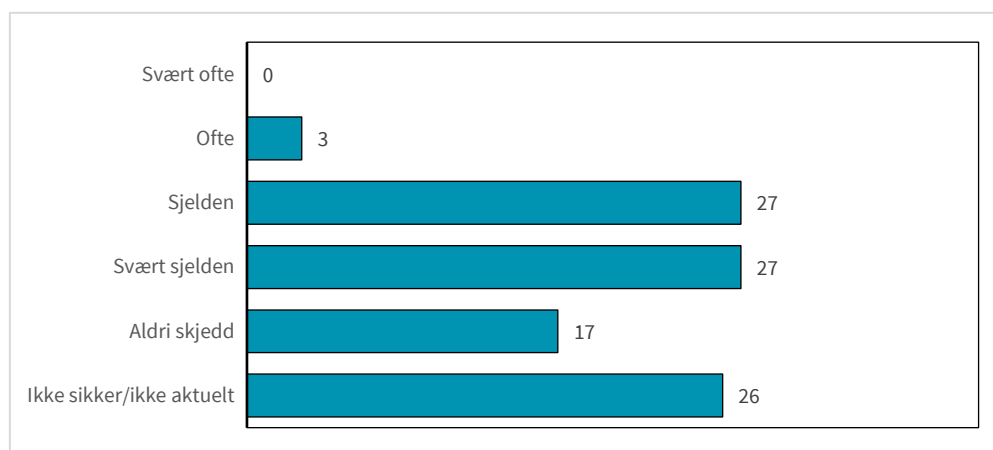
På generell basis fikk kommunedirektørene i vår undersøkelse en ledetekst, hvor samvirkeprinsippet ble nærmere utledet.

«Med samvirkeprinsippet stilles det krav til at myndighet, virksomhet eller etat har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering.»

Deretter fikk de spørsmålet: «I vår kommune har samvirkeprinsippet stått i strid med ansvarsprinsippet etter koronapandemien 12. mars. Det har skjedd ...».

Svaralternativene var «Svært ofte», «Ofte», «Sjelden», «Svært sjelden», «Aldri skjedd» og «Ikke sikker/ikke aktuelt». I tillegg var det et åpent spørsmål hvor man kunne konkretisere hvordan samvirkeprinsippet har stått i strid med ansvarsprinsippet. Kommunedirektørenes svarfordeling er vist i figur 5.6.

Figur 5.6 Ta stilling til følgende påstand: I vår kommune har samvirkeprinsippet stått i strid med ansvarsprinsippet etter koronapandemien 12. mars. Dette har skjedd ... Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



Bildet er at svært få (3 prosent) av kommunedirektørene i vårt utvalgt mente at dette hadde skjedd ofte, Hele 26 prosent var usikre eller mente at problemstillingen var lite aktuell for deres kommune, mens drøyt halvparten mente at det hadde skjedd sjelden eller svært sjelden. I de åpne svarene var det noen kommentarer knyttet til samvirkeutfordringer i pleie og omsorgssektoren. Noen av tilbakemeldingene er trukket frem under:

Helseforetaket skrev ut pasienter til kommunen uten å rådføre seg med oss. Dette mener vi de gjorde uten å avveie deres utfordring opp mot den utfordring de satte kommunen i.

Utfordrende å samarbeide, helseforetaket tok ikke smittesituasjonen tilstrekkelig på alvor.

Jacobsen mfl., 2021, s. 95–96) ser nærmere på erfaringer med Covid-19 i norske sykehjem, og også de peker på utfordringer med mange små stillinger, samt opplæringsstillinger, når det gjelder smittevern. Kirkevold mfl. (2020) karta hvordan avdelingsledere ved sykehjemmene selv vurderte sin evne til å håndtere smittevern, tilgangen på smittevernutstyr, testingen av personale og pasienter samt rutiner for smittevern og kompetanse blant personalet. De fant i 2020 at det fremdeles var utfordringer med mangel på sykepleiere, og små stillinger som medfører at mange pleiere arbeider flere steder. De fant at heller ikke avdelinger med smitte evnet å hindre de ansatte i å arbeide andre steder. Slik bemanning kan medføre økt smitterisiko under den nåværende epidemien og i fremtidige epidemier. I smittesammenheng kan det være uheldig om ansatte jobber på flere ulike helseinstitusjoner eller kombinerer ansettelse i helsetjenesten med en jobb andre steder i samfunnet. Det siste har vi ikke data om, men nye tall fra PAI-registeret viser at ufaglærte og fagarbeidere er ansatt i små stillingsstørrelser på kommunale helseinstitusjoner (tabell 30.2).

Over halvparten av sykehjemmene som var med i undersøkelsen til Kirkevold mfl., (2020), hadde i mars 2020 personale som også jobbet på andre institusjoner eller i hjemmetjenesten. Dette ble oppfattet som en stor utfordring. Halvparten av de 16 sykehjemmene som hadde hatt smitte, hadde innført forbud mot å jobbe andre steder. I sykehjem uten smitte rapporterte en av fem at de hadde innført slike forbud. De fant at smitte fra ansatte var hovedårsak til smitte blant sykehjemsbeboere.

