

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 20/17352-3
Saksbehandler: Thorstein Ouren
Dato: 11.06.2020

Oppdrag 64 - kommunale beredskapsplaner og forutsetninger for å håndtere en smittetopp i tråd med kommunalt planscenario

Vi viser til tidligere oppdrag 39 om utarbeidelse av et kommunalt planscenario – forutsetninger for kommunal planlegging.

Som oppfølging fikk vi følgende oppdrag (oppdrag 64):

Vi ber Helsedirektoratet med utgangspunkt i disse planforutsetningene sørge for en prosess som sikrer at kommunene planlegger for det scenariet som er beskrevet. Dette kan skje gjennom direkte kontakt med kommunene eller gjennom fylkesmannsembetene. Resultatet av planleggingen må kunne formidles til Helsedirektoratet i en slik form at Helsedirektoratet kan gi en begrunnet vurdering av kommunenes samlede helse- og omsorgstjenestetilbud i det beskrevne scenariet til departementet.

For å få en god oversikt over kommunenes egne vurderinger og planer for å møte planscenarioets forutsetninger, sendte vi 22. mai ut et brev til fylkesmennene der vi ba dem om å innhente kommunevise tilbakemeldinger på følgende fire spørsmål:

1. Hva er hovedutfordringer knyttet til å holde et tilstrekkelig beredskapsnivå samtidig som man skal opprettholde mest mulig normal drift og hvordan er disse adressert i kommunens planer?
2. Har kommunen, på grunnlag av planscenarioet per 10 000 innbyggere, planer for å skalere opp til en kapasitet som håndterer dette, samtidig som de ivaretar nødvendig helsehjelp til øvrige pasienter og brukere.
3. Innebærer planen samarbeid med andre kommuner og helseforetak? Hva samarbeider man i så fall om og hvordan er samarbeidet organisert?
4. Hvordan har kommunen vurdert behovet for, og lagt planer for, disponering av alternative lokaler utenfor helse- og omsorgsinstitusjonene og innhenting av personellressurser fra andre, inkl. andre kommuner og helseforetak, ved behov?

Fylkesmennenes oppsummering av kommunenes tilbakemeldinger er vedlagt dette brevet. Nedenfor har vi beskrevet og vurdert noen av hovedpunktene i tilbakemeldingene, samt gitt en overordnet vurdering opp mot det beskrevne planscenarioet.

Helsedirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
Thorstein Ouren, tlf.: +4746899410

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20
Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Beredskapsplaner

Tilbakemeldingene viser at det gjennomgående er lagt planer for oppskalering av aktiviteten for å håndtere en smittetopp tilsvarende planscenarioet. Mye vil nok likevel avhenge av hvor stort smittetrykk kommunene enkeltvis og samlet kommer til å oppleve, og hvor raskt og på hvilket tidspunkt smittetoppen(e) vil inntreffe.

At pandemien vil ha et langt forløp i samfunnet blir presentert som en utfordring sett opp mot beredskapsplanverk som i utgangspunktet har korte tidsperspektiv. Uavhengig av kommunestørrelse har flere pekt på utfordringene rundt å drive ledelse under en langvarig uforutsigbar krise. Kriseledelse går ut over annen ledelse og ting blir satt på vent. Pandemien stiller store krav til ressurser i kommunene. Dette gjelder alt fra personell til lokaler og utstyr. Det er krevende å stå i beredskap over så lang tid, med stor slitasje på de ansatte. Mange kommunene er ikke bemannet til å stå i beredskap over lengre tid. Kompetanse og nøkkelpersonell kan være en utfordring for kommunene selv i normal driftsituasjon, og blir enda tydeligere i en langvarig beredskapssituasjon. Drift tilpasset smittevern hensyn tar også mer tid og krever mer personell enn ordinær drift.

Personell og kompetanse

Den største utfordringen for kommunene er tilgangen til tilstrekkelig kvalifisert personell i tjenestene, særlig dersom det skulle være behov for en oppskalering av tjenesten ved økt smitte og samtidig sykdom/karantene for ansatte. Ved et større utbrudd som rammer bredt i en region, vil andre kommuner eller helseforetak i liten grad kunne avse personell. Dersom utbruddet er lokalt avgrenset, kan samarbeid om personell være enklere.

I en del kommuner kan også store avstander vanskeliggjøre et samarbeid om personell. Mindre kommuner med et begrenset antall nøkkelpersonell vil være særlig sårbare. På bakgrunn av rapporteringen kan det se ut som det er viktig å ha særlig oppmerksomhet på de to nordligste fylkene. Mange kommuner i denne regionen peker på at personellsituasjonen må løses ved omprioriteringer innad i kommunen, noe som kan være svært sårbart. Særlig i Troms og Finnmark er det få som har inngått avtaler med nabokommuner om utveksling av personell. Mange av kommunene i regionen har få innbyggere og en aldrende befolkning. I tillegg gjør regionens demografi og geografi det vanskeligere å samarbeide med nabokommuner om eksempelvis felles covid 19-enheter, da dette ofte medfører lange avstander og komplisert transportlogistikk. De små kommunene vil kunne rammes hardt av lokale utbrudd. Det er høy risiko for at nøkkelpersonell påvirkes enten av sykdom eller karantene ved et utbrudd, og dette kan få særlig store konsekvenser for institusjoner og legefunksjoner. Mange av kommunene har planlagt for omdisponering av personell innad i kommunen, men for utvalgte grupper vil dette likevel bli vanskelig (f.eks. lege, sykepleiere).

Mange kommuner har ikke tydelige planer for ivaretagelse av sårbare grupper i en oppskalering- og omdisponeringssituasjon. Flere steder brukes f.eks. helsesykepleiere til testing/smittesporing, noe som i betydelig grad påvirker tilbudet til barn og unge.

Det fremgår av rapporteringen at bemanningssituasjonen flere steder ikke er tilstrekkelig adressert i tidligere planer, men at bemanningen blir hensyntatt ved revisjoner og evaluering av planverket. Det pekes på en rekke konkrete tiltak, som f.eks:

- Interne prioriteringer
- Økte stillingshjemler
- Mer bruk av overtid
- Økt bruk av midlertidige stillinger
- Bruk av vikarer, pensjonister, studenter
- Tilbakekalling av ferie
- Avtaler om samarbeid med frivillige organisasjoner

Kommunene ser på hvilke tjenesteområder som må nedprioriteres for å håndtere en smittetopp eller utbrudd på institusjon, og sikre nok personell til diagnostisering/testing/behandling av de mest sårbare gruppene. Omdisponering av eget personell i kombinasjon med regionalt samarbeid blir selvfølgelig fremhevet som viktige verktøy for å løse utfordringene. Mange kommuner rapporterer at de har foretatt ROS-analyser i alle tjenesteområder og laget handlingsplaner. Erfaringer har ført til at kommunene i større grad har oppskaleringssplaner for bemanning, omdisponering og oppgaveglidning med tanke på ny smittespredning.

Samhandling

De aller fleste kommunene har etablert samarbeids- og samhandlingsstrukturer med andre kommuner og helseforetak rundt viktige faktorer som f.eks. deling av legeressurser, samarbeid om luftveisklinikker/teststeder, personellflyt, rutiner for innleggelse og utskrivning, smittevernprosedyrer, covid-19 sengeposter, legevakt og akutte døgnplasser.

Det blir likevel pekt på som en utfordring at spesialisthelsetjenestens nedskalering av tjenester og raskere utskrivinger skaper ekstra trykk på kommunale tjenester, f.eks. innen psykisk helse og rus. Mangler ved gode kommunikasjonspunkter mellom tjenestenivåene fra før, blir mer fremtredende under pandemien.

Mange steder har fylkesmannen tatt en viktig koordinerende rolle i samhandlingen mellom kommuner og samarbeidende helseforetak. Flere peker på at organiseringen er gjort i tråd med helsefelleskapstenkningen. Her er det antakelig mye erfaring å hente for øvrige regioner.

I noen regioner er det etablert et regionalt krisescenario. Agder er et interessant eksempel. Kommunene i regionen har planer for å oppskalere sin kapasitet for å håndtere et større antall syke av covid-19 samtidig med at øvrige pasienter og brukere ivaretas. For nesten alle kommuner innebærer dette en oppskalering i flere trinn der de siste trinnene inkluderer interkommunale institusjonsplasser gjennom en av tre helseregioner (helsefelleskap). Organiseringen av dette arbeidet er strukturert litt ulikt i de tre regionene, og fylkesmannen deltar med liaison i alle regionene. Det er i alle regioner bestemt hvilke lokaler som skal benyttes ved en slik oppskalering av helsetilbudet.

Kommuner som samarbeider med Helse Stavanger har utarbeidet egne smittevernplaner for å sikre at særegne risikoforhold, ressurser og organisering kan beskrives tydelig i planverket, men de utarbeider et bro-dokument, for å beskrive hvordan planene henger sammen, både horisontalt mellom kommunene og vertikalt opp mot sykehuset. Fylkesmannen trekker fram dette som en mulig suksessfaktor.

