

Handlingsplan 3.2 Utnytte felles læringspunkter i pandemihåndteringen:

1 Oppdrag til arbeidsgruppen:

Administrativt samarbeidsutvalg(ASU) i Helsefellesskapet ga Fagråd for Helseberedskap og Akuttmedisinsk kjede den 9. mars 2022 følgende oppdrag:

Gjennomgang og evaluering av pandemihåndteringen.

- Oversikt over eksisterende relevant planverk i kommuner og sykehus, herunderidentifisere mangler i planverket.
- Peke på viktige samarbeidsområder ved tilsv. hendelser.
- Vurdere å benytte en Questback undersøkelse til relevante aktører, slik at man får konkretisert styrker og forbedringstiltak.

2 Oppsummering:

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om spesialisthelsetjenesten stiller krav til at det arbeides systematisk med forbedringer:

«Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal sørgefor at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet ...»

Denne evalueringen er en del av helsefellesskapets arbeid med å oppfylle dette kravet.

Handlingsplan for helsefellesskapet 2022-2024 ble vedtatt i ASU 09.03.22.Fagråd helseberedskap og akuttmedisinsk kjede fikk gjennom denne mandat til for å gjøre en gjennomgang og evaluering av pandemihåndteringen. Det ble av fagrådet satt ned en egen arbeidsgruppe til å gjennomføre dette mandatet. Arbeidsgruppen har foretatt en gjennomgang av evalueringer som finnes rundt pandemihåndteringen. Det har vært gjennomført arbeidsmøter der evalueringer og egne erfaringer fra pandemien har vært drøftet. På bakgrunn av dette har arbeidsgruppen kommet ut med 10 anbefalinger til videre tiltak som overleveres ASU. Evalueringen har vært sendt til relevante aktører på høring (høringssvarene ligger som vedlegg til evalueringen).

Arbeidsgruppen har gjennomgått samtlige høringsinnspill, og vi har endret rapporten ved å ta inn de innspill som vi er enige i. Øvrige innspill kan leses i vedlagte høringsinnspill.

3 Innhold

1	Oppdrag til arbeidsgruppen:.....	1
2	Oppsummering:	1
3	Innhold	2
4	Anbefalte tiltak:.....	3
4.1	Anbefaling 1:.....	3
4.2	Anbefaling 2:.....	3
4.3	Anbefaling 3:.....	3
4.4	Anbefaling 4:.....	4
4.5	Anbefaling 5:.....	4
4.6	Anbefaling 6:.....	4
4.7	Anbefaling 7:.....	4
4.8	Anbefaling 8:.....	5
4.9	Anbefaling 9:.....	5
4.10	Anbefaling 10:.....	5
5	Hvordan arbeidsgruppen har valgt å jobbe/ hva er innhentet avopplysninger:	6
6	COVID-19 pandemien i området til Helsefellesskapet St. Olav	7
7	Funn ved gjennomgang av dokumentasjon/evalueringer:	8
7.1	Relevant planverk i kommuner og helseforetak og eventuelle mangler i planverket	8
8	Muntlige innspill fra kommuneoverlegemøte i Trøndelag 07.09.22 til evaluering av håndtering av pandemi:.....	12
9	St. Olavs hospital sin evaluering av håndtering pandemi:	13
10	Regional koordineringsgruppe forsyning i Helse Midt-Norge sinevaluering av håndtering pandemi:.....	14
11	Arbeidsgruppens evaluering og erfaringer fra pandemien:	15
11.1	Kommunikasjon og samhandling:.....	15
11.2	Felles situasjonsforståelse	16
11.3	Oppgavefordeling	17
11.4	Fagrådenes funksjon ved beredskapshendelser.....	18
11.5	Personell	18
11.6	Forsyning og materiell	18
11.7	Felles øvelser	19
12	Litteraturliste:	20
13	Lover og forskrifter.....	21
14	Høringsinnspill:	22

4 Anbefalte tiltak:

4.1 Anbefaling 1:

En helhetlig gjennomgang av risiko- og sårbarhetsanalyser på alle nivå som omhandler pandemi i regionen bør gjennomføres. Arbeidsgruppen er kjent med at Helse Midt-Norge reviderer helseregionens ROS, og at Statsforvalteren har påbegynt revisjon av ROS-Trøndelag. Dette arbeidet må videreføres i kommunene, fylkeskommunen og helseforetaket. Felles dimensjonerende hendelser for beredskap og tiltaksplan for å øke beredskap er viktige momenter.

Konkret bør det også gjøres tilstrekkelige ROS- analyser før **samløkalisering av tjenester** eller gjennomføring av endringer i tjenestetilbud. Dette for å sikre at man ved større hendelser vet at det er gjennomførbart beredskapsmessig og tjenestemessig. Force Majeure ble brukt på legevakten på Orkanger, noe som medførte at legevakten måtte flytte ut fra sykehuset. Ved fremtidige hendelser bør man sikre at slike hendelser blir unngått så langt det er praktisk mulig. **Utflytting av legevakt fra Orkdal sjukehus bør evalueres som egen hendelse av impliserte parter.**

4.2 Anbefaling 2:

Det er ikke formålstjenlig at alle aktører skal **jobbe uavhengig med ROS-analyser og planverk**. Samtidig kan det ikke lages felles planverk som forplikter aktører uten at de er involvert i utarbeidelsen av dette. Arbeidsgruppen foreslår derfor at det utarbeides **regionale faglige forankrede retningslinjer** som beskriver hvordan aktørene skal samhandle for håndtering av hendelser som involverer sykehus og kommunehelsetjenesten i betydelig grad (pandemi, atomulykker, mv). Felles forståelse for hverandres **rolle, ansvar og myndighet** ved håndtering av ulike dimensjonerende hendelser er vesentlig og bør beskrives i en regional retningslinje.

4.3 Anbefaling 3:

Det bør gjøres en gjennomgang av **kommunikasjonslinjer** mellom aktører ved kriser. Det bør utarbeides en felles omforent oversikt over hvordan kommunene og helsefellesskapet gjensidig skal **alarmere, varsle og informere** hverandre ved ulike dimensjonerende hendelser. Roller, ansvar og myndighet for gjensidig varsling og samhandling hos alle parter må være beskrevet i planverk. Ledere i tjenestene, AMK-sentralen, legevaktsentralene, 110-sentralen mv. er viktige funksjoner som bør beskrives. Kommunenes, helseforetaket, fylkeskommunens og helsefellesskapet og Statsforvalterens rolle og ansvar for gjensidig kommunikasjon bør avklares og beskrives.

Arbeidsgruppens forslag er at oversikten stadfestes av Helsefellesskapet som en regional retningslinje, slik at **planverk for varsling kan bli samstemt** hos alle parter.

4.4 Anbefaling 4:

Det er behov for bedre mulighet til å **dele situasjonsbilde** slik at alle aktører i større grad kan **bygge felles situasjonsforståelse**. For å oppnå felles situasjonsforståelse anbefales det at man ser på møtестruktur mellom spesialist- og primærhelsetjenestene og andre relevante aktører. Det bør avklares om Helsefellesskapet skal ta en operativ koordinerende rolle under pandemi (tilsvarende helsekriser) eller om det skal etableres parallelle møtearenaer. «Tirsdagsmøtet» var en viktig samhandlingsarena ved denne typen kriser, og det bør vurderes hvordan møteserien mellom St. Olav, kommune og SFTL kan videreføres som en del av Helsefellesskapet. Fylkeskommunen bør inviteres inn på samhandlingsarenaer for å sikre felles situasjonsbilde. Likhetsprinsippet innebærer at samhandlingsarenaer som brukes i en normalsituasjon bør være kjernen for samhandling i kriser. Arbeidsgruppen anbefaler at det ses på en **samordningsrutine som beskriver koordineringsmøter ved ulike typer kriser**. Dette bør tas inn i kommunenes og helseforetakets beredskapsplaner. Ved behov for økt møtefrekvens eller endring utfra situasjonsbilde må det komme klart frem hvem som kan aktivere møtet, og til hvem behov for møte skal meldes inn til.

Møtereferat og distribusjon av disse er viktig for å bygge felles situasjonsforståelse. Referater bør deles slik at aktører som ikke har deltatt i møtet, kan bli kjent med det som har blitt diskutert i fellesskap. **Det anbefales at man ser på muligheten for å gi alle aktører en bedre oversikt over møtearenaer som opprettes**, slik at man lettere kan prioritere hvilke møter man skal delta på, samt hvilken informasjon som finnes.

4.5 Anbefaling 5:

Helsefellesskapet bør sørge for **felles øvelser** mellom spesialist- og primærhelsetjenester på dimensjonerende hendelser som kan berøre begge parter. Det stilles spørsmål ved om dette ansvaret skal ligge til fagråd helseberedskap og akuttmedisinsk kjede. Uansett vil ivaretagelse av øvelser krever at det er avsatt ressurser i form av personell og økonomi fra alle involverte parter.

4.6 Anbefaling 6:

Det bør sikres god dialog, avklaringer og tiltak for best mulig **utnyttelse av felles personell**. Ved pandemi og smittesituasjoner, der man har risiko for smitte over avdeling/kommune, må man sikre at det er tilstrekkelig dialog og fordeling av ressurser. Dette slik at alle klarer å drifte sine tjenester på en forsvarlig måte. Dette gjelder for eksempel utfordringer knyttet til biverv for helsepersonell, jordmødre, studenter med arbeidsplass både i kommuner og sykehus oa.

4.7 Anbefaling 7:

Kommunene kan med fordel se på muligheten for å samarbeide og utnytte kapasiteten mer på tvers av kommunegrenser. (Noen kommuner har allerede inngått avtaler på dette mtp utskrivningsklar og gjensidig utnyttelse av sykehjems plasser).

4.8 Anbefaling 8:

Hver kommune må ta ansvar for **revisjon av sitt planverk utfra behov**. Det har vært lite fokus på evaluering av samhandling mellom fastleger og kommune. Det oppfordres fra arbeidsgruppen at en slik evaluering bør vurderes i hver enkelt kommune.

4.9 Anbefaling 9:

Vi oppfordrer til at funn ved **kommunerevisjon i Trondheim kommune blir delt med andre for læring** og forbedring. Det foreslås at dette kan være tema for et av samhandlingsmøtene for å sikrelæring og deling på tvers. Det oppfordres også til at andre kommuner i regionen deler sine funn og viktige læringspunkter. Det samme gjelder for St. Olav når deres evaluering er klar.

4.10 Anbefaling 10:

Arbeidsgruppen ser at det er utfordrende å påbegynne evaluering av en langvarig pandemi først på slutten av krisen. Ved fremtidige hendelser bør det gjennomføres **underveisevaluering- og forbedringsarbeid fra starten av håndteringen dersom man har ressurser til dette**. Det har vært gjennomført mye rapportering oppover i systemet, og det er mulig noe av denne rapporteringen kunne vært benyttet til egen evaluering og kontinuerlig forbedrings- og endringsarbeid.