5.2 Barnehagetjenester

I kjølvannet av barnehageforliket i 2003 ble det foretatt en kraftig utbygning av sektoren, noe som i dag i all hovedsak betyr at det i landets kommuner er mulig å få plass til ettåringene og at de er sikret plass frem til skolestart. Den kraftige utbygningen de siste 15 årene har særlig skjedd med utbygging av private barnehageplasser. Det betyr at det i dag er 5600 barnehager, som daglig passer på 93 prosent av alle barn mellom ett og fem år i landet (SSB barnehagestatistikk 2020). Av de i alt 5600 barnehagene er nesten 3000 private. Andelen private barnehager varierer fra 64 prosent i Agder og 62 prosent i Viken, til 36 prosent i Troms og Finnmark og 46 prosent i Nordland (SSB). I korthet betyr det at i svært mange av landets kommuner skjer produksjon av barnehagetjenester, både i egen regi og i privat regi.

Samlet sett jobbet 96 000 personer i 5600 norske barnehager. Det er private barnehager i 232 av landets 358 kommuner, mens fire kommuner ikke har kommunale barnehager. Nesten samtlige kommuner driver barnehage i egen regi, mens 65 prosent av dem har private barnehager i tillegg.

Fra 2011 har barnehagesektoren vært rammefinansiert, noe som betyr at kommunene har ansvaret for å gi tilskudd til private barnehager, og øke kapasiteten her eller å bygge ut i egen regi (Brox, 2019). Ser man på utviklingen generelt har det i løpet av de siste årene gått mot større enheter, og færre barnehager. Dette gjelder både kommunale og private. Videre har endringer i driftsformer innenfor de private barnehagene gått fra foreldredrevne familiebarnehager til barnehagekonsern (Bjørn mfl., 2019). I vår sammenheng har vi spurt kommunedirektører hvordan det har vært å

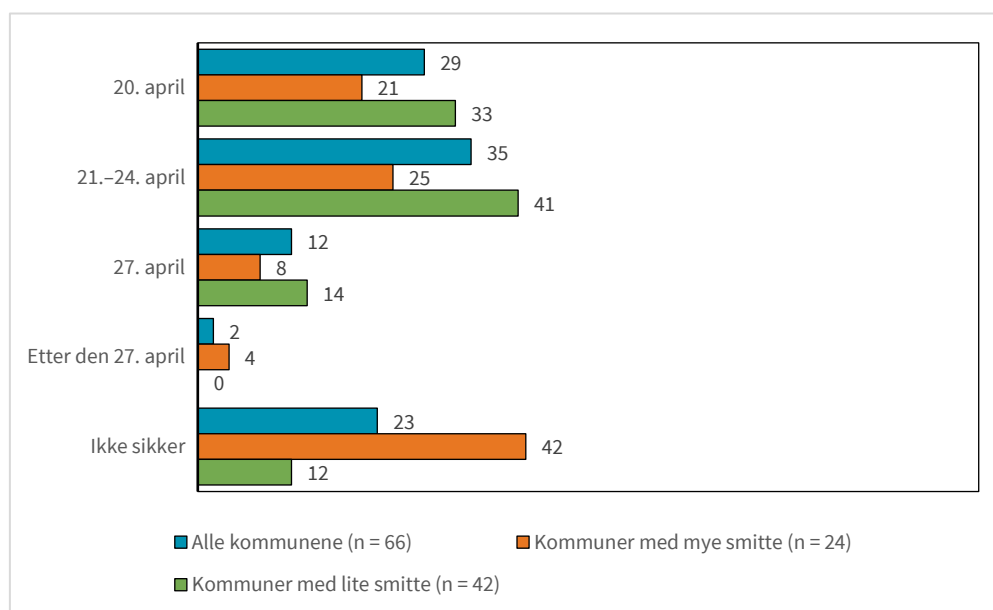
operere med en privat tjenesteyter som en del av det kommunale tilbudet under pandemien. Blant annet ønsket vi å vite om kommunene hadde egne beredskapsplaner for barne- og oppvekstsektoren i tilfelle pandemi. Barnehagene, både de offentlige og private, ble stengt ned under den nasjonale nedstengingen 12. mars. Vi ønsket å se om det var variasjon i gjenåpningen og om det var forskjell etter driftsform. Videre ble kommunedirektørene spurt om det var forskjeller i de smittevernfarene utfordringene mellom driftsformene, og om det var lettere å opprettholde tjenestetilbudet i de egeneide barnehagene enn i de private etter gjenåpningen.

Mens 83 prosent av kommunedirektørutvalget oppga at de hadde egne beredskapsplaner innenfor pleie og omsorg, var den tilsvarende andelen 41 prosent for beredskapsplaner innenfor oppvekstsektoren. I vårt utvalg var det også 21 prosent som var usikre på om de hadde, mot 6 prosent innenfor pleie og omsorg. Samlet sett betyr nok det at godt over halvparten av kommunene i vårt utvalg ikke hadde egne planer for barnehagene og skolene.