Alternative lokaler

Kommunene har gjennomgående planer for alternativ lokalisering, og tilgjengelighet på lokaliteter ser ikke ut til å være en kritisk faktor. Som det fremgår av øvrige punkter er det større bekymring for personellressurser.

Mulighet for raskere iverksettelse av tiltak lokalt

Mangelen på informasjon om beslutninger, retningslinjer, veiledninger og anbefalinger til kommunene før storsamfunnet for øvrig, medfører at kommunene får kort tid og stort press fra samfunnet når nye tiltak presenteres og skal gjennomføres. Å ha tilstrekkelig beredskapsnivå til å omsette retningslinjer i praksis på kort varsel, er framhevet av kommunene som en betydelig utfordring. Det krever også ressurser å få ut oppdatert informasjon til alle nivåer i organisasjonen. Troverdigheten til kommunal drift settes på prøve ved at ting tar tid å sette seg inn i og organisere, samtidig som tjenestemottakerne og innbyggerne ellers har fått informasjon via media og pressekonferanser og har forventinger om hvordan ting skal håndteres. Det er en utfordring for kommunen å få formidlet tilstrekkelig og god nok informasjon om smittevern hensyn samtidig som samfunnet gradvis gjenåpnes. Mange tror at samfunnet er friskmeldt og slapper av i forhold til smitteverntiltak.

Oppsummering

Vi vurderer status samlet sett som god når det kommer til beredskap for å kunne håndtere pandemien videre. Tilbakemeldingene viser at det gjennomgående er lagt planer for oppskalering av aktiviteten for å håndtere en smittetopp tilsvarende planscenarioet. Mye vil nok likevel avhenge av hvor stort smittetrykk kommunene enkeltvis og samlet kommer til å oppleve, og hvor raskt og på hvilket tidspunkt smittetoppen(e) vil inntreffe. Tilgang på nødvendig personell og kompetanse er den viktigste utfordringen. Videre vil nedskalering av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten og raskere utskrivning utfordre kapasiteten i kommunene. Det samme vil en situasjon med behov for oppskalering av lokal kapasitet for å møte en økt smittesituasjon, samtidig som øvrige pasienter og brukere skal få nødvendige helsehjelp og oppfølging. Jo lenger kommunene står i en situasjon med høyt smittetrykk desto større blir utfordringene. Nedskalering av hjelp til andre pasienter og brukere og omdisponering av nøkkelpersonell til covid 19-oppgaver kan svekke tilbudet til sårbare grupper. I en situasjon med høyt smittetrykk er det også viktig at pårørende til øvrige pasienter og brukere ivaretas og ikke får urimelig stor belastning.

Vår konklusjon er:

Det er viktig at fylkesmennene følger opp kommunene og bidrar til kvalitetssikring av beredskapsplanene. Som vist i oppsummeringen ovenfor så vil det, til tross for gode planer være mye usikkerhet, særlig ved større og langvarige, regionale utbrudd. Fylkesmennene har også flere steder tatt en viktig koordinerende rolle mellom kommunene og helseforetakene og noen steder er samarbeidet organisert i tråd med helsefelleskapstenkingen. Regionene bør lære av hverandre og bruke gode erfaringer, tilpasset lokal kontekst.

Helsedirektoratet vil løpende ha dialog med og følge opp dette med fylkesmennene.

Vennlig hilsen

Helga Katharina Haug e.f.

avdelingsdirektør

Thorstein Ouren
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet, Petter Øgar; Helse- og omsorgsdepartementet, Anne-Cathrine Haug Jørgensen

Vedlegg 1 – fylkesmannens oppsummering og vurdering av kommunenes tilbakerapportering på kommunalt planscenario – covid 19

Vedlegg 1 inneholder fylkesmannens oppsummering og vurdering av kommunenes tilbakerapportering på det utsendte, kommunale planscenarioet.

Innspillene fra embetene nedenfor tar utgangspunkt i det utsendte planscenarioet og følgende fire spørsmål som vi ønsket svar på fra kommunene:

1. Hva er hovedutfordringer knyttet til å holde et tilstrekkelig beredskapsnivå samtidig som man skal opprettholde mest mulig normal drift og hvordan er disse adressert i kommunens planer?
2. Har kommunen, på grunnlag av planscenarioet per 10 000 innbyggere, planer for å skalere opp til en kapasitet som håndterer dette, samtidig som de ivaretar nødvendig helsehjelp til øvrige pasienter og brukere.
3. Innebærer planen samarbeid med andre kommuner og helseforetak? Hva samarbeider man i så fall om og hvordan er samarbeidet organisert?
4. Hvordan har kommunen vurdert behovet for, og lagt planer for, disponering av alternative lokaler utenfor helse- og omsorgsinstitusjonene og innhenting av personellressurser fra andre, inkl. andre kommuner og helseforetak, ved behov?

Fylkesmannen i Oslo og Viken

Hovedutfordringer

Alle kommuner melder om at bemanningssituasjonen er en utfordring ved et smitteutbrudd, fordi kommunene ikke har mannskap for doble skift over tid. For alle kommuner er det en utfordring å opprettholde normal drift samtidig ha beredskap for smittevern, inkludert beredskap for testing og smittesporing. Utfordringen er spesielt stor når metodene betinger en spesifikk faglig kompetanse. Norge går nå inn i en periode med ferieavvikling, og dette kompliserer bildet ytterligere for kommunene.

Omdisponerte helsesykepleiere har i stor grad vært benyttet i beredskapsarbeidet. Full drift i skolehelsetjenester og helsestasjon er utfordrende for å opprettholde tilstrekkelig beredskap. Nedskalering kan føre til tap av opparbeidet kompetanse. Flere kommuner fremhever at sykepleiere er en yrkesgruppe som det er svært krevende å rekruttere og beholde selv i en normalsituasjon, og særlig er det utfordrende nå. Det er gjennomgående at kommunene reviderer planverket i tråd med nytt scenario og erfaringene fra pandemien så langt. Mange kommuner melder at bemanningssituasjonen er ikke tilstrekkelig adressert i tidligere planer, men at bemanningen blir hensyntatt ved revisjoner og evaluering av planverket.

Noen kommuner melder om utfordringer ift lokaliteter dersom de må lage egne koronasone på helseinstitusjoner. Flere melder om at situasjonen vil medføre store økonomiske konsekvenser for kommunen dersom det ikke gis kompensasjon for alle økte kostnader som er relatert til utbrudd og Covid-19-situasjonen.

Planer for å skalere opp

48 kommuner i Oslo og Viken svarer at de har planer på grunnlag av planscenarioet per 10 000 innbyggere. Noen mindre kommuner svarer at de har planer tilpasset eget innbyggertall. 4 kommuner svarer at de ikke har eget planscenario men at de likevel har konkrete tiltak på plass eller at plan er under utarbeidelse.

Samhandling

46 kommuner melder at de har samarbeide med kommuner og / eller helseforetak. Alle små kommuner melder fra om at det er samarbeide eller avtaler om kjøp av tjenester fra nærliggende kommuner. De fleste kommuner rapporterer at det er god dialog med nabokommuner. Mange trekker frem samarbeide om legevakt. Oslo er en av flere kommuner som har faste samarbeidsmøter med sykehusene. Sykehuset Østfold og kommunene i opptaksområdet har et mangeårig samarbeid gjennom Samhandlingsforum og tilhørende etablerte fagarenaer, blant annet Pandemirådet.

Vårt inntrykk er at alle kommunene har dialog eller formalisert samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Enkelte kommuner trekker frem at erfaringer hittil i pandemien er at nedskalering av tjenester og utskrivninger skaper ekstra trykk på kommunale tjenester innen psyk helse og rus. Mangler ved gode kommunikasjonspunkter fra før, blir mer fremtredende under pandemien. 6 kommuner og melder fra at de ikke nå har samarbeide. Dette er store kommuner som ivaretar tjenestene uten samarbeide på tjenestenivå med andre kommuner.

Fylkesmannen i Innlandet

Hovedutfordringer

Begrenset økonomisk handlingsrom er en av hovedutfordringene kommunene står i for øyeblikket, og fremover i tid. Det er store forskjeller i kostnader ut ifra hvor høyt smittetrykk de har hatt. Noen kostnadsdrivere er personell innen helse og omsorg, renhold og smittevernutstyr. Økonomiutfordringer fører også til at store investeringer blir satt på vent, noe som igjen kan hemme samfunnsutviklingen.