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres en tiltaksplan for evaluering og forbedring som følges opp av Helsefellesskapet, kommunene, St. Olav og STFL.

5 Hvordan arbeidsgruppen har valgt å jobbe/ hva er innhentet av opplysninger:

Handlingsplan for helsefelleskapet 2022-2024 ble vedtatt i ASU 09.03.22. Mandatet ble diskutert i fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede 13.06.22. Konklusjonen ble at arbeidsgruppen selv måtte gjøre en vurdering på hvordan mandatet skulle besvares. Deltakere i arbeidsgruppen blesatt til å være Cecilie Hatlenes- kommuneoverlege Heim, Jørgen Bjerkan Bakken- avdelingsleder vaksinasjon og smittevernkontoret Trondheim kommune, Ingjerd Tuset- sektorleder Helse og omsorg Tydal kommune, og Erlend Vandvik- beredskapssjef St. Olavs hospital. Alle er representanter i fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede.

Arbeidsgruppen hadde sitt første arbeidsmøte 17.08.2022. Det ble da gjort en ny vurdering av mandatet, og det ble konkludert med at gjennomgang av alt relevant planverk ikke vil være praktisk gjennomførbart. Arbeidsgruppen legger til grunn at hver enkelt kommune har evaluert egen pandemihåndtering jf. forskrift om kommunal beredskapsplikt. Statsforvalteren i Trøndelag har gjort en evaluering av egen håndtering av pandemien, i form av en questback til kommunene. I denne questbacken ble det også spurt om hvordan kommunene har håndtert hendelsen, hvordan kommunen er blitt berørt, og hvordan de har opplevd at STFL har håndtert sin rolle under hendelsen. 32 av 38 kommuner har svart på evalueringsrapport trinn 2, og arbeidsgruppen har mottatt en oppsummering av denne questbacken.

I tillegg har arbeidsgruppen tatt en gjennomgang av relevante evalueringer som allerede er gjennomført på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. De evalueringene som arbeidsgruppen har gjennomgått, og funnet aktuelle, er nevnt under "funn ved gjennomgang" i denne rapporten.

Oppdraget med evaluering ble også drøftet med kommuneoverleger i Trøndelag på kommuneoverlegemøtet med STFL07.09.22, og en oppsummering fra diskusjonen er med i dette dokumentet. St. Olavs har gjennomført underveis rapporteringer i løpet av pandemien. Regional koordineringsgruppe forsyning i Helse Midt-Norge har også gjort en evaluering, der arbeidsgruppen har trukket ut det vi mener er nyttig å ta med seg videre.

Alle kommuner skal også ha evaluert egen håndtering av pandemien. Ut fra opplysninger arbeidsgruppen har fått har ikke STFL gjort en oppsummering og gjennomgang av disse, og det var heller ikke et krav at kommunenes evaluering skulle sendes inn til STFL fra kommunene. Man forventer likevel at evaluering er gjennomført i hver enkelt kommune, og at evt. forbedringsarbeid/oppdatering av plandokumenter er iverksatt.

Siden det har vært utført flere evalueringer allerede, har arbeidsgruppen valgt å oppsummere det vi finner av relevant informasjon, i stedet for å lage ny questback. Tilbakemeldinger fra kommuner og andre har vært at rapporteringsmengden under pandemien har vært stor, og arbeidsgruppen ser ikke at en ny questback på nåværende tidspunkt vil gi oss andre svar, enn det som allerede ligger i tilgjengelig dokumentasjon.

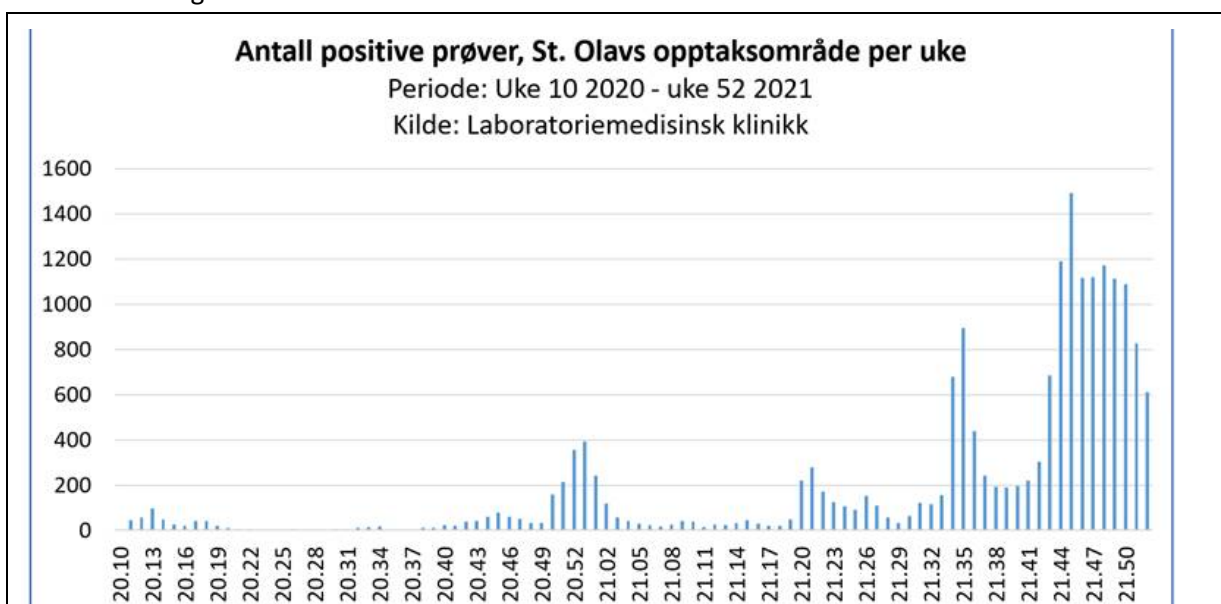
St. Olavs hospital gjennomførte høsten 2020 en underveisevaluering av håndtering av koronapandemien. Arbeidsgruppen har gjennomgått evalueringsrapporten og referater fra samarbeidsmøtene mellom Helseforetaket og kommunene (Tirsdagsmøtet).

Arbeidsgruppen velger også å sende arbeidsdokumentet til gjennomgang hos relevante aktører før endelig godkjenning. Dette for å gi mulighet for endringer/nye innspill. Arbeidsgruppen vurderer at vi ved dette har forsøkt å kvalitetssikre vurderingene til arbeidsgruppen så godt som mulig.

6 COVID-19 pandemien i området til Helsefelleskapet St. Olav

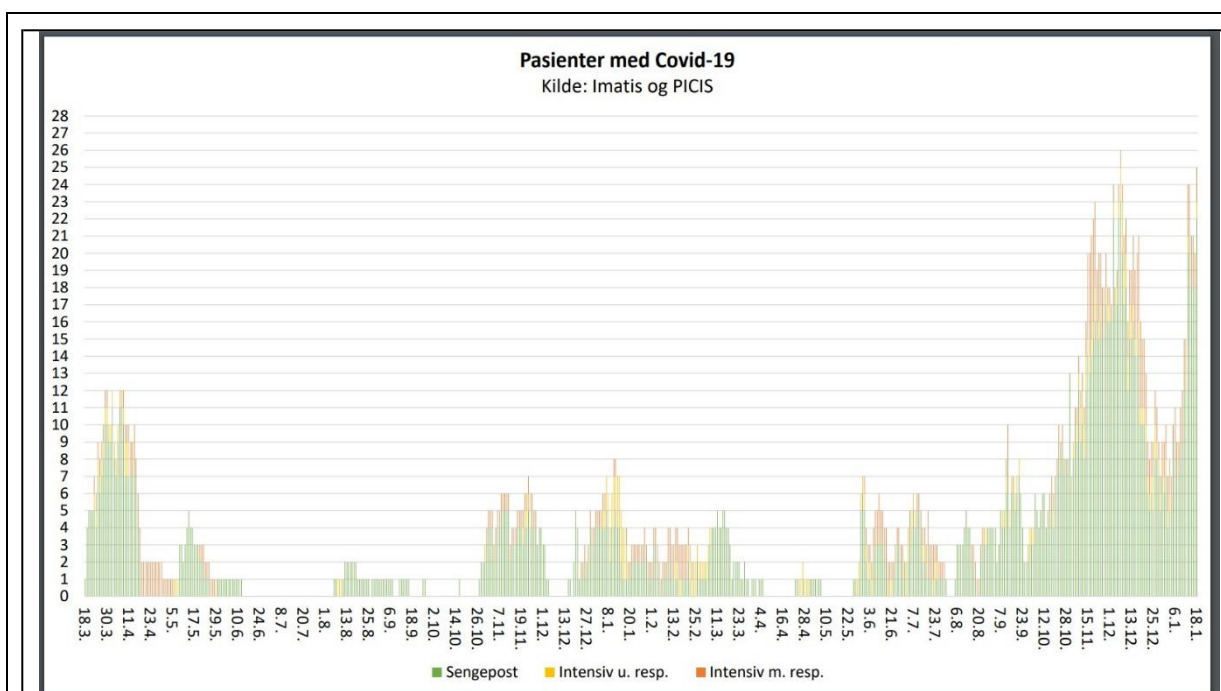
Håndteringen av COVID-19 pandemien i området til Helsefelleskapet var utfordrende, og mange har ytt innsats langt utover det en kan forvente. Samtidig må vi erkjenne at Trøndelag i nasjonal, europeisk og global målestokk har vært mindre påvirket av pandemien enn andre steder. Dette påvirker også hva vi kan lære av pandemien, og i hvor stor grad læring fra denne pandemien er relevant for neste pandemi hvis vi blir hardere rammet.

Smitteverntiltak, TISK, vaksinerings, samordning, ledelse og forsyningssvikt var forhold hvor helsesektoren ble utfordret. Antall pasienter med behov for mekanisk ventilator og oksygen var lavere enn hva andre regioner ble utsatt for.



Antall positive prøvesvar med Covid-19 i Helsefelleskap St. Olav i perioden uke 10 2020 – uke 52 2021.