I perioden før nasjonal nedstenging 12. mars, var det bare et fåtall kommuner som hadde foretatt nedstengning i skoler og barnehager. Frosta som tidlig fikk et stort lokalt utbrudd, stengte sine skoler og barnehager, mens Bergen og Oslo annonserte nedstengning tett opp i den nasjonale nedstengingen. Med unntak av Frosta ble landets barnehager stengt ned mer eller mindre samtidig, og driften i perioden frem til gjenåpningen var basert på å følge opp barna til samfunnskritisk personell som helsepersonell, renovatører og renholdere.

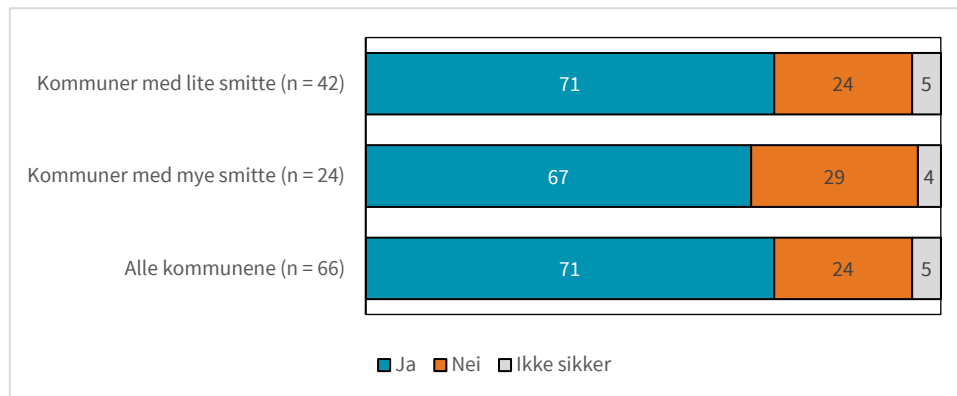
I gjenåpningsfasen etter påske 2020 kunne barnehagene åpne opp fra og med 20. april. De som trengte mer tid kunne gjøre dette frem til og med 27. april. Denne gjenåpningen ville da skje under ett smittevernfare regime som ikke var der før pandemien. I kommunedirektørundersøkelsen spurte vi derfor når deres barnehager åpnet, og om det var begrensninger i antall barn eller åpningstidene i perioden. Tilbakemeldingene fra vårt utvalg var at noen startet opp så tidlig som mulig, mens andre drøydde lenger (figur 5.7).

Figur 5.7 Når ble barnehagene gjenåpnet i kommunen? Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021.



Tre av ti åpnet opp med en gang den 20. april, mens en noe større andel brukte noen flere dager. Vi må minne om at utvalget er lite, men det kan se ut til at de kommunene som hadde lite smitte åpnet noe tidligere. Videre var respondentene i smitteutsatte kommunene mer usikre. Ellers viste det seg at man i gjenåpningen skjedde med redusert åpningstid i de aller fleste barnehagene, men at svært få hadde redusert tilbud i form av antallsbegrensning (figur 5.8). Bare 8 prosent av utvalget oppga at det var begrensninger på antall barn da barnehagene åpnet opp igjen.

Figur 5.8 Var det begrensninger i åpningstid, da barnehagene ble åpnet opp igjen? Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021.