Mangelen på informasjon om beslutninger, retningslinjer, veiledninger og anbefalinger til kommunene før storsamfunnet for øvrig, medfører at kommunene får kort tid og stort press fra samfunnet når nye tiltak presenteres og skal gjennomføres. Å ha tilstrekkelig beredskapsnivå til å omsette retningslinjer i praksis på kort varsel, er framhevet av kommunene som en av hovedutfordringene. Det krever også ressurser å få ut oppdatert informasjon til alle nivåer i organisasjonen. Troverdigheten til kommunal drift settes på prøve ved at ting tar tid å sette seg inn i og organisere, samtidig som tjenestemottakerne og innbyggerne ellers har fått informasjon via media og pressekonferanser og har forventinger om hvordan ting skal håndteres. Det er en utfordring for kommunen å få formidlet tilstrekkelig og god nok informasjon om smittevernhensyn samtidig som samfunnet gradvis gjenåpnes. Mange tror at samfunnet er friskmeldt og slapper av i forhold til smitteverntiltak. Balansen mellom faglig og nøktern informasjon som gjør at befolkningen opprettholder nødvendig motivasjon for smitteverntiltak uten å skape frykt, er en av utfordringene i en tid med lavt smittetrykk. Kommunene rapporterer at de ser nødvendigheten av å sette av ressurser til kommunikasjonsarbeid, men at det går utover andre kommunale arbeidsoppgaver.

Pandemien stiller store krav til ressurser i kommunene. Dette gjelder alt fra personell til lokaler og utstyr. Det er krevende å stå i beredskap over så lang tid, med stor slitasje på de ansatte. Ved nye smittetilfeller vil det på nytt bli utfordrende å overholde smitteverntiltak innenfor eksisterende arealer. Kommunene er ikke bemannet til å stå i beredskap over lengre tid. Kompetanse og nøkkelpersonell er en utfordring for kommunene i Innlandet selv i normal driftssituasjon, og blir enda tydeligere i en langvarig beredskapssituasjon. Mangel på kvalifisert personell er en utfordring ved etablering av nye tjenester (smittesporing, testing, luftveispoliklinikker osv). Det har også blitt pekt på at kommunelege-stillingene ikke er dimensjonert for langvarig krisehåndtering. Tett samarbeid mellom kommunelegene fremheves som viktig med tanke på å håndtere pandemien.

Erfaringsutveksling og samordnet håndtering fremheves om særdeles viktig. Ved nye smitteutbrudd vil forflytning av personell mellom tjenestene på nytt få konsekvenser for den daglige drift og tjenesteyting innen flere tjenesteområder. Ansatte i eventuell karantene vil forsterke denne effekten ytterligere. Kommunene har nå erfaringer med at smitte i institusjon har langt større konsekvenser (personell, utstyr, arealer) enn smitte hos enkeltpersoner utenfor institusjon. Kommunene har opplevd at de måtte ta ansvar for svake eller sårbare grupper under denne første fase av pandemien, fordi andre private og offentlige aktører har stengt ned sine tilbud. Dette har skapt etterslep som vil måtte håndteres. Ferieavvikling i en beredskapssituasjon er utfordrende for kommunene. I tillegg til ordinær drift er det nye tjenester som skal bemannes, også i hovedferien. Ferieavvikling er en nødvendighet for å ivareta personellressurser.

Mange kommuner melder en bekymring om slitasje på organisasjon og enkeltansatte. Drift tilpasset smittevern hensyn tar mer tid og krever mer personell enn ordinær drift. Å overholde avstandsregler krever mer areal og personale enn en ordinær situasjon, og kommunene ser utfordringer ved økt smittetrykk. Begrensinger i kapasiteten på skoleskysst gjør at skolen ikke er tilgjengelig for alle.

Alle kommuner som har hatt smitte fremhever tilgang til smittevernutstyr som en utfordring. Manglende beredskapslagre og et ikke-eksisterende marked har gitt problemer. Dobbelkommunikasjon fra sentrale myndigheter hvor de på den ene siden ber kommunene kjøpe utstyr selv og på den andre siden støvsuger markedet og legger beslag på det utstyret grossistene får tak i er vanskelig. Svært høye priser sammen med høyt forbruk er en utfordring for kommuneøkonomien. Kommunene savner en nasjonal strategi for å bistå kommunene utover fordelingen fra Sykehusinnkjøp, spesielt så lenge markedet er slik det er. Mange kommuner har ikke kompetanse eller ressurser til å orientere seg i det markedet som råder i dag. Dette gjelder både hvor de kan få tak i utstyr, seriøsiteten til tilbydere og kvaliteten på utstyret. Kommunene mener at det er viktig at den sentrale innkjøpsordningen opprettholdes for kommunesektoren så lenge det er behov for det, både med tanke på å dekke det løpende behovet og å bygge beredskapslager. De uttrykker at det må være et nasjonalt ansvar å sørge for nok tilgjengelig smittevernutstyr. Uavhengig av kommunestørrelse har flere pekt på utfordringene rundt å drive ledelse under en langvarig uforutsigbar krise. Kriseledelse går ut over annen ledelse og ting blir satt på vent. Det er allikevel forskjeller mellom kommuner som har hatt smitte og de som ikke har det.

Mange kommuner var i gang med omfattende omstillingsarbeid for å få kontroll på kommuneøkonomien da pandemien kom. Omstillingsarbeidet ble satt til side på grunn av omdisponering av personell og endring i arbeidsoppgaver. Kommunene har en utfordring i at nøkkelpersoner har doble ev. triple roller, spesielt i de mindre kommunene. Den «nye normalen» krever en balanse mellom kriseledelse og daglig drift som er forutsigbar og reduserer slitasje på ressurser. Og måtte «stå i det» og mane til at beredskapen skal være oppe, når samfunnet ellers ønsker å normalisere seg, kan gi konsekvenser som utfordrer tillit og motivasjon også blant egne ansatte. Noen kommuner nevner også fjernledelse av ansatte som krevende. Mange kommuner rapporterer om økt regionalt samarbeid for å løse utfordringene, samtidig som de mener der er mer å hente, f.eks. i forhold til kriseledelse og samarbeid om tjenester. Det regionale samarbeidet er av flere fremhevet som en viktig faktor for å håndtere pandemien, og at det vil være det også ved en ny smittetopp. Det regionale samarbeidet møter utfordringer i lange avstander og frykt for smitte/ulikt smittetrykk mellom kommuner. Det viser seg at intensjoner og planer enklere enn gjennomføring.

Det regionale samarbeidet er i stor grad grunnlaget for kommunenes oppskaleringsplaner når det gjelder Covid-19 plasser. Kommunene sier at det ikke er beredskapssituasjonen som er mest presserende, men det økonomiske handlingsrommet og kapasiteten til å utføre tjenesteproduksjon. Kommunene opplever at de må gjøre prioriteringer fordi det ikke er ressurser til både å drifte med smittevern hensyn/-oppgaver og en «ny normal» drift. Det må brukes mer ressurser til f.eks.

kommunikasjon, renhold, besøksopplegg, smittevernprosedyrer og nye metoder/måter å gi tjenestene på. Noen kommuner melder om at sårbare grupper er blitt prioritert ned og blir lidende. Det er et etterslep fordi tjenester og lavterskeltjenester er blitt satt på vent, og flere er blitt marginalisert og kan trenge hjelp. Noen oppgaver lar seg ikke gjennomføre i tråd med lovkrav i den nye normalen – utfordringen er å finne gode alternative løsninger for å sikre brukernes rettigheter. Kommunene er i ferd med å revidere sine budsjetter med tanke på merkostnader og tapte inntekter.

Kommunene har nå oppdaterte beredskapsplaner hvor pandemi har fått større fokus enn i tidligere planer. De har informasjons- og kommunikasjonsplaner. Mange har fått prøvd planene i praksis og føler seg bedre forberedt på ev. ny smittetopp. Enkeltkommuner uten smitte har planlagt øvelse. Mange kommuner rapporterer at de har foretatt ROS i alle tjenesteområder og laget handlingsplaner. Erfaringer har nå ført til at kommunene har oppskaleringplaner for bemanning, omdisponering og oppgaveglidning med tanke på ny smittespredning. Kommunene rapporterer om at de har drevet nyrekruttering av personell for å utvide vikarpoolene sine. Det er laget opplæringsplaner og gjennomført opplæring i smittevern både for ansatte som allerede er i tjenestene og nye medarbeidere. Det er laget "covid-19" turnuser for sykehjem og regionalt samarbeid, som ligger klare til å tas i bruk dersom smittesituasjonen i kommunen/regionen tilsier det. Det inngått avtaler for transport av Covid-19 pasienter i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og frivillige organisasjoner. Kommunene ser nå nytten av å ha beredskapslagre for smittevernutstyr. Det er utarbeidet kontinuitetsplaner for ledelse og drift.