Kilde: St. Olav, Laboratoriemedisinsk klinikk



Akkumulert antall pasienter med Covid-19 innlagt på St. Olav. Kilde: Tirsdagsmøte 2022-01-18

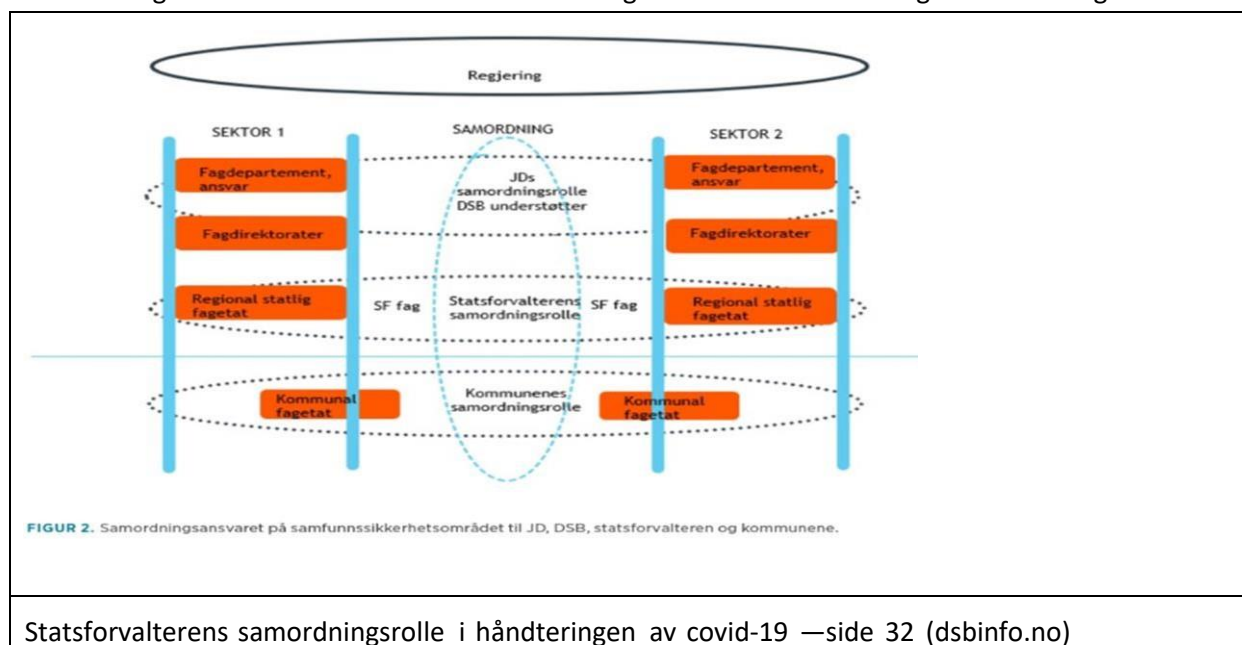
7 Funn ved gjennomgang av dokumentasjon/evalueringer:

7.1 Relevant planverk i kommuner og helseforetak og eventuelle mangler i planverket

St. Olav har i overordnet beredskapsplan <https://data.stolav.no/eqspublic/beredskap> omtalt samhandling i kapittel 8. St. Olav angir at beredskapsplaner skal samordnes med kommunene via Fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede. Videre skriver St. Olav at det ved kriser vil være ulike former for samordning, hvor kommunal samordning er en av disse.

Fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede har etablert *Samarbeidsrutine for samordning av ROS-analyser og beredskapsplaner*. Fagrådet har ikke kapasitet til å gjennomgå og kvalitetssikre de kommunale planene, men ordningen har som mål å bidra til at kommunene deler oppdaterte planverk, og at planverk er tilgjengelig ved behov. Fagrådet stiller spørsmål ved om dette fungerer godt nok i dag. Delingsrutiner etterleves ikke i tilstrekkelig grad av alle parter, og deling i seg selv er ikke nok for å få et samordnet planverk. Det fremstår som en uoverkommelig oppgave for et arbeidsgruppen å etablere en oversikt over eksisterende relevant planverk i kommuner og sykehussom er relevant for håndtering av pandemi. Vi har derfor avgrenset arbeidet til å se på noen utvalgte planer.

Ved stikkprøvekontroll av planverk, så har arbeidsgruppen ikke observert at samordningsmøter (eksempelvis Tirsdagsmøtet) er omtalt. Kommunene er anbefalt å etablere kommunale beredskapsråd¹, men arbeidsgruppen har ikke kjennskap til hvilke kommuner/kommunegrupper som har etablerte beredskapsråd eller om beredskapsråd kan ha en funksjon for samordning mellom kommune/kommunegruppe og helseforetak. I DSB-rapport *Statsforvalterens samordningsrolle i håndtering av covid-19* side 31 er samordning skissert². Samordning mellom kommunene og helseforetak, og møtearenaer for dette er ikke angitt ifiguren. Samtidig observerer arbeidsgruppen at SFTL sier at godt samarbeid mellom kommunene og helseforetaket var viktig for håndteringen.



[NOU 2022:5](#) som omhandler myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 viser til at samhandling og samarbeid mellom sykehus, mellom sykehus og kommuner, og også mellom sykehus og frivillige organisasjoner var viktig under pandemien (s.181). Det er også anbefalt at samarbeidet mellom sykehusene og kommunene blir bevart og videreutviklet.

¹ veileder_til_forskrift_om_kommunal_beredskapsplikt.pdf (dsb.no)

Kommisjonen anbefaler i tillegg at sykehusene i sitt planverk beskriver hvordan sykehusene skal trappe opp kapasiteten og omdisponere personellressurser ved pandemier og andre kriser.

[I SFTL evalueringsrapport trinn 2](#) er konklusjonen at den tette dialogen med kommunene og helseforetak, (HF), både i møter og løpende, har vært viktig:

«Den tette dialogen med kommunene og helseforetak, (HF) både i møter og løpende, har vært avgjørende for embetet i pandemihåndteringen. Dette har gitt Statsforvalteren mulighet til å være formidler av styringssignaler og gitt grunnlag for å høste lokale erfaringer for formidling til sentrale myndigheter. Det har aldri før vært en så tett dialog mellom HF og kommunene i fylket. I kommunene har det vært mobilisert svært godt for TISK-arbeid (Test-Isolasjon-Smittesporing-Karantene). Godt samarbeid med HF og KS-representant har også vært avgjørende for god håndtering når det gjelder smittevernustyr.»

I tillegg sier rapporten følgende (s.9):

«Bruk av digitale møter både internt og med eksterne har fungert veldig godt. Når lokasjon har blitt irrelevant og det er lav terskel for å delta, har digitale løsninger ført til økt deltakelse på møter både internt og eksternt, noe som igjen gir et godt utgangspunkt for felles situasjonsforståelse og informasjonsutveksling.

Samhandlingen mellom sykehus og kommuner har vært god fordi det ble lagt til rette for en arena med direkte muntlig kontakt. Slik ble gjensidig god situasjonsforståelse etablert. Små kommuner med lang avstand til sykehus deltar også, noe som har vært viktig selv om volumet av smitte har vært størst i mer sentrale og sykehusnære områder. Transport av prøver er et konkret eksempel som krever tett samhandling. Små kommuner med liten eller ingen smitte har sannsynligvis hatt nytte av å lytte til utfordringene i større kommuner med et mer aktivt TISK-arbeid».

Evalueringsrapporten (s.10) peker også på at det har vært utfordringer knyttet til uenighet/ulik tolkning av bestemmelser i regelverket knyttet til Covid-19 mellom fagdirektoratene/departementet. Samkjørte føringer legger grunnlag for hvor god samhandlingen mellom aktører lenger ned i systemet blir, og det er derfor viktig at dette er på plass.

Videre sier Evalueringsrapporten (s.10) at det finnes flere eksempler på oppdrag og forskriftsendringer med meget korte frister fra informasjon blir gitt, til endringene trer i kraft. Mangelen på tid til forberedelser og organisering knyttet til endringer er utfordrende – og kanskje spesielt når endringene eller bestemmelsene påvirker både sykehus og kommuner, og krever godsamordning og samarbeid mellom flere nivå.

I oppsummeringen rundt samhandling i helsefelleskapet (s.16) blir det sagt følgende:

Oppsummert:

- God samhandling mellom kommuner og HF

Samhandlingen mellom kommuner og HF har fungert godt, med gode møtearenaer. Dette omtales ikke lokalt som helsefelleskapsmodell, men i praksis er dette langt på vei etablert. Med forbehold om at det for smittevernstyr i perioden med knapphet var misnøye med prosentvis fordeling mellom HF og kommuner. Dette er likevel noe som har roet seg nå.

Nødvendige tiltak for å sikre at det foreligger samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner mht. beredskap

Ved planlegging av covid-19 havn i Trondheim, initierte embetet dialog mellom kommune og HF, slik at det ble utarbeidet rutiner for håndtering av fartøy ved anløp. Statsforvalteren har inntrykk av at helseforetakene har gode samarbeidsrutiner med kommunene i Trøndelag.

Samarbeid mellom kommuner i oppfølgingen av covid-19, blant annet med tanke på samfunnsmedisinsk kompetanse og bistand ved ekstraordinære behov

Oppsummert:

- Kommunene samarbeider om samfunnsmedisinsk kompetanse
- Statsforvalteren har vært pådriver for samarbeid på tema

Flere kommuner har felles kommuneoverlege, og kommuner i regioner har et naturlig samarbeid, men det har vært lite behov for gjensidig støtte. Et unntak er etablering av felles teststasjon på Innherred. Embetet har oppfordret til å etablere plan for samarbeid ved behov, men denne planleggingen er i beste fall umoden. Det er likevel lettere for kommunene å se behov for samarbeid om TISK, enn tjenesteyting som må skje lokalt i egen helse- og omsorgstjeneste. Legevakt er fra før etablert som interkommunalt samarbeid i flere regioner og er viktig både for å sikre legevaktstjenesten og i en beredskapssammenheng. I spørreundersøkelsen til kommunene svarer omtrent 13% at de har inngått nye avtaler med spesialisthelsetjenesten under pandemihåndteringen.

Rapporten peker på at en viktig suksessfaktor for å lykkes i krisehåndtering er et enhetlig og felles budskap ovenfor kommunene og andre regionale aktører. Den sier videre at om man ikke lykkes med dette så vil forsøk på samordning sannsynligvis bli kontraproduktivt. Rapporten peker på at budskapet kan og bør gjentas ofte og i flere kanaler, og at det er viktig at man til enhver tid er oppdatert i sitt budskap og det som formidles (s.18).

I rapporten fra DSB «[Statsforvalterens samordningsrolle i håndteringen av covid-19](#)» under punkt 5.2 pekes det på viktigheten av god situasjonsforståelse som en nødvendighet for beslutninger om tiltak, og spesielt for å prioritere ressurser. Det påpekes også at i komplekse situasjoner som vedvarer over tid så må hver enkelt aktør sees som brikker i det helhetlige situasjonsbildet. For at deling av informasjon og situasjonsrapporter skal fungere godt må det foreligge prosedyrer som aktørene både kjenner til og bruker. Det trekkes frem samvirkekonferanser som et nyttig virkemiddel, i tillegg til situasjonsrapportering, både skriftlig og muntlig.