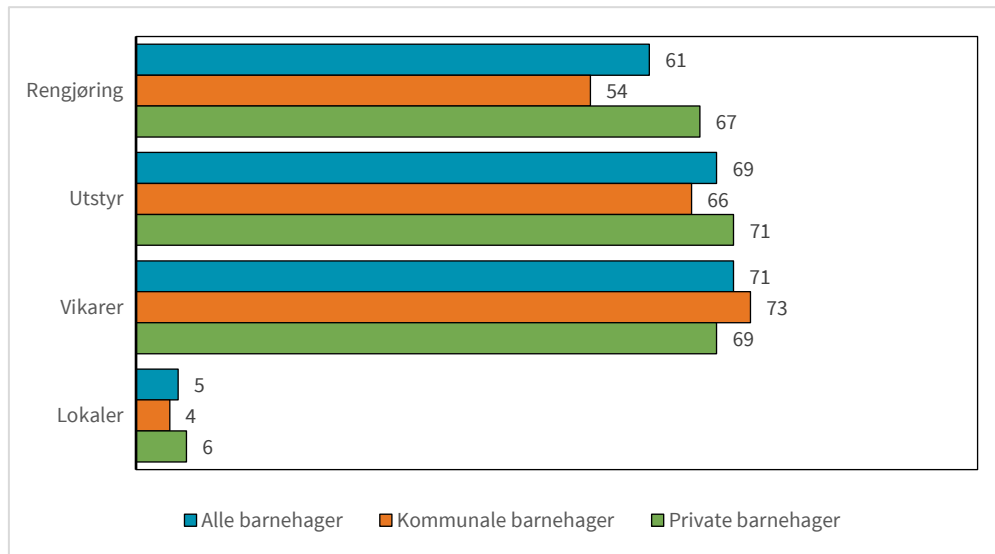


Syv av ti i vårt utvalg oppga at de startet opp med kortere åpningstider, og det skjedde i noe høyere grad i kommuner med mye smitte. I kommunedirektørundersøkelsen ble det ikke spurt om det hadde vært ytterligere nedstenginger av barnehagesektoren frem til september 2020, derimot har Utdanningsdirektoratet statistikk for deler av perioden frem til oktober 2020. Ifølge Utdanningsdirektoratets tall gikk åpningstiden ned fra 9,6 til 8 timer i gjennomsnitt. Mindre kohorter og kortere åpningstider var løsningen som ble valgt. En undersøkelse blant Unios tillitsvalgte viste også at et betydelig mindretall (14 prosent) hadde hatt redusert arbeidstid i barnehagene under pandemien (Andersen & Trygstad, 2021).

Utdanningsdirektoratets tall viser videre at høsten 2020 hadde 4 prosent av landets barnehager vært helt stengt, mens 9 prosent av barnehagene hadde vært delvis stengt høsten 2020. Gitt forskjeller i smittespredning var det betydelig forskjell i nedstengning. I Oslo hadde 20 prosent av barnehagene vært helt eller delvis stengt høsten 2020, mot 3 prosent av barnehagene i Trøndelag, Nordland og Møre og Romsdal.

Den nye driftssituasjonen, under andre smittevernbetingelser har også medført betydelige kostnadsøkninger. Med ansatte i karantene, sykdomstilfeller blant de ansatte og tilhørende behov for vikarer, økt renhold og andre driftsmessige forhold.

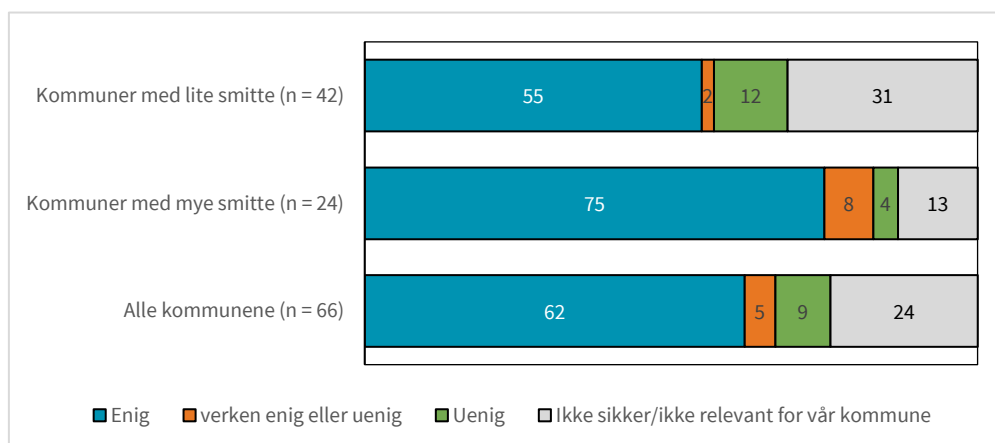
Figur 5.9 Andel av barnehagene som oppgir økte utgifter. Etter driftsform og utgiftstype. Prosent. Kilde Utdanningsdirektoratet, 2021.



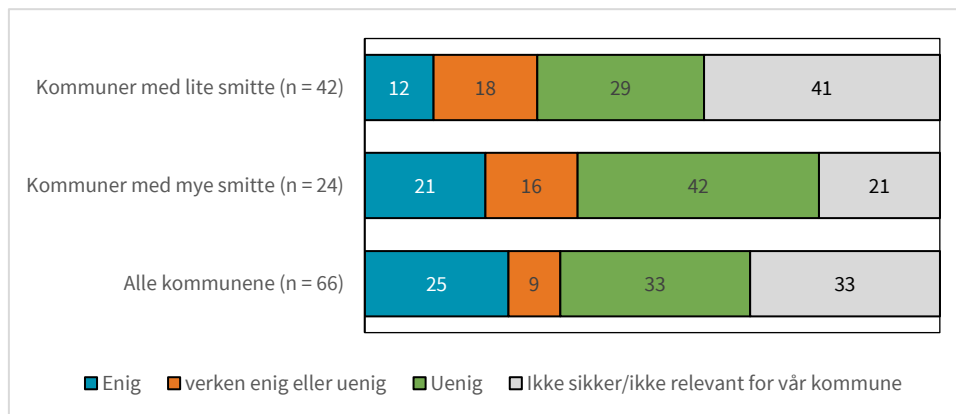
Figur 5.9 viser andelen av barnehagene som oppgir økte utgifter. Det skal her tas noen forbehold etter driftsform, ettersom smitteutbredelse og fordeling mellom private og kommunale barnehager varierer. Etter å ta tatt høyde for det, ser man at en større andel av de private rapporterer om økte renholdskostnader, mens de kommunale rapporterer noe oftere om økt bruk av vikarer.