Plan for å skalere opp

Alle kommuner har planer for å ivareta Covid-19 syke-pasienter med behov for heldøgns omsorg. De har basert planene for senger på et planscenario fra FMIN, som igjen har utgangspunkt i FHI sitt planscenario med 29 000-36 000 syke og 1700-4500 innlagt sykehus på landsbasis. Se vedlegg. Alle har planer for oppskalering i en trinnvis modell. Oppskalering er planlagt gjennom å ha utvidet vikarpool, egne covid-19 turnuser og opplæringsprogram for ansatte som skal omdisponeres. Det planlegges for forskyvning av kompetanse utfra behov. Nesten alle kommuner har interkommunal legevakt og har samarbeidet om prøvetakingscentre og luftveislegevakt, og avlastet fastlegene.

Personell her er i mange tilfeller rekruttert fra helsestasjonstjenesten. De fleste melder at de nå er på god vei tilbake til en «ny normal», men en ny smittetopp vil innebære at personell og kapasitet på nytt må omprioriteres. De har hatt en bratt læringskurve i alternative arbeidsmåter. Kommunene har hatt ulik smittespredning og praktisk erfaring, men alle har lagt planer og fått øvd seg.

Samhandling

Fylkesmannen har oppmuntret til regionalt samarbeid for sengekapasitet og bemanning gjennom egen beregningsmodell, regionvise møter, kartlegginger og direkte kontakt med regionkontakter. Det er tildelt skjønnsmidler etter konkrete planer for regionale og interkommunale senger. Flere regioner har etablert et tett samarbeid om sengekapasitet, noen kommuner samarbeider interkommunalt og noen kommuner har valgt å stå alene. Ett samarbeid om regional Covid-avdeling er oppløst, men regionen har fortsatt en samarbeidsavtale om personell. Et annet regionsamarbeid vurderer andre løsninger med lavere kapasitet, men fortsatt i samarbeid. Det er i varierende grad utarbeidet turnus for bemanningen i planene.

Fylkesmannen har i hele perioden deltatt i overordnet samarbeidsorgan mellom sykehusene og kommunene hver uke. I Innlandet er det også regionale samarbeidsutvalg i forbindelse med hvert foretak. Disse rapporterer til overordnet samarbeidsutvalg. Dette har sikret god informasjon, og dialog rundt kapasitetsberegninger og håndtering av situasjonen. Ikke minst har det gitt gjensidig god informasjon og forståelse. Det er bl.a. laget en beslutningsstøtte for vurdering av innleggelse ved mistenkt eller påvist covid-19 infeksjon, i Sykehuset Innlandet HF (SIHF) sitt opptaksområde. Det er

etablert samarbeid med frivillige organisasjoner og prehospitale tjenester i SIHF for transport av Covid-19 syke pasienter, som kommunene kan benytte. Tilsvarende avtale er i ferd med å komme på plass for Kongsvingerregionen/OUS.

Alternative lokaler og ressurser

Flere av planene innebærer etablering i lokaler som ikke er kommunal helse- og omsorgsinstitusjon, som i nedlagte institusjoner, hotell mv. Regionalt/interkommunalt samarbeid innebærer som regel også samarbeid om personell. Kommuner har bedt frivillige/pensjonister melde seg. Mange kommuner har i utgangspunktet mangel på personell som leger og sykepleiere. Helseforetaket har bedt kommunene om personellressurser, særlig intensivpersonell, men det er få slike disponible i kommunene i Innlandet.

Fylkesmannen i Vestfold og Telemark

Vår oppfatning er at status i fylket totalt sett er god når det kommer til beredskap for å kunne håndtere koronaviruspandemien videre. Mye vil nok likevel avhenge av hvor stort smittetrykk kommunene enkeltvis og samlet kommer til å oppleve, og på hvor raskt og på hvilket tidspunkt smittetoppen vil inntreffe. Avslutningsvis vil Fylkesmannen understreke at håndtering av økt smittetrykk betinger tett samhandling med sykehusene. Videre at helseforetakenes håndtering av situasjonen i stor grad vil kunne påvirke kommunenes evne til å håndtere situasjonen lokalt.

Hovedutfordringer

Det som fremheves som den mest uttalte utfordringen for kommunene fremstår å være tilgjengeligheten til tilstrekkelig kvalifisert personell i tjenestene, særlig dersom det skulle være behov for en oppskalering av tjenesten ved øket smitte og samtidig sykdom/karantene for ansatte.

Ferieavviklingen fremheves også av flere som en utfordring, og av noen som vanskelig sett i lys av samtidig tilstrømning av ferieturister. Flere kommuner viser også til utfordringer med å opprettholde beredskapsnivå samtidig som driften av tjenestene skal være så normal som mulig. Det vises her til vansker med å opprettholde forståelse for både behovet for fortsatt beredskap og også til behovet for fortsatt (strenge) smitteverntiltak med lite smitte i kommunene.

Kostnadene med å opprettholde beredskap blir også nevnt. At pandemien vil ha et langt forløp i samfunnet blir presentert som en utfordring sett opp mot beredskapsplanverk som i utgangspunktet har korte tidsperspektiv.

Andre igjen beskriver vansker med å kunne benytte institusjonsplasser når disse raskt må kunne frigjøres, og vansker med å ha nok plasser tilgjengelig (lokaliteter og utstyr). Beredskapen tilsier for noen at stengte dagavdelinger og færre på rehabiliteringsopphold gir øket belastning for tjenestemottakere, pårørende og for hjemmetjenestene. To av kommunene beskriver utfordringer knyttet til å måtte håndtere effektiv og forsvarlig drift av to kommunale legevakter, både den ordinære og luftveislegevakten. En av de større kommunene i fylket beskriver avtalemessige og lovmessige begrensninger til hvor mye man kan benytte personell som i utgangspunktet ikke har omsorgsoppgaver til å arbeide i helse- og omsorgstjenesten, som en hovedutfordring.

Begrenset størrelse på samfunnsmedisinsk stilling som kommuneoverlege i to av de mindre kommunene blir beskrevet som en utfordring for både drift av allmennhelsetjenesten og den videre kontinuitet i beredskapsarbeidet. Ellers blir også tilgjengelighet til smittevernmateriell løftet som en utfordring av flere kommuner.

De fleste kommunene viser til sine beredskaps-, smittevern-, pandemi- og/eller kontinuitetsplaner. En av kommunene beskriver utarbeidelse av en egen Covid-19-plan. Andre kommuner viser til spesifikke tiltak for det de opplever som sine hovedutfordringer. Eksempelvis fortløpende drøftinger i kommunens kriseledelse med orientering til politikere, etablering av egen beredskapsgruppe, omdisponering, opplæring, og rekruttering av personell, samt egen luftveislegevakt.

Planer for å skalere opp

Alle 23 kommunene svarte at de har planer for å skalere opp til en kapasitet som håndterer dette. To kommuner har svart «vet ikke» til om planene vil sikre samtidig ivaretagelse av nødvendig helsehjelp til øvrige pasienter og brukere. Den ene (Tønsberg) utdyper at det er mange usikkerhetsmomenter til hvor mange ansatte som også blir syke eller må i karantene, og at det er problematisk å lage realistiske planer med så mange usikkerhetsfaktorer. Den andre (Tokke) utdyper at det ved skissert scenario, og ikke mye over, at svaret til spørsmålet vil være at de vil klare det.

De øvrige 21 kommunene svarer at planene vil sikre samtidig ivaretagelse. Én av disse kommunene kommenterer at planscenarioet gir et for svakt grunnlag for å kunne planlegge ut ifra. Videre at det mangler tidsperspektiv. En annen (Horten) skriver at kommunen ved et større lokalt smitteutbrudd trolig ikke vil evne å ivareta nødvendig helsehjelp som beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a tredje og fjerde ledd.

Samhandling

Fire av kommunene svarer nei til spørsmålet om planen innebærer samarbeid (Bamble, Fyresdal, Tønsberg og Vinje). De øvrige 19 kommunene svarer at planen innebærer samarbeid med andre kommuner og helseforetak. Flere av kommunene viser til samarbeid mellom kommuner om kommuneoverlegefunksjon, legevakt og kommunale akutte døgnoppholdplasser. I tillegg beskrives samarbeid om luftveisklinikker/teststeder, tilgang til kompetanse, deling av smittevernprosedyrer, sengeplasser for intensivpleie og samarbeide om isolatavdelinger.

Også samarbeide om personell og lokaler blir beskrevet. Flere beskriver tett møttestruktur både med andre kommuner og med helseforetak. Med helseforetakene beskrives samarbeidsmøter, samarbeide om samhandlingsavtaler, deltakelse i samarbeidsutvalg, opprettelse av faglig samarbeidsutvalg (Telemark), og avstemming av pasientflyt mellom kommuner og helseforetak. Flere trekker også frem samhandling med kommuner og helseforetak i regi av Fylkesmannens utarbeidelse av regional kriseløsning. To av kommunene samarbeider om beredskapskoordinator.

Noen av kommunene viser til samarbeide om felles løsninger, der vertskommune har hovedansvar og at dette er nedfelt i avtaleverk. Andre viser til felles løsninger der begge yter likt. Utstrakt og jevnlig møtevirksomhet både med nabokommuner og helseforetak beskrives av flere av kommunene. Det blir også vist til samordning av beredskapsarbeidet mellom kommuner. Ett av sykehusene (Sykehuset i Vestfold HF) kan ved stort utbrudd avgi en sykehusavdeling til kommunal drift.