SFTL skriver at den tette dialogen med kommunene og helseforetak, både i møter og løpende har vært avgjørende for embetet i pandemihåndteringen. Dialogen har gitt Statsforvalteren mulighet til å være formidler av styringssignaler og gitt grunnlag for å høste lokale erfaringer for formidling til sentrale myndigheter. Videre har godt samarbeid med HF og KS-representant vært avgjørende for god håndtering når det gjelder smittevernstyr.

³[Nasjonal veileder koronavirus- beslutning og anbefalinger fra Helsedirektoratet](#) peker på at RHF/HF og kommuner må prioritere regelmessig dialog for å samarbeide om helsehjelpen til befolkningen (punkt 14.9). Punktene som blir listet opp er:

- Partnere må ha klart hvilke roller, ansvarsfordeling og konkrete samhandlingsprosedyrer som gjelder mellom kommunene- og helseforetak.
- RHF/HF og kommuner må samhandle om nødvendige tiltak og iverksette omdisponeringer av personell og lokaliteter ut fra den aktuelle situasjonen
- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak som inneholder kriterier for innleggelse, utskrivelse og hvordan dette gjøres i praksis under epidemitopp må utarbeides.
- Planer for gjensidig informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten ved deres respektive ledere/kommuneleger bør gjennomgås, oppdateres og operasjonaliseres.
- Spesialisthelsetjenesten skal prioritere tilgjengelighet for rådgivning til kommunene i håndtering av konkrete medisinske og andre helsefaglige problemstillinger. Det må etableres samhandlingskanaler med rask 24/7 respons fra begge parter. Mulighet for å unngå innleggelse på sykehus, sammenholdt med kommunens mulighet for å ivareta pasientene, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.
- Det må vurderes i hver kommune om det er behov for å øke antall plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen. Vurderingen gjøres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, der det skal avklares hvordan spesialisthelsetjenesten kan bistå kommunen.

Mange av disse punktene er ivaretatt i de ordinære samarbeidsrutinene mellom kommunene og St. Olav:

- [Samarbeidsrutiner mellom fastleger og St. Olavs hospital - St. Olavs hospital \(stolav.no\)](#)
- [Samarbeidsrutiner mellom fastleger og St. Olavs hospital - versj 5.3 - 14.04.21 \(vedatt ASU 22.04.2021\).pdf \(stolav.no\)](#)
- [Samhandling - St. Olavs hospital \(stolav.no\)](#)

Samvirkeprinsippet i [veileder for kommunal beredskapsplikt](#) er også viktig i en slik evaluering. Den sier at alle samfunnssikkerhets aktører har et selvstendig ansvar for å sikre et godt samarbeid med virksomheter og relevante aktører, både på krisehåndtering, beredskap og forebygging.

8 Muntlige innspill fra kommuneoverlegemøte i Trøndelag 07.09.22 til evaluering av håndtering av pandemi:

Oppdraget til arbeidsgruppen ble tatt opp som et eget tema på kommuneoverlegemøte 7.9.22. Det ble åpnet for dialog og innspill fra kommuneoverlegene i fylket, og under gis en oppsummering av dialogen:

Den generelle tilbakemeldingen var at kommuneoverlegemøtene med Statsforvalter opplevdes nyttige, men at det til tider var avsatt for dårlig tid. Chat på teams etter møtene, om ulike temaer, har vært nyttig. Statsforvalteren har også vært en viktig aktør for å få ut informasjon til alle kommuner når det har hastet.

Noen nevnte at det til tider kan oppleves som at Trondheim blir "storebror" i samhandlingen fra kommunenes side, og blir litt premissleverandør. Det minnes om at man må huske på de små kommunene i en del situasjoner. St. Olav og Trondheim kommune startet opp samhandlingsmøter før resten av kommunene etter hvert ble involvert, og det stilles spørsmål ved om andre kommuner ble godt nok informert om det som ble diskutert i møtene, før de ble involvert.

I Tirsdagsmøtet har St. Olav vært flinke til å legge frem statistikk, men kommunen har ikke hatt samme tallmaterialet. I tillegg har St. Olav mulighet til å gå i gul beredskap som et virkemiddel for å synliggjøre utfordringsbildet. Det ble stilt spørsmål ved om man er likeverdige parter i Tirsdagsmøtet, og om kommunene til tider blir litt overkjørt. Spørsmålet om en nøytral observatør i møtene ble også nevnt. På den annen side ble det trukket frem at Tirsdagsmøtet har vært en fin arena for å bli kjent med hverandre, bli mer samkjørte, og få delt informasjon. I tillegg var det nyttig med faglige innlegg fra St. Olav. Det er ønske om samhandlingsmøter (ala tirsdagsmøter) videre i "fredstid", og det ble trukket frem at kontinuitet i møtene er viktig for forståelse og kjennskap av hverandre. Det kom forslag om månedlige møter, og det var også ønske om fysiske møter.

Det ble trukket frem at flere kommuneoverleger ser det som positivt at en ser bevegelse på det som omhandler faglig ledelse og interesse under pandemien, og at kommuneoverlegens kompetanse ble brukt. Kommuneoverlegenes viktige rolle for å håndtere pandemien må ikke glemmes, deriblant som kontaktpunkt, som formidler av fagkunnskap osv. Det ble også påpekt at man ikke må glemme at kobling på tvers av kommuner også må være på fagnivå i kriser, på i tillegg til kobling på kommunedirektør/ordfører-nivå.

9 St. Olavs hospital sin evaluering av håndtering pandemi:

St. Olavs hospital gjennomførte en [underveis rapportering](#) som ble lagt frem for styret i St. Olav 26. oktober 2020. Rapporten var avgrenset til perioden januar – juni 2020 og så på følgende spørsmål:

- Var St. Olav forberedt til å håndtere et alvorlig pandemiutbrudd?
- Hvordan har korona pandemien påvirket St. Olavs hospital som organisasjon og tjenestene våre?
- Hva kan St. Olav hospital forbedre for å håndtere en ny smittebølge?

I evalueringsrapportens oppsummering høsten 2020 konkluderer St. Olav med at følgende forhold har vært vellykket og bør bevares:

- Sentral pandemi ledelse
- Kommunikasjonsstrategien for intern og ekstern kommunikasjon og informasjon
- Arbeidet med eskaleringsplaner og bemanningsplaner
- Arbeidet til sentral enhet for kritiske varer

I tillegg til underveis rapportering er momentene nedenfor hentet fra samtaler med personer som fra St. Olav som samhandlet med kommunene:

Samhandlingsmøtene mellom St. Olavs hospital og kommunene (Tirsdagsmøtet) var en svært viktig kommunikasjonskanal for St. Olav. Tirsdagsmøtet var en arena hvor St. Olav og kommunene kunne avklare hvordan samhandling ble påvirket av koronapandemien. Eksempel på dette er rutiner for prøvetaking, pasient- og ambulansetransport, smittevern- og kritisk materiell, retningslinjer for skrøpelige sykehjemspasienter, mv. Møtene bidro til at St. Olav i større grad fikk innblikk i utfordringer i kommunene, samtidig som St. Olav fikk informert om muligheter og utfordringer ved St. Olav. St. Olav ser behov for at arbeidsgruppen som utarbeidet sakliste til møtene utvides til å involvere minimum to representanter fra kommunene, og da fortrinnsvis en fra Trondheim og en fra distriktskommunene.

Videre ser St. Olav et behov for å ha en mindre arbeidsgruppe som St. Olav kan avklare spørsmål som kommunene fremmer i Tirsdagsmøtet. Erfaring fra pandemihåndteringen er at det var utfordrende for St. Olav å svare ut spørsmål, da vi i for liten grad har kjennskap til de utfordringer som kommunehelsetjenesten står i.

Det bør ses på hvordan samhandlingsmøtene kan videreføres slik at vi har bedre kjennskap til hverandre i forkant av neste krise.

St. Olav er representert i Fylkesberedskapsrådet. Fylkesberedskapsrådet ga St. Olav mulighet til å informere om forhold som var viktig for helsetjenesten og få innblikk i hvilke utfordringer Koronapandemien innebar for øvrige sektorer i fylket.

10 Regional koordineringsgruppe forsyning i Helse Midt-Norge sinevaluering av håndtering pandemi:

Helse Midt-Norge har etablert en Regional koordineringsgruppe forsyning (covid-19). Vi oppsummerer raskt de anbefalingene fra gruppens evalueringsrapport⁴, som vi anser som aktuelle for vår evaluering:

Informasjon

- I en framtidig beredskapssituasjon bør det tydeliggjøres forventet informasjonsflyt og dokumentasjon som skjer gjennom ordinære kanaler, samt hvilket ansvar koordineringsgruppen og den enkelte deltager har for oppfølging og informasjon internt i eget foretak

Rapportering

- Det bør utarbeides standardrapporter som viser beholdninger, forbruk, estimert varighet, bestillinger, kritikalitet, brukere/bestillere

Kvalitet

- I en framtidig beredskapssituasjon anbefales det at det gis tydelig informasjon til brukerne om alternative produkter som må tas i bruk og hvilken kvalitetssikring disse har gjennomgått. Denne informasjonen må komme på overordnet nivå (fra ledelsen) og på detaljert nivå (fra forsyning)

Avdelingslagrene

- Det anbefales at det vurderes om forsyning HF i større grad skal aktivt gi støtte til klinikker/avdelinger i beredskapssituasjoner som påvirker leveringssituasjonen

Tilbaketrekkingssaker

- Det anbefales at det klargjøres hvordan informasjonsflyt og håndtering skal skje når det oppstår kritiske tilbaketrekingssaker. I dette inngår både varslingsrutinene fra leverandører og/eller Sykehusinnkjøp, grensesnitt/samarbeid mellom helsefag og forsyning og eskaleringsrutiner

Forvaltning regionalt beredskapslager

- Det anbefales at helsefaglige ressurser bidrar inn i forvaltningen av regionalt beredskapslager

⁴ Rapport er ikke offentlig tilgjengelig

11 Arbeidsgruppens evaluering og erfaringer fra pandemien:

Arbeidsgruppen støtter mye av det som kommer frem i allerede gjennomførte evalueringer. Vi vil under gå litt grundigere gjennom de ulike punktene, og forsøke å beskrive utfordringsbildet slik deltagerne i arbeidsgruppen har sett det.

Det bemerkes at man under bruker ordet tirsdagsmøter om samhandlingsmøter, da mange av de som har vært med i pandemien vil skjønne hvilken type møte arbeidsgruppen sikter til.