I kommunedirektørundersøkelsen ba vi kommunedirektørene ta stilling til noen påstander knyttet til driftsform og om ulike driftsformer har medført smittevern-faglige utfordringer for kommunene. Videre var vi interessert i å vite om det var lettere eller vanskeligere å opprettholde barnehagetjenestene i egen regi i perioden frem til og med 30. september. Kommunedirektørene skulle her si seg enige eller uenige i de påstandene de ble presentert for. Deres svar er vist i figur 5.10 og 5.11.

Figur 5.10 Forskjell i driftsform av barnehagene (privat, kommunal) har- alt i alt- **ikke** ført til smittevern-faglige utfordringer i vår kommune i perioden 12. mars–30. september 2020. Prosent. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



Figur 5.11 Det har -alt i alt- vært lettere å opprettholde barnehagetjenestene i de kommunale enn i de private barnehagene i perioden 12. mars–30. september 2020. Kilde Kommunedirektørundersøkelsen Fafo, 2021 (n = 66).



Ut fra det kommunedirektørene i vårt utvalg meldte tilbake, var den store majoriteten enige i påstanden om at forskjeller i driftsform (egendrevne eller private) ikke hadde medført smittevernsutfordringer. Andelen som sier seg enig er noe høyere i kommuner som hadde hatt mye smitte, enn i kommuner med lite smitte.

Som nevnt har kommunene hatt forskjellig smittetrykk etter den nasjonale nedstengningen, og svargivingen i kommunedirektørundersøkelsen må også ses i lys av det. Når det kommer til påstanden om at det har vært lettere å opprettholde drift i egne versus privatdrevne barnehager så finner vi lite støtte for det. Andelen som er uenige i påstanden er omtrent dobbelt så stor som andelen som er enige. Videre ser man av figur 5.11 at en tredjedel av kommunedirektørene enten er usikre eller sier at problemstillingen ikke er relevant for deres kommune. En tolkning av det hele er at kommunedirektørene oppfatter at driften av barnehagesektoren gikk greit frem til 30. september, og at det var liten forskjell etter driftsform.

Koronakommisjonens tilbakemeldinger

I den omfattende tilbakemeldingen fra koronakommisjonen (NOU 2021: 6) er det også vurderinger og analyser knyttet til forløpet under nedstengingen og hvordan barnehagetjenestene fungerte etter gjenåpningen. Naturlig nok handlet mye av kommisjonens tilbakemeldinger om hvilke konsekvenser nedstengningen hadde for de minste, herunder særlige sårbare barn. I forbindelse med kommisjonens arbeid ble det blant annet utarbeidet en egen delrapport som tok for seg hvordan barnehagene hadde håndtert koronautbruddet (Os mfl., 2021). Denne tok blant annet for seg forholdet mellom stat og kommune og forholdet mellom kommunen og barnehagestyrrer, og hvordan de ulike nivåene hadde håndtert pandemien.

I forholdet mellom stat og kommune under nedstengingen, var kommunene fornøyd med statlig informasjon og at de statlige sektormyndighetene var samordnet i sin kommunikasjon. Av statlige aktører var kommunene mest fornøyd med Utdanningsdirektoratet og noe mindre fornøyd med Statsforvalteren.

Representantene for kommuneledelsen var fornøyd med kommunenes håndtering av barnehagene under pandemien, 94 prosent var enige i påstanden, og en nesten like stor andel (88 prosent) mente at samarbeidet mellom ulike sektorer i kommunen gikk bra. Videre svarte fire av fem at deres kommune hadde en oppdatert beredskapsplan for barnehagene. Også barnehagestyrerne hadde gjennomgående positive tilbakemeldinger på kommunens håndtering og informasjonsflyt under pandemien. Ut i

fra driftsform var styrerne fra de kommunale barnehagene mer fornøyd enn de privat barnehagestyrere, men også blant sistnevnte var majoriteten fornøyd.

«Koronasituasjonen satte på mange måter skillet mellom kommunen som barnehageeier og barnehagemyndighet på spissen. Mens noen private barnehager synes de ble nærmest likebehandlet med kommunale barnehager, mener andre at private barnehager ble generelt lite ivaretatt av kommunen i denne perioden». (Os mfl., 2021:24)

Ifølge Os mfl. (2021) var det enkelte privatdrevne barnehager som henvendte seg til PBL heller enn kommunen for råd og veiledning, mens enkelte frittstående barnehager oppga å bli stående alene. Bildet er likevel positive tilbakemeldinger fra de fleste av de private barnehagene.