Alternative lokaler og ressurser

På spørsmålet om hvordan kommunen har vurdert behovet for disponering av alternative lokaler utenfor helse- og omsorgsinstitusjonene og innhenting av personellressurser fra andre, inkl. andre kommuner og helseforetak viser kommunene til fortløpende vurderinger av behov. Flere av kommunene har etablert planbeskrivelser for forskjellige smittetrykk/behov, med mulighet for bruk av andre lokaler (hoteller, hytter, idrettshaller, helsehus, nedlagte sykehjem, nedlagte sykehus (Rjukan) osv.). Kun Tokke skriver at de ikke har vurdert at det er behov for det. Videre at teoretisk mulighet for samarbeide holdes åpen men at denne ikke er konkretisert. Andre kommuner igjen viser til den regionale kriseløsningen i regi av Fylkesmannen.

Fylkesmannen i Agder

Hovedutfordringer

Kommunene angir bemanning av kompetent personell som en hovedutfordring. Dette skyldes utfordringer ved at ordinært personell er i karantene, at behovet er mye større enn vanlig og at vikarer som vanligvis sikrer driften ikke er tilgjengelige. De fleste omtaler helsepersonell, men flere beskriver også utfordringer med renholdspersonell. Vi får også tilbakemelding om at kombinasjonen av beredskap mot Covid-19 og ordinær drift av helse- og omsorgstjenester er krevende. Videre peker flere kommuner på utfordringer når det gjelder smittevernutstyr. De ønsker seg konkrete råd når det gjelder hvor mye smittevernutstyr som bør lagres og ønsker at andre aktører, for eksempel fylkeskommunen, kan stå for lagerføringen.

Planer for å skalere opp/samhandling

Kommunene har planer for å oppskalere sin kapasitet for å håndtere et større antall syke av Covid-19 samtidig med at øvrige pasienter og brukere ivaretas. For nesten alle kommuner innebærer dette en oppskalering i flere trinn der de siste trinnene inkluderer interkommunale institusjonsplasser gjennom en av tre helseregioner (helsefelleskap). Organiseringen av dette arbeidet er strukturert litt ulikt i de tre regionene, og Fylkesmannen deltar med liaison i alle regionene. Det er i alle regioner bestemt hvilke lokaler som skal benyttes ved en slik oppskalering av helsetilbudet.

Fylkesmannen vil understreke fire sentrale punkter:

1. Mangel på personell . Alle kommunene er opptatt av at mangel på kompetent personell er en utfordring når man skal holde beredskap og opprettholde normal drift samtidig. Dette forsterkes ved planlegging for angitt planscenario. Kritiske personellgrupper er renholdspersonell og helsepersonell, særlig sykepleiere. Kommunene angir at de ikke forventer å få støtte fra nabokommuner. I de regionale planene for felles interkommunale institusjonsplasser er også personellmangel hovedutfordringen. Enkelte angir at det i avtalene inngår at deltagende kommuner skal bidra med helsepersonell og smittevernutstyr. Fylkesmannen vil spesielt peke på at i fase en av pandemien omdisponerte mange kommuner helsesykepleiere til å utføre smittevernrelatert arbeid. Dette medførte betydelig redusert drift på helsestasjoner og i skolehelsetjenesten og gav en dårligere helsetjeneste til utsatte grupper av barn og unge.
2. Regional planlegging. I Agder utkrystalliserer det seg tre naturlige helseregioner. Videre interkommunal planlegging foregår i disse tre regionene; Lister-regionen, Kristiansandsregionen med Setesdal og Østre Agder med senter i Arendal. Det pågående arbeidet er nå praktisk innrettet mot oppgaveløsning. Det foreligger i begrenset grad formelle, forpliktende samarbeidsavtaler i disse regionene, men vi ser heller ikke behov for å bruke kapasitet på dette i nåværende situasjon.
3. Smitteoppsporing. Vi anser smitteoppsporing for å kunne bli en betydelig utfordring ved de scenarier det nå planlegges for. Dette kommer ikke fram i denne rapporten, da spørsmålene ikke har vært rettet mot denne problemstillingen. Vår nasjonale strategi er basert på tidlig og effektiv innsats med testing, isolering, smitteoppsporing og karantene. Denne fasen vil komme før og samtidig med en fase der vi ser mer smitte lokalt og regionalt. Det er viktig at det holdes fokus på dette framover.
4. Smittevernutstyr. Fylkesmannen har vært pådriver til at kommunene nå får et tilbud fra Agder fylkeskommune om å gå inn på en ordning der de sammen bestiller inn et lager av smittevernutstyr. Dette effektueres av OFA og lagres hos grossisten her i regionen. Hver enkelt kommune betaler og eier sin del av dette lageret, men det forutsettes at i krisesituasjoner benyttes lageret av de kommunene der behovene overstiger ordinære forsyningslinjer og lagre.

Fylkesmannens samlede vurdering er at kommunene i Agder har benyttet de siste månedene til å håndtere den første smittebølgen og samtidig forberede seg godt på de framtidige scenarier. Vi finner at kommunenes beredskapsplanlegging i all hovedsak er slik som vi ønsker og forventer.

Fylkesmannen i Agder har gjennom hele pandemien hatt jevnlig kontakt med kommunene i Agder. Dette har blant annet bestått i ukentlige telefonkonferanser med kommunene. I månedsskiftet januar/februar 2020 sikret fylkesmannen at samtlige kommuner hadde oppdatert planverk mhp smittevern og gjennomgikk dette.

Fylkesmannen i Rogaland

Hovedutfordringer

For kommunene fremstår det som at det er personellressurser og tilgangen på riktig kompetanse hos personellet som er hovedutfordringen knyttet til å holde et tilstrekkelig beredskapsnivå samtidig som man skal opprettholde mest mulig normal drift i kommunene. Særlig nå når det går mot ferieavvikling. Man ser også at det ved en eventuell ny smittetopp kan komme et behov for omdisponering av personell kombinert med økt sykefravær og ansatte i karantene.

Ellers nevnes også bekymring omkring tilgang på smittevernutstyr/oksygen dersom situasjonen eskaleres, og økonomiske konsekvenser for kommunene. De økonomiske konsekvensene kan påvirke tjenestetilbudet kommunene kan tilby i tiden fremover. Videre er det krevende at særlig helsesykepleiere i stor grad brukes i smittevernarbeidet. Dette kan ramme sårbare barn og unge, og det er behov for å lære opp andre til å kunne utføre både testing og smitteoppsporing. 16 av 21 kommuner adresserer disse utfordringene i smittevernplan, pandemiplan, kontinuitetsplan, kriseplan, beredskapsplan og/eller kompetanseplan. En kommune adresserer dette kun i referater fra beredskapsmøter, referat fra møte med ledergruppen for helse- og sosial tjenesten, og tatt med i noen av beredskapsrutinene som er utarbeidet for de enkelte tjenesteområder. En liten kommune har dette i tjenestenes planer. Tre kommuner ikke omtaler dette punktet.

Planer for å skalere opp

Alle kommunene med unntak av én har planer for å skalere opp til en kapasitet som håndterer planscenarioet, samtidig som de ivaretar nødvendig helsehjelp til øvrige pasienter og brukere. Den siste kommunen skriver at de ikke har behov for planer etter planscenarioet, men skriver videre at tjenesten deres er fleksibel og at kommunen har gjort faglig vurdering med smittevernlegen lokalt og med andre kommuner i fylke og i dialog med HFT som har ført til at de ikke har iverksatt kapasitetsøkende tiltak som direkte følge av dette planscenarioet.

Samhandling

Samtlige av de 21 kommunene svarer at de samarbeider med andre kommuner og helseforetak. Samarbeidet består av interkommunale luftveislegevakter og luftveistelefon, samt interkommunale avtaler om intermediære mottaksposter for COVID 19-pasienter. Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Sør-Rogaland og Helse Stavanger er utvidet med representanter fra alle kommuner og har hyppigere møter. Faste møter i samarbeidsforum for alle kommuneoverleger i Helse Stavanger området hvor man blant annet samordner av smittevern.

Det er også faste møtepunkt for kommuneoverleger i Helse Fonna. I Helse Fonna er det også faste samhandlingsmøter/områdemøter mellom kommunene og helseforetaket. Det er et felles oppdrag at kommunene og helseforetaket skal utarbeide samhandlingsrutiner i forbindelse med kriterier og organisering. En kommune opplever at dette har dratt ut i tid. Vi har også inntrykk av at kommuneoverlegene samarbeider på tvers av sine kommuner. Delavtale 11 i samhandlingsavtalene

omhandler beredskap og forsyningssikkerhet. I Helse Stavanger med tilhørende kommuner har fagrådet for denne avtalen har vært svært aktiv, både under tidligere hendelser og under pandemien. Avtalen inneholder forpliktelser om gjensidig samarbeid mellom sykehus og kommunene, og kommunene seg imellom. Den samme avtalen er under revisjon i Helse Fonna-området.