11.1 Kommunikasjon og samhandling:

I starten fremstod det vanskelig å få oversikt over situasjonen for alle parter. Det ble etter hvert opprettet et samhandlingsmøte mellom St. Olav og kommunene, det såkalte "tirsdagsmøtet". Det kan være lurt for fremtiden at det er klart hvem som skal ta ansvaret for å opprette samhandlingsarenaer, og hvem behovet skal meldes inn til. Arbeidsgruppen mener at dette er en del av samordningsrollen⁵ til Statsforvalter, og at rollefordeling bør vurderes klargjort i regionale retningslinjer.

En tidlig utfordring var hvordan man skulle håndtere pasientforløpene/pasienttilstrømming til sykehus. Utfordringsbildet så nok noe forskjellig ut på sykehus kontra primærhelsetjenesten, og i starten var det nok kommunene som så de fleste pasientene. Det er her viktig at vi får til å gi hverandre et mest mulig riktig situasjonsbilde, slik at vi sammen kan bruke ressurser og fokus der det kreves mest. Tiltak som en aktør/part innfører kan påvirke den andre part både positivt og negativt. Eksempler er prosedyrer for innleggelse på sykehus, krav om negativ test før fysisk kontakt med spesialisthelsetjeneste, retningslinjer for biverv osv.

Tirsdagsmøtet ble etter hvert en viktig arena med tanke på informasjonsdeling og samhandling. De første møtene ble gjennomført mellom Trondheim kommune og St. Olav fra 28.01.20, der agenda var å samordne tiltak mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Denne møtearenaen ble så omgjort til et felles samarbeidsmøte mellom St. Olav og kommunene fra 3.3.20. Endring av møtearenaen til å gjelde alle kommunene skjedde etter oppfordring fra Statsforvalter til St. Olav om å iverksette samarbeidsmøter. Det er et ønske fra flere at slike møter kontinueres også utenfor krise.

Kommunikasjon, samhandling og informasjonsdeling er viktig på flere arenaer i hverdagen, og kjennskap til hverandre i "fredstid" vil med stor sannsynlighet gjøre samhandlingen enklere ved kriser. Arbeidsgruppen vil derfor oppfordre til å fortsette slike samhandlingsmøter, men det må avklares hvem som skal lede møtene, hvem skal ha ansvar for sakslister, og fordeling av faglige innlegg. Det må også tas stilling til møtehyppighet. Det bemerkes også fra arbeidsgruppen at teams møter har senket terskel for deltagelse, og bør vurderes kontinuert.

Det bemerkes fra arbeidsgruppen at kommunene med fordel kan bli flinkere til å legge frem statistikk og tallmateriale på utfordringsbildet som er ute i kommunene. Arbeidsgruppen tror at dette kan bidra til en bedre felles situasjonsforståelse.

En utfordring under pandemien var «information overload», samtidig som man opplevde at noe viktig informasjon ikke kom frem til nødvendige samarbeidsparter. Det bør utarbeides strategi for hvilke kanaler samhandling og kommunikasjon skal foregå i, og hvordan informasjonsgangen skal gå. En annen viktig ting man bør se på er et system for prøvesvar ut til kommuner som ved en pandemi. Store deler av pandemien ble prøvesvar ringt ut fra mikrobiologisk avdeling til kommuneoverleger, noe ble svært ressurskrevende. Det kan med fordel bli sett på hvordan slik informasjonsdeling kan gjøres på en mer hensiktsmessig måte i fremtiden, og forventning til tilgjengelighet/vaktordninger må også evalueres og vurderes. Det ble etter hvert gått opp noen uformelle avtaler om når prøvesvar ringes ut på

⁵ <https://lovdata.no/forskrift/1981-08-07-3642/§3>

kveld/helg, men også dette bør evalueres.

I noen situasjoner kan det for små kommuner virke som at St. Olav og Trondheim snakker om oppgaveløsning som vil påvirke mange, uten at de mindre kommunene verken er med i diskusjonene, eller får informasjon om løsninger som er planlagt. Arbeidsgruppen vil påpeke at det er viktig at man tenker gjennom om det er diskusjoner som kan bli for personavhengig, og i hvilke situasjoner Trondheim kommune skal være premissgiver for løsninger. Det påpekes at arbeidsgruppen opplever at det blir gjort mye bra, og man har forståelse for at St. Olav og Trondheim har et nært samarbeid, og har ressurser og kompetanse til å finne gode løsninger i mange situasjoner. Men det er viktig at man ikke glemmer mindre kommuner, med noe annet utfordringsbilde når løsninger landes, og informasjon skal deles. Ved kriser sitter noen med ressurser og fagkompetanse på noen spesialiserte områder, som de andre i samarbeidet kan ha nytte av (for eksempel smittevern, utstyr, atomberedskap osv.). Vi må sikre at vi klarer å utnytte denne kunnskapen, slik at alle har samme situasjonsforståelse, og kan nyttiggjøre seg fagkunnskapen på en god måte. Her tenker vi at samarbeidsmøter mellom kommuner og St. Olav kan være til nytte.

Ved en fremtidig hendelse er det også viktig at vi husker på kommunikasjon ut til befolkningen, og at vi er mest mulig samkjørt i hva som kommuniseres. Her tenker arbeidsgruppen at Tirsdagsmøtet kan være en fin arena for også å diskutere kommunikasjonsstrategi og erfaringer. Arbeidsgruppen har ikke klart å skaffe en helhetlig oversikt over alle relevante møter som har omhandlet pandemien. Vår forståelse er at det i for stor grad gjennomføres møter uten at andre aktører informeres om at møter gjennomføres, samt hva som ble resultatet av møtet.

Et av punktene som var gitt til arbeidsgruppen var å peke på viktige samarbeidsområder ved lignende hendelser. Situasjonsforståelse, kommunikasjonsbudskap, håndtering, forsyningslogistikk, samt faglig kunnskapsdeling vil gjøre seg gjeldende i mange lignende hendelser. Arbeidsgruppen anser det som for krevende og til dels villedende å konkret beskrive hvert enkelt område det er samhandlet på, og mener at ved fokus på de overordnede temaene nevnt her, så har man dekket de viktige samarbeidsområdene til lignende hendelser.

11.2 Felles situasjonsforståelse

Arbeidsgruppen mener at felles situasjonsforståelse er viktig å oppnå tidlig og for flest mulige aktører. Det har gjennom store deler av pandemien vært gjennomført rapporteringer til ulike instanser. Det er viktig at man tør å stille kritiske spørsmål til hva det rapporteres på med tanke på tidsbruk, og om den rapporteringen som har vært gjennomført faktisk har bidratt til bedre samhandling. Det er også noe uklart om vi har hatt oversikt over hva som har blitt rapportert fra andre instanser. Kommunene har rapportert til SFTL i STAF-rapportene, som har blitt rapportert videre til Helsedirektoratet. St. Olav har rapportert til Regionalt helseforetak, med kopi til Statsforvalter. STFL har laget en samlerapport av dette og sendt til Helsedirektoratet. Det stilles spørsmål ved om samlerapporten burde vært bedre delt med spesialist- og primærhelsetjeneste, for bedre å få et felles situasjonsbilde.

11.3 Oppgavefordeling

Sentrale myndigheter har vært premissleverandør for en del av oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det er her viktig at både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste får samme informasjon til samme tid. Dette vil gjøre det enklere å finne gode løsninger i fellesskap. Også her tenker arbeidsgruppen at tirsdagsmøter er en viktig arena for sammen å se på oppdrag og finne gode løsninger. Endringer i hvordan en oppgave skal løses, henvisningsrutiner osv. må diskuteres med involverte parter, og det er viktig å sikreinformasjonsdelingen slik at det som bestemmes når ut raskt og til riktige instanser.

Det bemerkes at gjennomførbare anbefalinger og føringer fra Hdir må ligge til grunn for god samhandling mellom sykehus og kommuner. Ved 3.dose- koronavaksine var det utfordringer rundt ansvaret for å finne pasientene som var kandidat for dose 3. Ansvaret ble lagt til helseforetaket, men listene som kom ut til kommunen tilfredsstilte ikke kravene til kvalitet. Det var også diskusjoner rundt hvordan informasjonen skulle deles (lister skulle distribueres via kryptert e-post, via post medkurer osv.). Til neste slik hendelse ser man viktigheten av å ha klar ansvarfordeling (hvem har faktisk ansvaret for å gjøre uttrekket, informere pasientene om at de er kandidat for vaksine osv.), og man må ha en måte for sikker informasjonsdeling mellom helseforetak og kommuner ved behov. I tillegg må det juridiske aspektet gjennomgås, og man bør jobbe for at journalsystem og andre tekniske løsninger tilfredsstill de behovene man har for evt. uttrekk. Arbeidsgruppen er usikker på om helseplattformen vil bidra til å løse slike utfordringer som vi traff på under pandemien, og det fordrer alle fall at alle aktører tar systemet i bruk.

ASU sin funksjon ved beredskapshendelser:

I samarbeidsavtale med underliggende Retningslinjer mellom St. Olavs hospital HF og kommuner i opptaksområdet er Helsefellesskapet rolle ved beredskapshendelser beskrevet:

7.2.7. ASU ved økt beredskap

I situasjoner med økt beredskap kan det være behov for å ha en mer operativ samhandling ved at et «Beredskaps-ASU» møter på kort varsel. «Beredskaps-ASU» består av 3 representanter fra St. Olavs hospital og 3 fra kommunene. I tillegg bør Fylkesmannen tiltre som observatør.

«Beredskaps-ASU» aktiveres når administrerende direktør ved St. Olavs hospital og kommunedirektør i Trondheim kommune finner det nødvendig. «Beredskaps –ASU» oppløses når partene er enige om det. Det stiller en tillitsvalgt fra St. Olavs hospital og en tillitsvalgt fra kommune i «Beredskaps-ASU», begge med observatørstatus med tale- og forslagsrett. Ordinært ASU holdes orientert gjennom referater fra de møter som avholdes.

<https://stolav.no/fag-og-forskning/samhandling>

Arbeidsgruppen er positiv til at det i tråd med likhetsprinsippet er planlagt med hvordan samordning i daglig drift skal videreføres ved håndtering av kriser. Samtidig er arbeidsgruppen kritisk til at det eksplisitt avgrenses til at kun kommunedirektøren i Trondheim kommune kan initiere Beredskaps- ASU fra kommunal side. Dette bør vurderes utvidet til STFL og kommunedirektører.

Sammensetningen av Beredskaps-ASU bør vurderes. Det er viktig at Statsforvalteren har en observatør funksjon i dette fora, og at de mindre kommunene har en representant i dette fora.

Videre bør det vurderes hvordan ASU og/eller Beredskaps ASU kan være deltakere/kjernen i de samordningsmøtene (tirsdagsmøte) som bør arrangeres i Helsefellesskapet ved kriser.

Arbeidsgruppen er ikke kjent med at det er gjennomført beredskaps-ASU under pandemien. Det stilles spørsmål ved hvorfor ikke, og om ASU har tatt den rollen under pandemien som tiltenkt, i henhold til samarbeidsavtalen.