Samvirkeutfordringer innen barnehagetjenestene

Sett i lys av det kommunedirektørene i vår undersøkelse svarte, og det Os mfl. (2021) legger frem i sine analyser, er det lite støtte for en påstand om at håndteringen av koronapandemien og barnehagedriften, gikk bedre eller dårligere i de egendrevne enn i de private barnehagene. Det kan tenkes flere forklaringer på det. For det første hadde 9 av 10 kommuner et etablert organ for kommunikasjon mellom kommunene og barnehagene, og i tre av fire kommuner satt også de private barnehagene i samarbeidsutvalget. For det andre ble de økonomiske forutsetningene om drift i pandemiens startfase sikret både for de kommunale og de private barnehagene. Regjeringen dekket de manglende foreldrebetalingene under nedstengingen. Videre har rammefinansieringsmekanismen vært med på å sikre de private barnehagene økonomisk forutsigbarhet under pandemien. Den dominerende arbeidsgiverorganisasjonen PBL gikk tidlig ut og anbefalte sine medlemsbedrifter å unngå å permittere ansatte under nedstengningen, så lenge inntektene besto. Videre gikk det fra KS ut anbefalinger om at kommunene også skulle forskuttere de merkostnadene som ville oppstå som en følge av pandemien, også i de private barnehagene. I det store og det hele ble de fleste økonomiske forholdene som kunne skape splid mellom offentlige og private aktører, tatt bort. Både de private og de kommunale barnehagene kunne slik sett konsentrere deg om drift, dog under helt nye forutsetninger.

I en intrakommunal sammenheng ble også kommunalt ansatte dirigert over fra barnehagene og over i pleie og omsorg. Slik sett hadde de kommunene som i størst grad drev barnehagene selv, en større arbeidskraftsreserve enn de kommunene som hadde større innslag av private barnehager. Ansatte i kommunale barnehager kunne omdisponeres til pleie og omsorg eller smittesporing, mens det satt lengre inne å gjøre dette med de ansatte i de private barnehagene.

5.5 Sammenfatning

Om pleie og omsorg

Pleie- og omsorgstjenestene var både før og under pandemien, preget av at det er mange små stillinger, og at mange, tre av fire ansatte, hadde flere enn én stilling. Denne bemanningsstrukturen kan skape ulike utfordringer. Vi fant at:

- 83 prosent av kommunedirektørene i Fafos spørreundersøkelse oppga at de hadde egne beredskapsplaner for pleie og omsorg under pandemien.
- De fleste kommunene unngikk bemanningsproblemer i pandemiens første fase.

- Noen kommuner inngikk avtale om langskift eller langvakter i perioden 12. mars 2020--31. april 2020.
- Kommuner som møtte utfordringer, løste dette blant annet ved at ansatte jobbet mer.

At mange jobber flere steder, enten det er flere stillinger i pleie og omsorg, eller i pleie og omsorg og utenfor denne tjenesten, innebærer en utfordring med å begrense kontaktflatene i møte med en pandemi.

- Drøyt halvparten av kommunene i Fafos spørreundersøkelse oppga at de begrenset de kommunalt ansattes mulighet til å jobbe på flere virksomheter innenfor kommunens pleie- og omsorgstjenester.

Samvirkeutfordringer

Samvirkeprinsippet slår fast at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering. Et sentralt spørsmål er da om samvirkeprinsippet sto i strid med ansvarsprinsippet etter pandemiens inntog? Vi finner at svært få kommunedirektører, bare 3 prosent, svarer at dette hadde skjedd ofte, ingen svarte at det hadde skjedd svært ofte.

Om barnehagetjenestene

Vi så i kapitlet også nærmere på barnehagetjenestene i kommunene. Vi spurte kommunedirektørene hvordan det har vært å operere med en privat tjenestetilbyder som en del av det kommunale tilbudet under pandemien, og om kommunene hadde egne beredskapsplaner for barne- og oppvekstsektoren i kommunen i tilfelle pandemi.

- 41 prosent av kommunaldirektørene oppga at de hadde egne beredskapsplaner innenfor oppvekstsektoren.
- Vi var opptatt av om barnehagene hadde begrensninger i antall barn eller i åpningstider når de åpnet opp våren 2020, og fant at tre av ti åpnet med en gang 20. april, mens noen brukte noe mer tid. Gjenåpningen skjedde med redusert åpningstid i syv av ti barnehager.

Samvirkeutfordringer

- Vi fant, i tråd med det koronakommisjonen og pekte på, at privat eller offentlig eid driftsform ikke førte til smittevernfarene utfordringer.
- Det var få, om noen, større samvirkeutfordringer i samhandling mellom kommuner og private barnehager enn mellom kommunen og de egenrelevne. Dette kan både skyldes at staten dekket opp manglende foreldrebetaling i pandemiens startfase, og at rammefinansieringen sikret de private barnehagene forutsigbar økonomi.

6 Avslutning

I dette avslutningskapitlet trekker vi kort trådene i rapporten sammen. Utgangspunktet for rapporten var sikkerhet og beredskap, og hvordan samvirke og *samvirkeprinsippet*, et sentralt og relativt nytt beredskapsprinsipp, fungerer i en krisetilstand. Videre var vi opptatt av hvordan samhandling mellom ulike nivåer og mellom offentlige virksomheter og mellom offentlig og private fungerer, med pandemien som utgangspunkt.