I Helse Stavanger kommunene mener vi det gjøres et interessant grep, med inspirasjon fra blant annet oljeindustrien. De innser at hver kommune må ha en egen smittevernplan, nettopp for å sikre at særegne risikoforhold, ressurser og organisering kan beskrives tydelig i planverket, men de utarbeider et bro-dokument, for å beskrive hvordan planene henger sammen, både horisontalt mellom kommunene og vertikalt opp mot sykehuset. Lykkes de med dette mener vi veldig mye løst. Det kan etter vårt syn skape forvirring å innføre begrepet «bo- og arbeidsregioner». Det helt klare utgangspunktet for samarbeid må etter vår mening være helseforetaket med tilhørende kommuner. Det gir mening både geografisk, og også fordi sykehuset er den viktigste samarbeidsaktøren «vertikalt» i beredskapsarbeidet innen helse. Vi vil tenke at det er naturlig å bygge på eksisterende strukturer som ble opprettet under samhandlingsreformen (som nå har fått det nye navnet «helsefellesskap») og her er det allerede godt innarbeidede samarbeidsstrukturer.

Alternative lokaler og ressurser

Alle kommunene har vurdert behovet for og lagt planer for disponering av alternative lokaler, gjerne i form av interkommunale avtaler. Flere kommuner gir uttrykk for at personellressurser er den største utfordringen. Alle kommunene har vurdert dette punktet og det er lagt planer for blant annet omdisponering av personell, utvidelse av vaktturnuser etc. Det er også kartlagt personell som ikke jobber med helse og frivillige.

Fylkesmannen i Vestland

Hovedutfordringer

Kommunane nemner bemanningskapasitet og smittevernutstyr som dei viktigaste utfordringane. Dei nemner mellom anna at bemanningskapasitet vert særleg krevjande ved auka sjukefråvær og innføring av strenge smitteverntiltak i tenesteutøvinga. Kommunane er særleg uroa for eigen kapasitet ved eit utbrot under ferieavvikling. Ei anna uro er knytt til bemanning ved auke i testkapasitet, viss det framleis skal skje med vattpinnar frå øvre luftvegar. Éin kommune uttrykkjer uro for eventuell nedtrapping av det statlege innkjøpet av smittevernutstyr i forkant av ein smittetopp.

Fleire kommunar omdisponerte tilsette til pleie og omsorgstenestene frå skule og barnehage, då dei var stengde. Det er vanskelegare å omdisponere personell på tvers av tenesteområda no etter retur til normalsituasjon. Kommunane seier at dei klarar å oppretthalde eit normalt tenestenivå, men om det oppstår eit utbrot vil dei måtte prioritere akutt hjelp, og må ta ned anna aktivitet. Det er utfordrande å sikre god nok opplæring av rekruttert og omdisponert personell til å kunne fungere i arbeidet i helse- og omsorgstenestene.

Det er usikkert kor mykje støtte i form av personellressursar kommunane kan få frå samarbeidspartnarar. Ved eit større utbrot som rammar breitt i ein region, vil andre kommunar eller helseforetak ikkje kunne avsjå personell. Dersom utbrot er avgrensa lokalt, kan samarbeid om personell vere meir aktuelt. Ein del kommunar seier at store avstandar gjer det vanskeleg å oppdrive personell raskt, òg gjennom interkommunalt samarbeid. Dei må difor har personell i beredskap, og det er kostbart for kommunane. Éin kommune nemnar at anstrengt kommuneøkonomi gjer at det er lite personalressursar til avlasting å spele på. I ei langvarig krise gjer dette stor slitasje på dei tilsette.

Éin kommune skriv at det er utfordrande med pensjonert helsepersonell som ikkje tek på seg fleire vakter utover grensa for inntekt før tap av pensjon. Éin kommune skriv at samfunnskritiske oppgåver, som t.d. vassforsyning, er sårbare for sjukefråvær, fordi dei har få tilsette for desse oppgåvene. Aktuelle tiltak kan vere omdisponering av personell og innføring av tiltak som kokepåbod. Om tilsette i skule og barnehage vert sjuke eller hamnar i karantene, kan det bli utfordrande å oppretthalde full opningstid for alle barn. Barn av foreldre i samfunnskritiske funksjonar vil då bli prioritert.

Kommunane har følgd opp utfordringane som nemnt ovanfor med å lage planar for handtering av personellmangel. Tiltaka er til dømes

- Interne prioriteringar
- Meir bruk av overtid
- Auka bruk av mellombelse stillingar
- Bruk av vikarar, pensjonistar, studentar, frivillige
- Tilbakekalling av ferie

Dei ser òg på kva tenesteområde som må nedprioriterast for å handtere ein smittestopp eller utbrot på institusjon, og sikre nok personell til diagnostisering/testing/behandling av dei mest sårbare gruppene. Kommunane nemner omdisponering av eige personell og interkommunalt samarbeid som viktige verktoy for å løyse utfordringane. Éin kommune skriv at dei nyttar vikarar i større grad enn normalt, men at det er vanskeleg å skaffe kvalifisert helsepersonell. Dei er t.d. i arbeid allereie eller meiner at det er for langt å reise til kommunen, eller at dei har ikkje bil. Ved eit utbrot vil dei kalle tilbake personell i alle kategoriar frå ferie. Éin kommune har i eigen pandemiplan skildra ansvar for å sikre hovudutfordringane, men planen er ikkje detaljert på korleis dette skal løysast i avdelingane.

Dei har gjort risikovurderingar for kvar teneste og tiltak for å redusere konsekvensane av t.d. høgt sjukefråvær. Kommunen nemner òg at dei i eigen pandemiplan hadde estimert for lågt behov for smittevernustyr i beredskap. Ein annan kommune nemner at planane deira ikkje hadde ei god skildring av utfordringane dei har møtt i handteringa av covid-19. Dette vil vere god læring til revisjon av planane. Dei nemner òg at dei ikkje har kontinuitetsberedskap for legetenesta, legekantoret, labtenester og sjukeheim. Den interkommunale legevakta kan truleg ta legevaktberedskap men vil truleg vere overbelasta i ein pandemi.

Planer for å skalere opp

Alle kommunane svarar at dei har planar for å handtere eigne innbyggjarar. Éin kommune seier at besøkjande og fritidsbuande kan gjere situasjonen krevjande. Ein annan kommune nemner at dei har planar, men at det er usikkert om dei har kapasitet til å handtere planscenarioet. I ein situasjon med mange smitta pasientar, og i tillegg stort sjukefråvær hjå helsepersonell, kan kapasiteten vere utilstrekkeleg.

Samhandling

I Vestland er det eit samarbeid mellom kommunar, føretak og fylkeslegen som fungerer godt. Kommunane deltek i koordineringsgrupper og samarbeider med føretak og omkringliggende kommunar om t.d. koordinering av situasjonsforståing og disponering av personell og smittevernustyr. Fleire kommunar har interkommunale avtalar knytt til handtering av covid19-smitta (teststasjon, luftvegsklinikk, legevakt, kohortavdeling og personellflyt). Til dømes har Fitjar, Bømlo og Stord avtale om samarbeid om ei isolasjonsavdeling i Bømlo i sommar. Eidfjord og Ulvik har samarbeidsavtale om smitteavdeling i institusjon.

Fleire kommunar skriv at dei er i dialog/forhandling med nabokommunen om sambruk av sengeplassar på kohortavdeling. I gamle Sogn og Fjordane vert det arbeidd med planer om å opprette fylkeskohort. Fire kommunar nemner at dei ikkje har samarbeid med andre kommunar

utover etablerte samarbeidsforum. Kommunane nemner i hovudsak store avstandar som årsak til dette.

Alternative lokaler og ressurser

Kommunane har vurdert trong for eksterne lokale (hotell/lokale aktørar ved behov for isolasjon av smitta personar), og omdisponering av eigne lokale til koronasengepostar. Bergen kommune har t.d. etablert luftvegsklinikkar i kvart byområde for testing, koronaklinikkar, korona-sjukeheim, korona-hotell, korona-institusjon med plass til rusavhengige og reservesengkapasitetar. Éin kommune er etter samanslåing delt av ein fjord. Dei har leigd lokale av Røde kors til testing på den mest folkerike sida av fjorden, og innreia lokale i ein nedlagd skule på andre.

