



VILLA SKAAR EIDSVOLL AS  
Bråtastubben 6  
2074 EIDSVOLL VERK  
Att. bestyrer Marianne Stenberg

Saksbehandler

Lars Petter Kleiven

## Avgjørelse i tilsynssak

Statsforvalteren i Oslo og Viken har opprettet tilsynssak mot Villa Skaar Valstad i medhold av helsetilsynsloven § 4. Saken er opprettet på bakgrunn av oversendt varsel fra Statens helsetilsyn, datert 30.11.2020. Fra tidligere var Statsforvalteren informert om smitteutbruddet med covid-19 gjennom varsling og hadde den 10.11.20 opprettet telefonisk kontakt med ledelsen ved sykehjemmet.

Statsforvalteren har etter anmodning mottatt dokumentasjon i saken fra dere i oversendelser datert 22.3. og 7.5.21.

Statsforvalteren vurderer at saken er tilstrekkelig opplyst.

### Statsforvalterens konklusjon

Statsforvalteren har kommet til at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Statsforvalteren har kommet til at det foreligger brudd på forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6.

Statsforvalteren har kommet til at det foreligger brudd på forskrift om smittevern i helsetjenesten § 2-1.

### Saksforholdet som legges til grunn for vurderingen

*Om virksomheten:*

Villa Skaar er en privat drevet virksomhet som tilbyr sykehjemsplasser i fem kommuner: Lier, Jevnaker, Øver Eiker, Oslo og Eidsvoll. I Eidsvoll kommune har virksomheten to sykehjem, henholdsvis Villa Skaar Bøn og Villa Skaar Valstad. Villa Skaar Valstad har til sammen 28 plasser fordelt på en avdeling med 7 plasser og en avdeling med 21 plasser. På tidspunktet for smitteutbruddet var 23 pasienter innlagt på sykehjemmet.

#### *Om utbruddet:*

Lørdag 31.10.20 fikk leder ved sykehjemmet telefonisk beskjed fra en ansatt som ikke følte seg i form. [REDACTED] hadde ingen klare symptomer, men følte seg «rar i kroppen». Den ansatte ble bedt om å holde seg hjemme og teste seg.

Mandag 2.11. oppga to ansatte at de hadde vondt i halsen og lett hoste. De holdt seg hjemme fra jobb og testet seg.

Tirsdag 3.11. bestemte virksomheten at alle ansatte skulle jobbe med munnbind.

Onsdag 4.11. fikk virksomheten beskjed om positivt svar på koronatest for de tre ansatte som hadde testet seg. Alle beboere og ansatte ble vurdert som nærkontakter og det ble umiddelbart startet med testing av alle. Videre ble kommuneoverlegen informert, og det fremgår at det i det videre forløpet var tett dialog mellom bestyrer og kommuneoverlegen.

Torsdag 5.11. og fredag 6.11. ble det bekreftet at 13 beboere og 10 ansatte hadde positivt prøvesvar. I samråd med FHI ble det iverksatt isolering av beboere med positiv prøve og nærkontakter ble satt i karantene/isolert. Sykehjemmet innførte strenge smittevernsrutiner, herunder daglig gjennomgang av rutiner med de ansatte, smitteutstyr ble lagt lett tilgjengelig samt at renholdsrutiner ble oppjustert. I tillegg ble det innhentet ekstra personell fra vikarbyrå.

Mandag 9.11. ble alle beboere og ansatte testet på nytt og resultatet viste at ytterligere 8 beboere og 5 ansatte var smittet. Bruk av smittevernutstyr og håndtering av smitteavfall ble gjennomgått på nytt med personalet. I tillegg ble det innført nye rutiner for bruk av pauserom og garderober hvor kun én ansatt kunne være til stede om gangen.

I det videre forløpet fortsatte virksomheten med systematisk testing og i løpet av utbruddet ble samtlige 23 beboere smittet, i tillegg til 24 ansatte. 9 av pasientene døde. Utbruddet var over 27.11.20 og det har i ettertid ikke vært mulig å stadfeste hvordan smitten først kom inn på sykehjemmet.