Gjennom ansvarsprinsippet legges det vekt på at de som har ansvar for en tjeneste eller sektor under normale forhold også skal ha ansvar for forebygging, forberedelse og iverksettelse ved kriser. I en pandemi innebærer det at kommunen er sentral i mye av det praktiske som foregår, men koordinert og i samhandling med andre aktører, sentralt, i fylket og i andre kommuner. Samtidig har kommunen, ved kommuneoverlegen, et eget selvstendig ansvar for smittevern, regler og retningslinjer. I en slik situasjon må ulike aktørers ansvar avklares, og der kommer samvirkeprinsippet inn. Samvirkeprinsippet stiller krav om at myndigheter, virksomheter eller etater har et selvstendig ansvar for å sikre best mulig samvirke med relevante aktører og virksomheter i arbeid med forebygging, beredskap og krisehåndtering. Samvirke dreier seg om samhandling, å virke sammen. Sammen kan en få til ting. Samtidig er ikke samhandling bare harmoni og at delene fungerer sammen. For å få dette til er det noen ganger behov for mer en råd og veiledning, det er behov for koordinering, for fordeling og avklaring av ansvar. Koronakommisjonen peker på at den manglende avklaringen av ansvarsforhold mellom Helsedirektoratet, FHI og Helse og omsorgsdepartementet bidro til dobbeltarbeid og tregere og dårligere beslutninger der det var behov for raske og klare beslutninger i pandemiens startfase. Også i kommunene vil samvirkeutfordringer kunne dreie seg både om manglede kunnskap, om mangel på råd og veiledning, og at aktørene ikke klarer å samarbeide. Det kan også dreie seg om manglende ansvarsavklaring, og at koordineringen fungerer dårlig fordi det er uklart hvem som har ansvar for hva.

I rapporten ser vi nærmere på situasjonen før den nasjonale nedstengingen i mars 2020, og peker på at de fylkeskommunale risiko og sårbarhetsanalysene i liten grad la vekt på samvirke generelt, og i svært liten grad samvirke i en pandemisituasjon. Heller ikke i de kommunale ROS-analysene, eller i kommunale beredskaps og pandemiplaner, er samvirkeutfordringer sentrale. En måte å sørge for at samvirkeprinsippet fungerer i krisetider er å delta i organer som kan legge til rette for det. Allikevel, bare om lag én av fire kommuner er med i regionale beredskapsråd. Om lag en av fire som var med i disse rådene deltok i møter i perioden rett før den nasjonale nedstengningen. Etter den nasjonale nedstengningen satte mange kommuner krisestab, og omtrent halvparten hadde møter i beredskapsrådet. Slik sett kan vi anta at beredskapsrådet fungerte etter hensikten, som en arena for koordinering og avklaring mellom ulike aktører. I en kaotisk tid i starten på pandemien måtte mange kommuner omarbeide sine smittevernplaner, men kommunene melder i liten grad at ansvarsprinsippet kom i strid med samvirkeprinsippet. Stort sett var det altså mulig å finne løsninger

I tillegg til samvirkeprinsippet, har vi i rapporten vært opptatt av om arbeidsdelingen mellom kommunale og private tjenesteprodusenter har hatt betydning for samhandlingen mellom aktørene på kommunalt nivå under pandemien. Er det utfordringer knyttet til koordinering av ulike kommunale eller offentlige virksomheter, og er det slik at oppdeling av barnehagetjenester i kommunal og privat regi gir utfordringer i smittevern og beredskapssammenheng? Vi tok for oss pleie og omsorgstjenestene, og barnehagesektoren. Pleie og omsorgstjenestene er i stor grad kommunalt eide, og slik sett er det ikke gitt at koordinering fra kommunen er en utfordring. Imidlertid kan koordinering mellom kommunale virksomheter også være utfordrende, og det brukes ofte små stillinger i disse tjenestene, og mange har flere slike små stillinger i ulike virksomheter, dels i samme kommune, dels i virksomheter utenfor kommunen. Fra et smittevernfaglig ståsted er det vanligvis ikke heldig at personer arbeider ved flere sykehjem, og at de slik kan bringe smitten fra det ene stedet til det andre. I barnehagetjenestene er det et stort innslag av private barnehager, og slik sett kan kommunen i større grad oppleve utfordringer i samhandlingen med aktører de selv styrer i mindre grad.

Bemanningsstrukturen i pleie og omsorgstjenestene skapte ulike utfordringer, og vi finner at de ble løst på ulike vis. Noen kommuner inngikk for eksempel avtale om langskift eller langvakter i perioden 12. mars til 31 april 2020, eller bemanningsutfordringene ble løst ved at deltidsansatte jobbet mer, eller fulltidsansatte jobbet overtid. Den utstrakte bruken av deltid i pleie og omsorg gir slike muligheter. Videre oppga drøyt halvparten av kommunene i Fafos spørreundersøkelse at de begrenset de kommunalt ansattes mulighet til å jobbe på flere virksomheter innenfor kommunens pleie og omsorg. Dette kan tyde på at risikoen for å spre smitte var en utfordring det ble jobbet med.

I periodene vi har vært opptatt av, var det få utfordringer knyttet til den store andelen private barnehager. En del barnehager kuttet i åpningstidene, men det synes som dette i liten grad henger sammen med eierskapet. Kommunedirektørene i Fafos undersøkelse oppfattet ikke at forskjeller i driftsform hadde medført smittevernsutfordringer, og vi finner heller ikke at de opplever at det hadde vært lettere å opprettholde drift i egne enn i privatdrevne barnehager.