Kommunane prøver primært å løyse personellbehova gjennom å omdisponere ressursar dei har tilgjengeleg i eigen kommune. Det kan t.d. vere ved å flytte helsesjukepleiarar frå førebyggjande helsearbeid til å bemanne smitteverntelefon/-kontor, eller ved å bruke elevar og lærarar frå helsefag ved vidaregåande skular. Fleire kommunar trekkjer frem at dei melder inn behov til regionale arbeidsgrupper som fordeler personell, og fleire kommunar samarbeider med nabokommunar om personellutfordringa.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Hovedutfordringer

Ein av hovudutfordringane som går igjen frå kommunane er tilgang til tilstrekkeleg og kvalifisert personell. I fleire tilfelle vert dette adressert med at kommunane utarbeidar kontinuitetsplanar.

Planer for å skalere opp

Dei fleste kommunane har planar for å skalere opp kapasiteten på helsetenestene. Dette vil likevel by på utfordringar for fleire kommunar, og kan medføre at kommunen må nedprioritere andre kommunale tenester. Spesielt om oppskaleringa skal vare over ein lengre periode.

Samhandling

Dei fleste kommunar samarbeider med nabokommunar, mykje gjennom felles legevakt. I samband med pandemien har kommunane faste samarbeidsmøte med helseføretak og lokalsjukehus. Samarbeidet mellom kommunar verkar å vere noko ulikt organisert, dekke ulike område, og har ulik grad av «formalitet». Dette kan òg vere på grunn av ulik tolking av spørsmålet.

Alternative lokaler og ressurser

Dei fleste kommunar har vurdert behovet for disponering av alternative lokalar utanfor helse- og omsorgsinstitusjonane. Det verkar som det i varierende grad vert naudsynt å nytte alternative lokalar. Mange kommunar har eigne lokalar som kan nyttast/omdisponerast. Der kommunane har vurdert at det er naudsynt med alternative lokale, har dei i hovudsak inngått avtalar for bruk av desse. Dei fleste kommunar har vurdert behovet for innhenting av personellressursar. I hovudsak har dette skjedd ved at kommunar har kartlagt tilgjengeleg helsepersonell som kan nyttast i eige nærområde, og oppretta ein slags «bank» dei kan ta i bruk.

Fylkesmannen i Trøndelag

Hovedutfordringer

Gjennomgående er mangel på helsepersonell det som kan true normal drift, spesielt vil dette gjelde ved en smitteøkning. Legeressursen er særlig sårbar i mindre kommuner, men også andre

personellgrupper som sykepleiere kan det bli mangel på. For en del kommuner er kompetansetilgangen også i normal drift presset og noen av disse er avhengig av innleide vikarer. Det pekes fra flere kommuner på utfordringene med ferieavvikling og at en smittetopp i sommer kan bli krevende. Kommunene opplever at det over tid blir slitasje på helsepersonellet. De fleste kommuner har tilnærmet normalt tjenestenivå i dagens situasjon med lite smitte, men ved økning vil tjenestene bli nedskalert til et minimum, også med risiko for funksjonsfall for tjenestemottakere.

Smittevernutstyr er det tilstrekkelig av i dagens situasjon, men det er i liten grad bygd opp beredskapslagre og spesielt ved utbrudd i sykehjem vil det raskt kunne bli mangel.

Forankringen i kommunalt planverk er varierende. I en del kommuner er koronaarbeidet nærmest prosjektorganisert under beredskapsstab og bygd opp som egen organisasjon som etablerer en egen praksis og plan for krisearbeidet med korona, mens andre kommuner har god planmessig forankring.

De fleste av de mindre kommunene har hatt ingen eller kun få smittetilfeller. Noen av disse vurderes å ha risiko for svikt i opprettholdelse av ordinær tjenesteproduksjon grunnet kapasitetsutfordringer/ personellmangel ved smitteøkning. Lite erfaring med smitteoppsporing og utbruddshåndtering gir sårbarhet. Spesielt Trondheim har fått god erfaring med slikt arbeid og kan ved deling av erfaringer ta en regional støtterolle for mindre kommuner.

Planer for å skalere opp

Noen kommuner har rapportert systematisk iht. etterspurt planscenario, men det er gjennomgående godt forankret i kommunene en bevissthet om at de må være forberedt på et betydelig stort antall smittede og syke innbygger. De har også gjennomgående lagt planer for oppskalering av testkapasitet, smitteoppsporing og behandling av syke med Covid 19.

Kommunene vurderes tilstrekkelig forberedt på dette, samtidig som de skal ivareta nødvendige tjenester til andre pasienter og brukere, men det er likevel risiko for at det vil kunne bli tjenesteyting på et minimumsnivå i flere kommuner – noe som kan medføre fall i funksjonsnivå hos enkelt brukere.

Samhandling

Det har i løpet av perioden fra mars 2020 vært en omfattende samhandling mellom kommuner og helseforetak i egne møter, først ukentlig og deretter hver 2. uke. Etter hvert er samhandlingen blitt bedre forankret i underutvalg til ASU. På møtene er det skapt felles situasjonsforståelse og gjort forventningsavklaring. Det har vært stort fokus på den praktiske samhandlingen om prøvetaking, transport av prøver, rutiner for innleggelse og utskrivning og fordeling av smittevernutstyr. Møtene har samtidig vært en arena for erfaringsutveksling mellom kommunene. Det har vært adskilte møter for St. Olav med tilhørende kommuner og for Helse Nord Trøndelag med tilhørende kommuner. I tillegg har Fylkesmannen avholdt møter for alle kommuneleger i hele fylket.

I rapporteringen oppgir mange kommuner at de nå allerede samarbeider og de fleste vil ved en mer presset utbruddssituasjon søke å løse oppgavene ved ressursdeling og samarbeid med de kommuner det er naturlig å samarbeide med. Slikt samarbeid omfatter deling av legeressurser, samarbeid om legevakt, luftveisklinikker og teststasjoner. Det er også planlagt noe samarbeid om Covid 19 sengeposter. I noen grad er samarbeidet forankret i ordinært planverk, men mye er kommet i stand som en del av det prosjektliggende arbeidet som koronasituasjonen har medført. Fylkesmannen vurderer at dette også er en for planmessig forankring i og med at det før situasjonen eskalerer, er vurdert og bestemt hvordan smitteøkning skal møtes.

Alternative lokaler og ressurser

Kommunene har i stor grad lagt planer for disponering av alternative lokaler både for særtilbud som luftveisklinikker, teststasjoner og Covid 19 sengeposter. Sengepostene er gjennomgående ikke tatt i

bruk, med unntak av i Trondheim. For luftveisklinikker og teststasjoner har flere kommuner plan om reduksjon/ending av tilbudet ved sommerferieavviklingen. Dette knyttes også til at det nå er svært få smittede i Trøndelag. Fylkesmannen vurderer at kommunene raskt kan øke kapasiteten i særtilbudene om smitten skulle øke eller en enkeltkommune får utbrudd.

Den største utfordringen ved utbrudd vil for enkelte av kommunene ikke være tilgjengelige lokaler, men at de har liten erfaring med praktisk smitteoppsporing/utbruddshåndtering og særlig vil sårbarheten øke om det er en vikar for kommuneoverlegen som skal styre smitteoppsporingen. Innhenting av personellressurser er det i noen grad plan om på tvers av kommuner og noen har også oppgitt at de har tilgang til det nasjonale registeret for tilgjengelig helsepersonell. Fylkesmannen vurderer at det primært er aktuelt med mobilisering fra andre av kommunens tjenester, men mange kommuner har også avtaler med frivillige organisasjoner som stiller opp ved et større utbrudd. Innhenting av personell fra helseforetakene vurderes som en mindre aktuell mulighet grunnet stort eget personellbehov på sykehusene.

Fylkesmannen fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å be kommunene sørge for samordning av sine beredskapsplaner i bo- og arbeidsmarkedsregionene. Dette ble utført ved utsending av melding i beredskapslinjen til alle kommunene i fylket. Fylkesmannen er fra tidligere tilsyn kjent med at kommunene har beredskapsplan for egen kommune, men det er ingen samordning av beredskapsplanene i bo- og arbeidsmarkedsregionen. Det er imidlertid som angitt ovenfor noe samarbeid på delområder, bla. felles legevakt, felles kommuneoverlege, felles plan for døgntilbud av Covid-19 syke. Fylkesmannen har oppdaterte oversikter i CIM over kommuneoverleger og smittevernleger. Fylkesmannen har i egen forespørsel til kommunene i Trøndelag, spurt om ukentlig oversikt på navn, mobiltilf, og e-mailadresse over smittevernlegene som fungerer i ukene 26-32 2020. Denne oversikten over tilstedeværelse av smittevernleger sommeren 2020 viser seg å være annerledes og består av flere leger enn Fylkesmannen sin oversikt i CIM. Både kommuner og helseforetak i Trøndelag vil få tilsendt listen.