11.4 Fagrådernes funksjon ved beredskapshendelser

- e) Fagråd arbeider ut fra bestiller dokument fra ASU, på konkrete oppdrag fra ASU og/eller innmeldte saker fra partnerne. Fagråd **forvalter** de samarbeidsområder ASU har besluttet i henhold til aktuelle retningslinje.
 - f) Fagråd utarbeider rutiner, prosedyrer, forløp etc., som godkjennes av ASU. Fagråd oppretter og nedlegger arbeidsgrupper for dette arbeidet. AU godkjenner evt. økonomiske implikasjoner.
- <https://stolav.no/fag-og-forskning/samhandling>

Fagrådernes funksjon er i samarbeidsavtalen avgrenset til å utføre arbeid gitt av ASU i bestiller dokument, arbeide med innmeldte saker fra partene og forvalte rutinen som beskriver/avgrenser fagrådets arbeid.

Det kan vurderes om fagrådene ved kriser skal benyttes av Beredskaps-ASU som arbeidsgruppe for å saksbehandle saker som skal diskuteres og besluttet i Beredskaps-ASU. Samtidig kan dette være svært utfordrende for representantene som ved kriser vil ha tidskritiske oppgaver i egen organisasjon, som de må prioritere foran fagrådsarbeid.

11.5 Personell

Det er i ordinær hverdag utfordringer med rekruttering av nødvendig helsepersonell både i spesialist-og primærhelsetjeneste. Ved kriser og annet som krever ekstra ressurser/gir bortfall av ressurser vil vi komme i situasjoner der vi har bruk for samme personell i enda større grad enn vi har i dag. Det er viktig at man ved fremtidige hendelser samsnakker seg rundt evt. fordeling av kompetanse/ressurser dersom dette er praktisk mulig. Man opplevde under pandemien at noen arbeidsgivere gav føringer på at ansatte ikke kunne jobbe på tvers hos andre enheter/arbeidsgivere, noe som vil gi utfordringer for berørt part.

Arbeidsgruppen påpeker at det er viktig at kommunene har kommuneoverlege i stor nok størrelse til at fag blir ivaretatt godt nok i beredskapshendelser som pandemi og annet som omhandler helse, og som også blir pekt på i NOU-en (se blant annet s. 457 i NOU 2022:5).

11.6 Forsyning og materiell

Det vises til Regional koordineringsgruppe forsyning i Helse Midt-Norge sin evaluering. All forsyningsberedskap, inkludert legemiddelberedskap er viktig at det er et godt samarbeid rundt, da vi har et felles utfordringsbilde. Svikt i et forvaltningsnivå vil kunne gi pasienttilstrømning i et annet nivå. Rapporten påpeker at man i en framtidig beredskapssituasjon bør tydeliggjøre at forventet informasjonsflyt og dokumentasjon skal skje gjennom ordinære kanaler, samt hvilket ansvar koordineringsgruppen og den enkelte deltager har for oppfølging og informasjon internt i eget foretak. Det påpekes fra arbeidsgruppen at dette burde generaliseres ut til kommunene også.

Rapporten til forsyning gjelder i utgangspunktet bare for helseforetakene. Når det gjelder rapportering må han ha et system for rapportering, som gir mulighet for deling av informasjon på en god måte.

Arbeidsgruppen mener at forsyning HF bør utvides også til å gjelde kommuner i en krisesituasjon som påvirker leveringssituasjonen. Mange kommuner har verken kompetanse eller ressurser til å håndtere dette selv, og man bør tilstrebe å dele på den fagkompetanse som finnes i foretaket ved slike hendelser. Evalueringen anbefaler også at helsefaglige ressurser bidrar inn i forvaltningen av regionalt beredskapslager. Det påpekes fra arbeidsgruppen, gitt anbefalingen over, at det er viktig at noen som kjenner kommunene er med inn i arbeidet, slik at kommunens behov blir tatt med inn i vurderingene og fordelingene. Mange kommuner opplevde i starten av pandemien at de måtte bestille smittevernutstyr fra ukjente leverandører, pga. at avtaleleverandører erklærte force majeure. I en slik situasjon bør kommunene få bistand til å vurdere kvalitet på innkjøpt smittevernutstyr (frakker, munnbind ol.) fra sykehus med spesialkompetanse på området. Det oppfordres fra arbeidsgruppen at spesialisthelsetjenesten i sitt planverk sikrer at de kan ivareta det overordnede regionale koordinerings- og forsyningsansvar, som de som største aktør må forvente å bli pålagt i en tilsvarende hendelse.

Det var i starten av pandemien en skjevfordeling av utstyr mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. Man så at dette ikke var hensiktsmessig ut fra hvor den største byrden lå, og det er viktig at man også i slike situasjoner sammen ser på hvordan man kan hjelpe hverandre best mulig. Også her vil et regionalt koordinerings- og forsyningsansvar spille en viktig rolle. Statsforvalterens rolle opp mot et overordnet regionalt koordinerings- og forsyningsansvar, inkludert forsyningslinjer, bør også drøftes og mulig klargjøres tydeligere.

11.7 Felles øvelser

Kommunene og helsefellesskapet har ikke gjennomført felles øvelser med pandemi som tema. Pandemi var tema på øvelse SODD via Statsforvalteren i 2019⁶, men dette var ikke St. Olav deltaker på og ble kun trent for kommuner. Det bemerkes fra arbeidsgruppen at store hendelser som berører både spesialist- og primærhelsetjenesten bør ha øvelser som gir alle involverte parter læringsmoment. Det anbefales fra arbeidsgruppen at dette er noe STFL tar med seg i videre planlegging av øvelser, og at fellesøvelser blir tema fremover.

⁶ evalueringsrapport-ovelse-sodd-2019.pdf (statsforvalteren.no)

12 Litteraturliste:

St. Olav: Overordnet beredskapsplan Foretaksnivå Nivå1) St. Olavs Hospital HFDSB: Rapport Statsforvalterens samordningsrolle i håndtering av covid- 19

NOU 2022:5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 (Rapport fra Koronakommisjonen)

SFTL- Evaluering på regionalt nivå av covid-19-håndteringen, trinn 2

Nasjonal veileder koronavirus- beslutning og anbefalinger fra HelsedirektoratetDSB tema: Veileder til forskrift om kommunal beredskapsplikt

St. Olav, okt 2020: Underveisevaluering: Håndtering av koronapandemien ved St. Olavs hospital HF Regional koordineringsgruppe forsyning i Helse Midt-Norge sin evaluering av håndtering pandemi-ikke offentlig tilgjengelig.

Samarbeidsavtale med underliggende retningslinjer mellom St. Olavs hospital HF og kommuner i opptaksområdet

Rapportering om spesialist-helsetjenesten ved beredskapshendelser, Sluttrapport fra et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet/Avdeling beredskap og akuttmedisin og de regionale helseforetakene, April 2020

Orkland kommunes evaluering av krisehåndteringen under koronapandemien, [2020, 2021 og frem til juni 2022](#)

St. Olav, 26/10-20: Evaluering pandemi

St. Olav, 18/2-21: Informasjon til styret Korona

St. Olav, 24/3-21: Informasjon til styret om Koronapandemien St. Olav, 24/6-21: Informasjon til styret om Koronapandemien St. Olav, 27/10-21: Informasjon til styret om Koronapandemien St. Olav, 16/12-21: Informasjon til styret om Koronapandemien St. Olav, 27/01-22: Informasjon til styret om Koronapandemien

13 Lover og forskrifter

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) - Lovdata

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) - Lovdata
Lov om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) - Lovdata

Lov om vern mot smittsomme sykdommer [smittevernloven] - Lovdata

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) - Lovdata

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten – [Lovdata](#)

Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap - Lovdata

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) - Lovdata

Instruks for statsforvaltere – Lovdata

14 Høringsinnspill:

Høringsfrist 23. desember 2022

Trondheim kommune

Svar på høring: Evaluering av håndtering av koronapandemien ved helsefellesskap for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede

Kommuneoverlegegruppen¹ i Trondheim kommune vil gjerne kommentere de ulike anbefalingene i høringen. Våre kommentarer kommer i rødt under hvert enkelt av helsefellesskapets anbefalinger.

Anbefaling 1:

En **helhetlig gjennomgang av risiko- og sårbarhetsanalyser på alle nivå** som omhandler pandemi i regionen bør gjennomføres.

Kommuneoverlegegruppen: Vi støtter en felles risiko og sårbarhetsanalyse der man vurderer konsekvensene av tiltak for samarbeidspartnere. Situasjonen i Orkanger fremstår som et svært slående eksempel på mangel på slik konsekvenstenkning. Her påberoper sykehusledelsen seg force majeure og kaster ut den kommunale legevakten "over natten". Vi kan ikke se at det var noe i situasjonen som tilsa en slik hast. Slik situasjonen fremsto på det tidspunktet, var sikring av førstelinjen en vel så viktig strategi som styrking av akuttmottaket ved Orkdal sykehus. Vi kjenner ikke saken i detalj, men mener det er grunnlag for å se nærmere på de beslutninger som ble tatt i sakens anledning og hvilken dialog og felles vurderinger sykehusledelsen hadde med vertskommunen forut for avgjørelsen.

Anbefaling 2:

Det er ikke formålstjenlig at alle aktører skal **jobbe uavhengig med ROS-analyser og planverk.** ...

Kommuneoverlegegruppen: Her brukes begrepet "dimensjonerende" hendelse uten at dette er nærmere definert. Vi forstår begrepet som hendelser som involverer sykehus og kommunehelsetjenesten i betydelig grad. En avklaring av rolle, ansvar og myndighet ved slike hendelser er klart verdifullt.

Anbefaling 3:

Det bør gjøres en gjennomgang av **kommunikasjonslinjer** mellom aktører ved kriser. ...

Kommuneoverlegegruppen: Vi har vanskelig for å se at helsefellesskapene har noen rolle ved akutte og langtrukne kriser. Helsefellesskapene består av enkelte representanter fra kommuner og sykehus og har en rådgivende funksjon og ingen lederfunksjoner.

Kommunikasjonslinjene må følge normale linjer ved akutte hendelser og statsforvalteren har en samordningsrolle mellom sykehuset og kommunene i nedslagsfeltet som var tydelig og etter hvert godt fungerende under pandemien.

Anbefaling 4:

Det er behov for bedre mulighet til å **dele situasjonsbilde** slik at alle aktører i større grad kan **bygge felles situasjonsforståelse**. ...