#### *Om virksomhetens generelle tiltak for å forebygge smitte før og under smitteutbruddet*

- **Hvilke tiltak hadde virksomheten gjort for å begrense hvor mange ansatte og pasienter som hadde kontakt med hverandre?**

I henhold til redegjørelsen fra bestyrer Marianne Stenberg v/ Villa Skaar Valstad, administrerende direktør for Skaar Omsorg, Richard Skaar Thorsrud, og kvalitetsleder for Skaar Omsorg, Veronica Valstad Skikkelstadødegård (heretter ledelsen), innførte virksomheten i april 2020 beredskapsturnus med lange vakter. Denne innebar inndeling av de ansatte i 3 team samt faste nattevakter. For å forhindre smitte på tvers var det ingen overlapping eller andre møtepunkter mellom teamene, kun skriftlig rapportering. Ved eventuell smitte på sykehjemmet ville det derfor kun være nødvendig å ta ut ett team i karantene. Ledelsen vurderer at turnusen bidro til at et svært begrenset antall ansatte og beboere hadde kontakt med hverandre, men viser til at den ble avvirket i oktober 2020 som følge av et rolig smittebilde, og etter ønske fra de ansatte som var slitne av langvakter gjennom hele våren og sommeren. Da virksomheten gikk tilbake til ordinær turnus, viser ledelsen til at dette likevel innebar at beboerne hadde sin faste gruppe ansatte rundt seg, og at det var fast bemanning i hver avdeling for å forhindre smitte.

- **Hvilke tiltak hadde virksomheten gjort for å sikre avstand mellom personer som bodde eller jobbet på sykehjemmet?**

Av mottatt dokumentasjon kommer det frem at virksomheten allerede den 12.03.20 gjennomførte en risiko- og sårbarhetsanalyse for alle sykehjemmene – «Korona Smitterisikovurdering». Det ble identifisert 7 uønskede hendelser, herunder ble smitte mellom personalet og beboere identifisert med følgende tiltak: Overholdelse av karantenereglement, strenge hygieneregler, reiseforbud for helsepersonell, samtale med beboere, handlehjelp, låste ytterdører hele døgnet og observasjon av symptomer.

Ifølge ledelsen ble også følgende tiltak iverksatt ved sykehjemmet tidlig i 2020:

- Spisesalen ble ommøblert for å sikre avstand mellom hver enkelt beboer.
- Dagligstuen ble ommøblert og plassering av rullestoler ble tilrettelagt iht. avstand mellom hver beboer.
- Aktiviteter som tidligere hadde vært felles for 1. og 2. etasje ble delt slik at beboerne var på sin avdeling og ikke sammen på aktiviteter.
- Avstanden mellom hver enkelt ble satt i fokus også under aktiviteter og ved sosiale samlinger på den spesifikke avdeling.
- Det ble innført en rutine på at det kun skulle være ett personal i garderoben av gangen.
- Kun én på pauserommet av gangen.
- Ved rapport i spisesalen var møbleringen allerede tilrettelagt iht. krav om avstand.

Av redegjørelsen fremgår det at sykehjemsbygget er fra 60- og 70- tallet. Flere av rommene er beskrevet som små og uten bad, samt at korridorene er trange. Dette gjorde det krevende å overholde avstands anbefalingene.

Utfordringene knyttet til gammel bygningsmasse var ikke en del av ROS – analysen.

- **Hvilke rutiner hadde virksomheten innført for renhold, desinfeksjon, avfallshåndtering mv?**

Sykehjemmet hadde egne rutiner for renhold og avfallshåndtering, i tillegg til at det fantes et infeksjonskontrollprogram utarbeidet for hele virksomheten. I forbindelse med utbruddet ble følgende rutiner innført:

- Hyppig desinfeksjon av flater med desinfeksjonssprit, flater som tidligere ble vasket med fuktig klut og såpe. Herunder dørhåndtak, bord, lysbrytere, karmen og flater som berøres ofte. Dette skal utføres to ganger pr. vakt og ellers ved behov.
- Bruk av desinfeksjonssprit på dørhåndtaket etter at å ha vært inne hos beboere i isolat
- Bruk av DeconX-maskin ved desinfeksjon av det enkelte rom etter oppheving av isolat.

- **Hvilke hensyn ble tatt ved måltider?**

Det kommer frem av ledelsens redegjørelse at sykehjemmet tidlig ommøblerte slik at det ble minst 1 meters avstand mellom den enkelte beboer ved måltidene. Under utbruddet ble beboerne som ikke var smittet plassert med god avstand i spisesalen eller i stuen. Maten ble servert til den enkelte for å hindre smitte og bordene var ferdig dekket med tallerken, bestikk osv. slik at beboerne ikke hentet noe selv. Beboere som var bekreftet smittet, eller hvor det var mistanke om smitte, samt beboere som var i karantene, fikk maten servert på rommet. Det ble benyttet engangsbestikk slik at ingenting kom ut av rommet, men ble håndtert som smitteavfall. Videre fremgår det at kjøkkenpersonalet

holdt seg for seg selv under hele utbruddet og benyttet egen garderobe og toalett. Virksomheten opplyser at ingen av kjøkkenpersonalet ble smittet under utbruddet.

- **Hvilke rutiner hadde virksomheten for besøk utenfra?**

Virksomheten forholdt seg fortløpende til besøksordninger som var gjeldende i henhold til anbefalingene fra Folkehelseinstituttet (FHI). Informasjonen om regelverket, og endringer, ble gitt både til personalet og de pårørende via e-post.