Fylkesmannen i Nordland

Hovedutfordringer

Flere kommuner melder at deres hovedutfordring er mangel på personell, og at ressursene er sårbare. Tjenestene er ivaretatt slik situasjonen er nå, men de tåler for i liten grad ekstra belastning og en smittesituasjon kan fort bli utfordrende. Mange kommuner vil også i en normalsituasjon være i behov av ferievikarer fra inn og utland i forbindelse med ferieavvikling. Noen peker på økonomiske utfordringer og at rammevilkår i forbindelse med ekstratiltak ikke er avklarte. Enkelte tilbakemeldinger om etterslep på tjenester som medfører at driften ennå ikke er etablert på normalt nivå etter tidligere beredskapssituasjon.

Flere kommuner oppgir behov for omdisponering av egne ressurser ved økt smitte, og at det slik vil bli reduserte tjenester innenfor andre områder. I noen kommuner er logistikk en problemstilling ettersom få tjenesteytere skal dekke større områder, i tillegg til stor avstand til spesialisthelsetjenesten.

Planer for å skalere opp

Kommunene har etablert planer for oppskalering av kapasiteten. Oftest innebærer dette en reduksjon av andre tjenester, ettersom det vil være behov for å omdisponere de tilgjengelige ressursene. Flere kommuner melder at de i utgangspunktet ikke er dimensjonert for en smittetopp som beskrevet, spesielt hva gjelder personell. Stort sett ser det ut til å være god tilgjengelighet på aktuelle lokaler der syke kan ivaretas. Enkelte har meldt at øvrig aktivitet vil måtte holdes på et

minimum, men at akuttfunksjoner blir ivaretatt. Det kan se ut som om noen av kommunene har vurdert ut ifra en situasjon der alle syke trenger behandling og slik ikke forholdt seg til 3% innleggelse i kommunal institusjon. Fortsatt melder enkeltkommuner om for lite smittevernsutstyr og usikkerhet ad testkapasitet holdt opp mot scenarioet.

Samhandling

Mange av kommunene beskriver at de er i dialog med helseforetak og nabokommuner. De peker da på etablerte kanaler som faste møter hvor nøkkelpersoner er tilstede. Flere har fra tidligere etablert interkommunal legevakt og vil ta utgangspunkt i dette for å utvide samarbeidet. Noen få gir tilbakemelding om at det etablert faste avtaler for assistanse i en krisesituasjon, men mange oppgir at det vil være lav terskel for å organisere dette og at samarbeidskanaler er tilgjengelige. Flere av kommunene anslår at det vil være lite hjelp å hente personellmessig, og planlegger med at dette må løses innenfor hver enkelt kommune. Noen viser til nasjonal personellbank, men det fremkommer i liten grad at kommunene har tatt denne i bruk.

Alternative lokaler og ressurser

Kommunene har gjennomgående planer for alternativ lokalisering, og tilgjengelighet på lokaliteter ser ikke ut til å være en kritisk faktor uavhengig av smitteutbrudd. Som det fremgår av øvrige punkter er det større bekymring for personellressurser. De fleste har gjort kartlegging av mobiliserbart personell og frivillige innad i kommunen, men mange anslår at dette ikke vil være tilstrekkelig for et antatt behov.

Fylkesmannen i Troms og Finnmark

Hovedutfordringer

Alle kommunene lister opp mangel på kvalifisert personell som en hovedutfordring. Langt de fleste kommunene har adressert dette i sitt beredskapsplanverk for pandemi, hvor det er tenkt løst ved hjelp av omdisponering av personell og nedskalering av andre tjenester. Videre oppgir mange at det er gjort kartlegginger av hvilket personell kommunen kan framskaffe selv. Noen har også inngått avtaler med private leger, studenter og LIS-leger, men påpeker at usikkerheten knyttet til tidspunkt for smittetopp vanskeliggjør konkrete avtaler. Nær alle kommunene påpeker at personellsituasjonen må løses ved omprioritering innad i kommunen. Få har inngått avtaler med nabokommuner om utveksling av personell. Ingen har oppgitt kontakt med nasjonalt register for videreformidling av personell.

Mange av kommunene i vår region er små, og har en aldrende befolkning. I tillegg gjør regionens demografi og geografi det vanskeligere å samarbeide med nabokommuner om eksempelvis felles covid-enheter, da dette ofte medfører lange avstander og komplisert transportlogistikk. De små kommunene vil kunne rammes hardt av lokale utbrudd. Det er høy risiko for at nøkkelpersonell påvirkes enten av sykdom eller karantene ved et utbrudd, og dette kan få særlig store konsekvenser for institusjoner og legefunksjoner. Mange av kommunene har planlagt for omdisponering av personell innad i kommunen, men for utvalgte grupper vil dette likevel bli vanskelig (eks. lege, sykepleier). Mange av kommunene har derfor planlagt «korona-turnus», eller inndeling i ulike «vaktlag» for å skjerme personell for smitte/karantene. Ved et større utbrudd vil imidlertid en slik organisering bli svært utmattende. Noen kommuner har beskrevet dette i sitt planverk, som en viktig risiko.

De mindre kommunene har imidlertid ofte en «tett» organisering, med samlokalisering av ulike tjenester. Små forhold vil kunne lette oversiktsarbeidet, eksempelvis testing og smitteoppsporing. Fylkesmannen vurderer at mangel på personell vil være en hovedutfordring i vårt område.

Kommunene har i høy grad identifisert dette og har flere kompenserende tiltak, men en ukontrollert smittesituasjon vil raskt utfordre tjenestene. Fylkesmannen merker seg at det er få av kommunene som i sin tilbakemelding har konkretisert prioritering av tjenestene til sårbare grupper.

Planer for å skalere opp

Alle kommunene svarer at de har planverk som vil kunne ivareta en smittetopp med de tall som presenteres i scenarioet. Dette vil imidlertid kreve en omdisponering av personell og ressurser, som beskrevet over.

En del kommuner oppgir fortsatt mangel på smittevernutstyr som en begrensende faktor. Fylkesmannen vurderer at mange av våre små kommuner ikke har hatt god nok mulighet til å bygge opp et tilfredsstillende beredskapslager av smittevernutstyr gjennom den nasjonale ordningen. Dette beror i hovedsak på at fordelingsnøkkelen slår uheldig ut for regionen, grunnet lavt folketall og lite smittetrykk. Et lokalt utbrudd vil likevel generere et større utstyrsbehov, selv om innbyggertallet i utgangspunktet er lavt. Dette vil være særlig gjeldende dersom utbruddet kommer i en institusjon, eksempelvis sykehjem. Dette vil i noe grad kunne løses gjennom et regionalt smittevernlager. Lokalsykehusene har ikke lagerkapasitet for slikt utstyr, og avstandene i regionen kan være en utfordring for et slikt regionalt lager.

Samhandling

En del kommuner beskriver formaliserte samarbeidsarenaer, herunder interkommunalt samarbeid og samarbeid med lokalsykehuset. Fylkesmannen har opprettet samarbeidsarenaer på tvers av kommuner og foretak, gjennom ukentlige Skype-møter med kommuneoverleger og sykehus. I tillegg er det etablert samarbeid mellom alle lokalsykehusene og deres respektive kommuner, med Fylkesmannen som deltaker i møtene. Denne modellen vil i stor grad svare til helsefelleskapsmodellen. Det har blant annet blitt diskutert rutiner, prosedyrer og kriterier for innleggelse, men også tidlig utskriving av andre pasientgrupper, nedskalering av ordinære tjenester osv. Fylkesmannen vurderer at pandemien har påskyndet arbeidet med helsefelleskapene, og at dette er etablerte arenaer som raskt vil kunne benyttes også i framtidige beredskapssituasjoner.

Fylkesmannen oppfatter at kommuner og helseforetak har en omforent forståelse av kapasitetsutfordringene som vil kunne ramme virksomhetene i en pandemi, og at kriterier og tiltak knyttet til dette må være tilpasset en skiftende situasjon. Fylkesmannen vurderer videre at det kan være behov for avklaringer rundt transport mellom kommuner og sykehus, og mellom sykehus innad i regionen, på grunn av avhengigheten av lufttransport. Det er relativt få kommuner som har planlagt et konkret samarbeid med nabokommuner, utenom de kommuner som fra tidligere har interkommunale samarbeid.

Alternative lokaler og ressurser

Nærmest alle kommunene har planlagt for alternative lokaler/covid-enheter. Mange av kommunene har tilgang til eldre bygningsmasse som kan være egnet for ivaretagelse av inneliggende pasienter, eksempelvis nedlagte sykehjem. En del kommuner har planlagt å ta i bruk andre lokaler som hotell, skoler og internat. Fylkesmannen vurderer at kommunene i varierende grad har vurdert det konkrete utstyrs- og fasilitetsbehovet i slike enheter, eksempelvis medisinsk-teknisk utstyr. Kommunene har imidlertid identifisert problemer med å bemanne disse enhetene med kompetent personell. Fylkesmannen vurderer at det er behov for å avklare nærmere hvilke pasienter som enger seg for innleggelse i slike enheter, og at det ikke nødvendigvis kan betraktes som reell kapasitet i kommunene.