Referanser

- Befring, Å. M., Omvik, O. R. & Weiby, H. E. (2020, 16. april). Varsler omkamp om smitteplan – mener koronakrangler kunne vært unngått. nrk.no, https://www.nrk.no/norge/varsler-omkamp-om-smitteplan-_mener-koronakrangler-kunne-vaert-unngatt-1.14983297.
- Braaten, M., Fossheim, K., Fjelltveit, I. & Pettersen, E. (2020 10. april). «Jeg kommer til å levere min oppsigelse» TV2. <https://www.tv2.no/nyheter/11362510/>
- Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap. (2018). *Veileder til forskrift om kommunal beredskapsplikt*. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap.
- Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap. (2019). *Analysen av krisescenarioer 2019*. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap.
- Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap. (2020). *Kommuneundersøkelsen 2020*. Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap.
- Engen, O. A., Kruke, B. I., Lindøe, P. H., Olsen, K. H., Olsen, O. E. & Pettersen, K. A. (2016). *Perspektiver på samfunnsikkerhet*. Cappelen Damm.
- FHI. (2020, 22. september). *Foreløpige tall for COVID-19-assosierte dødsårsaker i perioden mars–mai 2020*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/forelopige-tall-for-covid-19-assosierte-dodsfall-i-dodsarsaksregisteret/>
- Fosse, A., Svensson, A., Konradsen, I. & Abelsen, B. (2021). *Lokalt smittevern i Norge under Covid 19-pandemien*. NSDM-rapport 2021, UiT Norges arktiske universitet.
- Fossheim, K., Fjelltveit, I., Braaten, M. & Figved, S. (2020, 13. april). Føler seg utrygge på jobb: – Fikk beskjed om å bruke skotrek som munnbind. TV2. <https://www.tv2.no/nyheter/11370439/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsome sykdommer*. Helse og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Pandemiplanlegging: Nasjonale faglige råd*. Helsedirektoratet.
- Indset, M. & Stokstad, S. (2020). *Kommunenes praktisering av smittevernloven under covid-19-pandemien*. NIBR, Oslo Met.
- Lie, Ø. (2020, 07.04.2020). Rapport fra innsiden av koronabygda Frosta: – Dette kommer til å sitte i oss alle. *Dagens næringsliv D2*.
- NOU. (2012: 14). *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning.
- NOU. (2021: 6). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien: Rapport fra Koronakommisjonen*. Statsministeren kontor.
- Øren, A., Wasilkiewicz, K., Mohammad, A. B., Almklov, P., Albrechtsen, E., Schiefloe, P. M. & Antonsen, S. (2016). *Kommunal beredskapsplikt: Gir nye krav en bedre beredskapsvevne?* Sintef- rapport A27171.
- Regjeringen. (2014). *Nasjonal beredskapsplan for pandemipandemisk influensa*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf
- Røyne, H., Høydal, H. F. & Wernø, I. L. (2020, 03.12.2020). Alle de ansatte hos kommuneoverlegen i Bergen har sagt opp. *Dagbladet*.
- St. Meld. 29 (2011–2012). *Samfunnsikkerhet*. Justis- og beredskapsdepartementet. Justis- og beredskapsdepartementet.
- Torset, N. S. & Furuly, J. G. (2020, 20.04.2020). 74 kommuner sto uten fungerende plan for smittevern tre uker før koronakrisen kom til Norge. *Aftenposten*.

Offentlig organisering og samvirkeprinsipp i møte med korona

Denne rapporten tar for seg sikkerhet og beredskap i Norge, og hvordan samhandling og samvirke fungerte i lys av koronapandemien som traff landet i starten av mars 2020. I denne rapporten setter vi søkelys på to temaer som dels er sammenvevde. For det første er vi opptatt av hvordan samvirke og samvirkeprinsippet, et sentralt beredskapsprinsipp, fungerer i en krisetilstand, og for det andre, hvordan samhandling mellom ulike nivåer og mellom virksomheter, offentlige og offentlig –private fungerer. Rapporten tar for seg følgende overordnede problemstillinger:

- I hvilken grad avspeiles samvirkeprinsippet i risiko og sårbarhetsanalyser, og i beredskaps og smittevern/pandemiplaner på ulike forvaltningsnivåer?
- I hvilken grad forelå og følges samvirkeprinsippet opp, og eventuelt hvordan koordineres og videreutvikles det?
- Hvordan oppfattes samvirkeprinsippet? Står det i strid med de tre andre beredskapsprinsippene (ansvar, likhet og nærhet) og kan samvirkeprinsippet gi uklare styrings- og kommandolinjer?
- Hvordan er grenseflatene mellom statlige, kommunale og eventuelt offentlig kontrollere selskaper organisert, og hvilken arbeidsdeling er innført i planverket?



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-rapport 2022:28
ID-nr.: 20832