- **Hvilke opplæring fikk de ansatte/nyansatte i smittevernsrutiner og bruk av smittevernutstyr?**

Ledelsen viser i sin uttalelse til at de ansatte fikk kontinuerlig opplæring i smittevernsrutiner og bruk av smittevernutstyr, både fra bestyrer og faglig leder. Det fremgår at de ansatte fikk tilgang til flere opplæringslenker og e-læringskurs, og gjennomgang av oversendt materiale viser at det ble holdt oversikt over hvor mange som tok e-læringskursene. Videre fremgår det at det før utbruddet ble øvd på å ta av og på seg smittevernutstyr på riktig måte og i riktig rekkefølge og at utstyr til enhver tid lå fremme slik at de ansatte kunne øve. Under utbruddet ble overholdelse av smittevernsrutinene fulgt tett både på dag- og kveldstid, blant annet med veiledning og direkte tilbakemeldinger til den enkelte ved behov. Både faglig leder og bestyrer var med i stell og pleie. På dørene på isolatrommene ble det også hengt opp huskeliste til de ansatte om bruken av smittevernutstyr samt at det ble utført en gjennomgang med den enkelte ansatte om definisjon av ren og uren sone ved isolasjonsrommene.

På grunn av stort fravær blant de ansatte som følge av smitte og karantene ble det nødvendig å leie inn personal fra bemanningsbyrå. Ledelsen viser til at de stilte krav til bemanningsbyrået om at vikarer måtte ha gjennomført kurs i smittevernsrutiner og bruk av smittevernutstyr, og at dette ble supplert med gjennomgang av lokale rutiner på hjemmet. Det kommer frem at det stort sett var en fast gruppe med vikarer som ble benyttet og at disse ble fulgt opp som de ansatte.

Gjennomgang av saksdokumentene viser at ledelsen ved Villa Skaar Omsorg ved flere anledninger under pandemien la ut informasjon og lenker til kurs og instruksjonsvideoer til de ansatte og at informasjonen ble intensivert under utbruddet.

Av redegjørelsen fremgår det at personalet ved sykehjemmet ikke brukte munnbind på jobb før utbruddet, men at dette ble iverksatt dagen før det ble påvist smitte. Ledelsen skriver videre at de i etterkant har vurdert om bruk av munnbind burde ha vært iverksatt tidligere, men viser til at smittetrykket i Eidsvoll i tiden før utbruddet var lavt. I etterkant av utbruddet ble munnbind og visir innført for alle ansatte i virksomheten frem til beboere og ansatte var vaksinert.

- **Hvordan ble de ansatte informert om de til enhver tid gjeldende råd, anbefalinger og lokale rutiner?**

Ifølge ledelsen ble de ansatte på de daglige rapportene informert om de til enhver tid gjeldende råd, anbefalinger og lokale rutiner fra faglig leder og bestyrer. I tillegg ble WorkPlace i form av lokal side, og felles side til Villa Skaar, brukt til info, video og kurs. Utskrift av korrespondanse som er vedlagt saksdokumentene bekrefter at det ble gitt fortløpende informasjon.

Det fremgår også at ledelsen hadde tett oppfølging av de ansatte under utbruddet, både i form av informasjon om utbruddets størrelse, påminnelse og beskrivelse av tiltak, både smittevernmessig og psykososialt.

- **Hvordan planla ledelsen for isolering av pasienter med bekreftet/sannsynlig smitte, skjerming av pasienter med mistanke om smitte og hvordan ble det jobbet med isolering og skjerming?**

Ledelse skriver i sin redegjørelse at planlegging for isolering av beboere med bekreftet smitte/sannsynlig smitte startet i mars 2020. Det ble kartlagt hvordan beboere best kunne isoleres på rommet for å hindre smittespredning og hvilket utstyr som måtte anskaffes for å få dette til. Det ble kjøpt inn smittevernutstyr, i tillegg til dostoler for å bøte på manglende toalett på rommene. Videre ble det sett på hvorvidt pasientene ved et eventuelt smitteutbrudd kunne deles inn i kohorter. Av virksomhetens beredskapsplan for håndtering av koronasmitte, datert 25.03.20, fremgår det at smittede så langt det er mulig skulle fraktes til Villa Skaar Jevnaker da dette sykehjemmet ble vurdert å være best egnet for å kunne isolere et større antall smittede. I henhold til planen ble det vurdert at Villa Skaar Valstad hadde 9 rom som kunne egne seg for isolat, men det kommer frem at disse var suboptimale som følge av bygningsmassen og manglende bad på rommene. Det ble likevel vurdert at det for pasienter med demensdiagnose og særlig krevende atferdsutfordringer, samt for pasienter med 1:1 – oppfølging, ville være viktig å forbli i kjente omgivelser og med kjent personale dersom de hadde behov for isolering.