Kommuneoverlegegruppen: Vi viser til innspill på anbefaling 3 og gjentar at vi ikke ser at helsefellesskapet kan ha en operativ koordinerende rolle under en pandemi. I anbefaling 4 skriver helsefellesskap for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede at *Likhetsprinsippet innebærer at samhandlingsarenaer som brukes i en normalsituasjon bør være kjernen for samhandling i kriser.*

Det er vi ikke nødvendigvis enige i. Likhetsprinsippet defineres slik på regjeringens hjemmeside: *Den organisasjon man opererer med under kriser, skal i utgangspunktet være mest mulig lik den organisasjon man har til daglig.* Det innebærer at ledelse under krise bør følge ledelse i normalsituasjoner. Helsefellesskapene har ingen ledelsesfunksjon når det gjelder samhandling/ samordning. Overlegegruppen vurderer det som mer hensiktsmessig at statsforvalteren har en slik samordningsfunksjon. Ved langvarige kriser slik som pandemien, kan det likevel tenkes at helsefellesskapene kan en en rolle uten at vi umiddelbart ser hvordan dette vil kunne være hensiktsmessig.

Vi vil ellers kort kommenterer tirsdagsmøtene som startet som dialogmøter konkret knyttet til smittevern mellom Trondheim kommune, Stjørdal kommune og St Olavs hospital. Trondheim kommune samarbeider jevnlig med St Olavs hospital om smittevernhendelser og har tett og god kontakt opp mot smittevern, mikrobiologisk laboratorium og infeksjonsmedisinsk avdeling uten at vi involverer alle kommunene i alle slike situasjoner/ hendelser. Da pandemien virkelig brøt løs, ble tirsdagsmøtene utvidet til å være et gjensidig informasjonsforum for alle kommuner og flere avdelinger ved St Olavs hospital. Fra kommunene stilte primært kommuneoverlegene og agendaen var i utgangspunktet smittevern. Etter hvert ble også ledersjiktet i kommunene med (i noe varierende grad) på grunn av at St Olavs hospital ønsket en bredere agenda i møtene (f.eks. håndtering av utskrivningsklare). Det ble dermed litt uklart hva slags forum tirsdagsmøtene faktisk skulle være. I den grad slike møter opprettholdes som samhandlingsarena fremover, må formålet med/mandatet til møtene klarlegges nærmere. Her kan helsefellesskapene bidra.

Anbefaling 5:

Helsefellesskapet bør sørge for **felles øvelser** mellom spesialist- og primærhelsetjenester på dimensjonerende hendelser som kan berøre begge parter. ...

Kommuneoverlegegruppen: Vi finner det mer naturlig at statsforvalteren, som har en samordningsrolle, er den som koordinerer eller tar initiativ til felles øvelser.

Helsefellesskapet kan klart ha en rolle i planlegging av slike øvelser.

Anbefaling 6:

Det bør sikres god dialog, avklaringer og tiltak for best mulig **utnyttelse av felles personell**.

...

Kommuneoverlegegruppen: Vi støtter at dette er en viktig avklaring.

Anbefaling 7:

Kommunene kan med fordel se på muligheten for å samarbeide og utnytte kapasitene mer på tvers av kommunegrenser. ...

Kommuneoverlegegruppen: Vi støtter dette. Flere kommuner hadde god erfaring med å samarbeide under pandemien (f.eks felles teststasjoner, samarbeid om covid poster etc), og de ukentlige onsdagsmøtene med statsforvalter og alle kommunene gav også grunnlag for mer ad hoc samarbeid mellom kommuneoverleger ut fra tema som ble tatt opp her. Vi støtter at interkommunalt samarbeid bør være et tema i kommunenes beredskapsplaner.

Anbefaling 8:

Hver kommune må ta ansvar for **revisjon av sitt planverk utfra behov. ...**

Kommuneoverlegegruppen: I Trondheim hadde kommuneoverleger/legeadministrasjonen under de første 18 månedene av pandemien ukentlige møter med tillitsvalgte som umiddelbart informerte fastlegene via deres facebookside. Kommuneoverleger og administrasjonen fikk raskt informasjon om situasjon og behov i fastlegegruppen, fikk drøftet aktuelle tiltak og raskt informert fastlegene. Dette fungerte veldig godt.

Anbefaling 9:

Vi oppfordrer til at funn ved **kommunerevisjon i Trondheim kommune blir delt med andre for læring og forbedring. ...**

Kommuneoverlegegruppen: Støttes

Anbefaling 10:

Arbeidsgruppen ser at det er utfordrende å påbegynne evaluering av en langvarig pandemi først på slutten av krisen. ...

Kommuneoverlegegruppen: Vi er enige i at en underveisevaluering ville kunne være nyttig, men dette måtte i så fall skje ved hjelp av en ekstern aktør som ikke har noen direkte rolle i pandemihåndteringen ettersom helseansatte ikke vil ha kapasitet i en slik situasjon.

Med hilsen

Trondheim kommune

Tove Røsstad

kommuneoverlege

Eli Sagvik

smittevernoverlege

¹ Tilbakemelding gitt etter innspill fra av følgende kommuneoverleger/overleger: Eli Sagvik (smittevernoverlege), Tove Røsstad (kommuneoverlege helse og velferd), Betty Pettersen (kommuneoverlege oppvekst), Eli Anne Skaug (overlege miljørettet helsevern og også sentral i koronahåndteringen), Elizabeth Kimbel (sykehjemsoverlege og også sentral i koronahåndteringen), Sara Lundkvist (fungerende kommuneoverlege oppvekst), Torgeir Fjermestad (overlege/fastlege)

Røros kommune

HØRINGSSVAR FRA RØROS KOMMUNE - HELSEFELLESKAP ST. OLAV SIN EVALUERING AV KORONAPANDEMI

Viser til brev den 10. november om høring av Helsefellesskap St. Olavs sitt utkast til evalueringsrapport om koronapandemihåndteringen, med referanse 2022/13302- 1. Høringen har vært distribuert til kriseledelsen i Røros kommune.

Evalueringen fra St. Olavs er god og svært omfattende. Etter kommunedirektøren og kommuneoverlegens syn retter den oppmerksomhet mot de viktigste problemstillingene i samarbeidet med St. Olavs, noe som gjør at Røros kommune ikke har behov for å skrive et større høringssvar.

Av positive erfaringer vil kommunedirektøren særlig trekke frem deltakelse i de såkalte «Tirsdagsmøtene» som svært nyttige med godt strukturert og relevant informasjon. De ga også mulighet til å komme med innspill/gi tilbakemeldinger. Dette møtet, sammen med de faste møtene til Statsforvalter, utgjorde «grunnstammen» av kommunikasjonslinjer under pandemien, begge svært viktige.

De anbefalinger som er listet opp i evalueringen virker både viktige og fornuftige og støttes fra kommunedirektør. Samtidig må det også understrekes kommunenes eget ansvar for beredskapsplaner, overordnet ROS og hensiktsmessig organisering av kriseledelsen.

Røros kommune ønsker i tillegg å poengtere viktigheten av å ivareta samisk helse i denne sammenhengen. Vi erfarte under pandemien at vi måtte se smittevernet over landegrensene, i vår sammenheng mot Sverige. Dette gjaldt spesielt reindriftsnæringen da de forflytter seg over landegrensene. I perioder da grensene var stengt, var det viktig å håndtere samisk helse i lys av dette. Dette utfordret noen problemstillinger innenfor helseberedskapen, da Sverige hadde ulik smittevernstrategi. Mobilitet på tvers av landegrenser for å opprettholde ordinært arbeids- og næringsliv utfordret også helseberedskapen i vår kommune. Til å håndtere denne problematikken var samarbeidet med grensekommuner i regi av Statsforvalter et godt tiltak.

Vil for øvrig vise til Røros kommunes høringsuttalelse til NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*.

Jijnjh heelsegh / Med hilsen

Kjersti Forbord Jensås

Tjjieltedirektööre / Kommunedirektør

Rossen tjjelte / Røros kommune

Heim kommune

Heim kommune har gjennomgått høringsutkastet og er tilfreds med de vurderingene som er gjort. Fint at evalueringen resulterer i forslag til tiltak som kan bidra til forbedring.

Eirik Johansen

Rådgiver/beredskapskoordinator

Ørland kommune

Høringssvar på evaluering koronapandemi fra kommuneoverlege i Ørland kommune.

Alle punkter som kommer frem under muntlige innspill fra kommuneoverlegemøte i Trøndelag 07.09.22 støttes.

Tirsdagsmøtene var svært viktige for at kommunikasjonen skulle gå lett og håndteringen av problemer glattere. Dersom Fylkeslegen/ Statsforvalteren tidligere hadde kommet som «ansvarlig for møtet» kunne kanskje også dette treffpunktet inneholdt drøftinger mellom kommuner noe tidligere.

Trondheim kommune er stor men absolutt ikke alltid ledende for alle utfordringene de mindre kommunene sto i, slik at også de små kommuner raskere må bli hørt. Spesielt logistikk og enda større mangel på tilførsel av hender er utfordringer i mindre kommuner som ikke kan sammenliknes med store kommuner som Trondheim. I tillegg har Trondheim kommune mange kommuneoverleger med oppdelte ansvarsområder, noe små kommuner ikke har.

Vennlig hilsen

Siw-Lindia Leirbakk Ledsaak

Kommuneoverlege

Midte Gauldal kommune

Her kommer hørings svar fra Midtre Gauldal kommune til helsefelleskapets evaluering av koronapandemien.

I Midtre Gauldal er forslaget til handlingsplan for å utnytte læringspunktene etter vår felles pandemihåndtering gjennomgått og vurdert i et felles møte mellom kommuneoverlegen, enhetsleder pleie og omsorg og kommunens beredskapskoordinator. Helsefaglig rådgiver deltok delvis via telefon.

Det som er mest sentralt for oss som kommune å kommentere er forhold som går på samspillet og samarbeidet mellom kommunene og St. Olavs Hospital.

Alle anbefalingene fra arbeidsgruppen er gjennomgått, og vår helhetlige vurdering er at disse er konkrete, poengterte og «to the point».

Utover de tema/forhold som er tatt opp og vurdert av arbeidsgruppen, vil Midtre Gauldal benytte anledningen til å ta opp ordningen med at hver **kommune er pålagt til enhver tid å ha smittevernutstyr tilgjengelig for 6 måneders forbruk. Dette er et opplegg som ikke er mulig for mindre kommuner.** Det er rett og slett ikke realistisk å legge opp til en slik måte å håndtere dette på – ordningen gir rett og slett ikke mening. Behovet for å ha **tilfredsstillende lager av smittevernutstyr må løses regionalt eller nasjonalt**, og det oppfordres til at denne saken tas opp med Statsforvalteren.

Midtre Gauldal vil også benytte anledningen til å understreke nødvendigheten av at forskjellen ressursmessig mellom store kommuner, St. Olavs og regionens små kommuner må hensyntas i alle forhold når det gjelder beredskap.

Noen konkrete spørsmål/inns spill til innholdet i dokumentet:

Helt til slutt under **kapitlet «Funn ved gjennomgang av dokumentasjon/evalueringer»** står følgende:

«Ved stikkprøvekontroll av planverk, så har arbeidsgruppen ikke observert at samordningsmøter (eksempelvis Tirsdagsmøtet) Kommunene er forutsatt å etablere kommunale beredskapsråd^[1], men arbeidsgruppen har ikke kjennskap til hvilke kommuner/kommunegrupper som har etablerte beredskapsråd.»

Her forstår vi ikke hva som menes. Om kommunene har etablert beredskapsråd vil ikke være avgjørende for samarbeid og samspill verken med St. Olavs Hospital eller med andre kommuner. For øvrig er det som kjent Statsforvalterens oppgave å følge opp om kommunene har etablert beredskapsråd. Til orientering så har Midtre Gauldal hatt beredskapsråd i flere år, og det avholdes møte i beredskapsrådet minst to ganger pr. år, oftere ved behov.

Så har vi et innspill til kapitlet om **St. Olavs Hospital sin evaluering av håndteringen av pandemien, 3. siste avsnitt:**

«Videre ser St. Olav et behov for å ha en mindre arbeidsgruppe som St. Olav kan avklare spørsmål som kommunene fremmer i Tirsdagsmøtet. Erfaring fra pandemihåndteringen er at det var utfordrende for St. Olav å svare ut spørsmål, da vi i for liten grad har kjennskap til de utfordringer som kommunehelsetjenesten står i. Det bør ses på hvordan samhandlingsmøtene kan videreføres slik at vi har bedre kjennskap til hverandre i forkant av neste krise.»

Her må det foreligge en misforståelse i forhold til kommunenes forventninger til samhandlingsmøtene. Det er ikke slik at det forventes å få svar på alle typer konkrete spørsmål. **Samhandlingsmøtene oppfattes å skulle være dialogmøter som først og fremst skal handle om utveksling av informasjon, felles drøfting av utfordringer, felles situasjonsforståelse, osv.** I den grad/i de tilfeller det forventes konkrete svar fra St. Olavs Hospital så vil dette i så fall gjelde detaljspørsmål der St. Olavs har ekspertise/er eksperter.

Til kapitlet om **«kommunikasjon og samhandling»** vil vi understøtte det som framkommer om behovet for møtearenaer, men vi vil også understreke at dette MÅ balanseres opp mot de mindre kommunens kapasitet.

I kapitlet om **personell** står følgende:

«Det er viktig at man ved fremtidige hendelser samsnakker seg rundt evt. fordeling av kompetanse/ressurser dersom dette er praktisk mulig. Man opplevde under pandemien at noen arbeidsgivere gav føringer på at ansatte ikke kunne jobbe på tvers hos andre enheter/arbeidsgivere, noe som vil gi utfordringer for berørt part.»

Midtre Gauldal kommune finner det absolutt på sin plass at dette forhold poengteres og følges opp i det videre. I situasjoner som vi opplevde med koronapandemien må **hensynet til helheten veie tyngst**. Dersom det viser seg nødvendig med særordninger så må dette tas opp og avgjøres i samråd med samarbeidspartene.

Til slutt vil vi understreke at det er svært viktig at de **tiltak og aktiviteter som framkommer for hver av arbeidsgruppens anbefalinger ansvars plasseres**. Helsefelleskapet må sørge for at dette skjer.

På vegne av Midtre Gauldal kommune

Bodil Brå Alsvik

Assisterende kommunedirektør

Midtre Gauldal kommune

Mobiltlf. 91311248

Trøndelag fylkeskommune

Høringsuttalelse fra Trøndelag fylkeskommune

Erfaringer knyttet til tannhelsetjenesten

«Myndighetene» hadde ikke god nok oversikt over tannhelsetjenesten under pandemien. Tannhelsetjenesten har en viktig rolle i behandling av infeksjoner i munnhule og kjeve og bidrar til å avlaste spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Tannhelsepersonell var en ubenyttet ressurs under deler av pandemien. Spesielt i perioder der driften var begrenset/reduert på grunn av smitteverntiltak kunne tannhelsepersonell ha bidratt i smittevernopplæringen, i test- og smittesporingsarbeidet og i vaksineringsarbeidet.

Tett og løpende dialog og samhandling med Statsforvalteren og fylkeslegen var svært viktig for god håndtering av smittesituasjonen. Det er ønskelig med mer oppmerksomhet mot kommuneoverlegene sin rolle og funksjon overfor organisasjoner utenfor den interne erlekommunale arbeidslinja, som f.eks. tannhelsetjenesten.

For fylkeskommunen var erfaringene med *Samhandlingsrådet*⁷ og det faglige arbeidet i regi av rådet og fylkeskommunen vesentlig for felles situasjonsforståelse både lokalt, regionalt og nasjonalt, og på tvers av sektorer og bransjer.

*Samhandlingsrådet*¹ og fylkeskommunens rolle inngikk imidlertid ikke i beredskapssystemet for Trøndelag.

Fylkeskommunen ønsker en mer avklart og formell rolle i beredskapssystemet på regionalt nivå og spesielt under kriser som berører hele regionen og har samvirkningskonsekvenser på tvers av sektorer. Fylkeskommunens ansvar og rolle etter folkehelseoven i beredskapssammenheng og krisesituasjoner bør tydeliggjøres.

Bjørnar Hafell

Fylkestannlege

¹ *Samhandlingsrådet* som Trøndelag fylkeskommune tok initiativ til,

St. Olavs hospital

Høringssvar på vegne av Avdeling for infeksjonssykdommer, St Olavs hospital

Helsefellesskap St Olav-evaluering koronapandemi

Ad Anbefaling 2 og 4:

For utarbeiding av planer som omfatter alle typer beredskap for smittsomme sykdommer må infeksjonsmedisinere involveres for faglig forankring av planverket. Spesialister i infeksjonssykdommer innehar en nøkkelrolle i rådgiving i håndtering og behandling av pasientene i kommunene og er ansvarlige i behandling av pasientene på sykehuset. Det er viktig at denne nøkkelrollen kommer tydelig frem i planene og som en sentral deltaker i øvelser.

Arbeidsgruppen refererer til Nasjonal veileder koronavirus-beslutning og anbefalinger fra Helsedirektoratet: «Spesialisthelsetjenesten skal prioritere tilgjengelighet for rådgiving til kommunene i håndtering av medisinske og andre helsefaglige problemstillinger. Det må etableres samhandlingskanaler med rask 24/7 respons fra begge parter. Mulighet for å unngå innleggelse på sykehus, sammenholdt med kommunens mulighet for å ivareta pasientene, bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.»

Infeksjonsmedisinsk bakvakt kan nås telefonisk døgnet rundt hele året for spørsmål om pasientbehandling og innleggelser. Denne tjenesten er uendret fra tidligere og må også brukes under en pandemi. Tilleggstjenester i smittevernspørsmål kan etableres ved behov for smittevernpersonell.

Ad anbefaling 6:

Alle kommuner skal ha mulighet for å håndtere smitteførende pasienter som ikke har behov for sykehusinnleggelse, både på sykehjem og i hjemmet. Dette er helt nødvendig for å opprettholde behandlingsskapitet på sykehuset.

Ad anbefaling 10:

«Tirsdagsmøtet» kan tjene godt for informasjon fra myndighetene, og for administrative diskusjoner og avklaringer, men egner seg dårlig for faglige spørsmål og diskusjon om faglige retningslinjer. Kun én infeksjonsmedisinere har deltatt sporadisk på møtene. De faglige diskusjonene foregår allerede i fagmiljøene utenfor disse møtene. Faglig informasjon til «tirsdagsmøtet» ivaretas ved inviterte forelesninger ved spesialister.

Før etablering av «tirsdagsmøtene» møttes Trondheim kommune, Stjørdal kommune og St Olavs hospital, dels også Malvik og Melhus kommune for planlegging av hvordan man i fellesskap skulle lage retningslinjer for å håndtere de første pasientene og den første innleggelsen på sykehuset. Dette skjedde før den første pasienten i Norge var diagnostisert og før det fantes nasjonale retningslinjer for pasienthåndtering i Norge. Denne typen møter er helt nødvendige for en rask avklaring av en foreløpig plan med detaljerte retningslinjer lokalt samt faglige diskusjoner. Sykehuset ligger i Trondheim kommune og veien fra legevakten inn til sykehuset er kort. Spesialister på sykehuset er i jevnlig kontakt med smittevernlegen i Trondheim kommune om smittsomme sykdommer og håndtering av ulike utbrudd, og har behov for å fortsette med dette både telefonisk og i møter med kort varsel.

Ad St Olavs håndtering av pandemi:

Eskaleringsplaner laget underveis for denne pandemien vil ikke være overførbare til alle typer smittsomme sykdommer og må videreutvikles.

Infeksjonsmedisiner må involveres som en nøkkelperson i pandemihåndtering og planlegging av retningslinjer.

Forsyning og materiell:

Det skrives av arbeidsgruppen at det var en skjevfordeling av utstyr mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

På et tidlig tidspunkt i pandemien er det lite informasjon om smittemåter, smittsomhet og dødelighet. Derfor må man ta høyde for luftsmitte og ha behov for åndedrettsvern i alle fall ved langvarig eksponering for smittestoffer, for eksempel ved døgnbehandling av pasienter.

Infeksjonsmedisinsk avdeling har ansvaret både for behandling av pandemipasienter og andre smittsomme pasienter, blant annet lungetuberkulose inkludert multiresistent lungetuberkulose. Avdelingen er i en særstilling og det er stor risiko for smitteoverføring til personalet under innleggelser, hvis man har utilstrekkelig smittevernutstyr. Det må sikres at avdelingen til enhver tid har riktig smittevernutstyr tilgjengelig til behandling av alle typer pasienter. Dette må man ta hensyn til i fordeling av smittevernutstyr til de ulike avdelingene på sykehuset og kommunene. Faglige innspill må tas til følge i koordineringsgruppen for forsyning.

Trondheim 6.12.22

Raisa Hannula

Avdeling for infeksjonssykdommer

Vi har ikke registrert innspill til evalueringsrapport fra følgende mottakere:

- Frøya kommune
 - Hitra kommune
 - Holtålen kommune
 - Indre Fosen kommune
 - Malvik kommune
 - Melhus kommune
 - Meråker kommune
 - Oppdal kommune
 - Orkland kommune
 - Rennebu kommune
 - Rindal kommune
 - Rindal kommune
 - Selbu kommune
 - Skaun kommune
 - Stjørdal kommune
 - Surnadal kommune
 - Tydal kommune
 - Åfjord kommune
-
- Osen kommune, Helse NT helsefellesskap
 - Os kommune, Innlandet helsefellesskap
 - Frosta kommune, Helse NT helsefellesskap