Ledelsen viser til at da utbruddet ble kjent, omfattet det begge avdelingene og var allerede så stort at de opprinnelige planene for gjennomføring av kohorter ikke lot seg gjennomføre. De valgte derfor å isolere beboere med bekreftet smitte/sannsynlig smitte. Pasientene fikk informasjon om at de sannsynligvis var smittet og at det var behov for å skjerme dem, men det opplyses om at dette var vanskelig for flere av beboerne å forstå da 21 av de 23 hadde betydelig kognitiv svikt. Det fremgår at det derfor var krevende å skulle isolere beboerne, men at det ble lagt vekt på hyppige tilsyn, tett oppfølging og best mulig ivaretagelse. Som følge av den krevende personellsituasjonen som oppstod parallelt, var det i perioder umulig å ha 1:1 – oppfølging. Dette også som følge av at flere pasienter etter hvert ble dårlige og var i behov av palliasjon og terminal pleie.

#### *Tilleggsopplysninger fra ledelsen:*

Ledelsen vurderer at alle nasjonale og interne retningslinjer ble fulgt i forbindelse med at smitteutbruddet ble påvist, men at smitten allerede fra starten var så omfattende da utbruddet ble påvist at det praktisk var «ute av kontroll».

Det kommer frem at ledelsen vurderer at rutinene som var utarbeidet på forhånd var dekkende og at det derfor ikke har blitt utarbeidet noen rutiner eller retningslinjer i etterkant av smitteutbruddet. Ledelsen har likevel vist til følgende læringspunkter:

- *Viktigheten av god informasjon til vikarer for å unngå misforståelser. Selv om dette kan være vanskelig å få til godt nok i en stresset og presset situasjon.*
- *Inndeling av bemanningen i team, med langvakter slik vi hadde i beredskapsturnusen istedenfor ordinær turnus, dette ville kanskje kunnet begrense antall ansatte som ble smittet.*
- *Hold fokus til tross for stort medietrykk.*
- *Viktigheten av tilstedeværelse av ledelsen, herunder faglig leder og bestyrer.*
- *Oppmuntring og ros til ansatte, vise at alle står i krisen sammen, fått gode tilbakemeldinger på dette i etterkant av de ansatte.*
- *Viktigheten av god daglig informasjon til de pårørende og tryggheten dette ga.*

- Viktigheten av faglig trygghet og samarbeid.

#### Statusrapport fra FHI:

På bakgrunn av utbruddets størrelse og alvorlighet kontaktet virksomheten den 20.11., i samarbeid med kommuneoverlege, FHI for ytterligere rådgivning. I rapporten etter besøk på sykehjemmet den 25.11 kom FHI med følgende konklusjon:

*De fleste ansatte og beboere som har blitt smittet, har sannsynligvis blitt det i perioden da det var uoppdaget smitte ved sykehjemmet, før isolering og karantene ble igangsatt. Det kan se ut som perioden med uoppdaget smitte har vært relativt lang, fordi det tok tid før smittede utviklet symptomer. Sykehjemmet har trange beboerrom og felleslokaler, inkludert pauserom, møterom, kontor og garderober, så beboere og ansatte er i tett kontakt med hverandre gjennom hele arbeidsdagen. Dette gjør faren for rask smittespredning stor. Noen få ansatte har sannsynligvis blitt smittet etter at utbruddsrutiner og -tiltak ble iverksatt. Det er usikkert hvordan disse har blitt smittet, men det har vært vanskelig for de ansatte å holde god nok avstand, særlig i situasjoner der de ikke bruker beskyttelsesutstyr, som for eksempel i spisepauser. Det er den siste tiden iverksatt ytterligere tiltak for å forhindre dette. Ved gjennomgang av rutiner og observasjoner på sykehjemmet er det funnet noen forbedringspunkter som er kommunisert til sykehjemmet. Det er blant annet anbefalt å etablere en smittevernkontakt med dedikert og tilstrekkelig arbeidstid til smittevernarbeid, sikre egnede rom for isolering og karantene, og god etterlevelse av smittevernrutiner hos ansatte. Det er også anbefalt å sikre tydelige grenser mellom rene og urene områder. Under utbruddet ble det besluttet å isolere beboere på rommene sine, men på grunn av mange beboere med demens, som ikke var i stand til å holde seg på rommet, ble dette vanskelig å gjennomføre. Sykehjemmet er utformet slik at det er vanskelig å fysisk dele avdelingen i separate isolasjonsenheter. I en slik situasjon anbefaler vi enten å bruke fastvakt på den enkelte beboer, eller å raskt flytte beboere til egnede lokaler. På grunn av utbredt smittespredning på sykehjemmet før noen utviklet symptomer, er det stor sannsynlighet for at en rask flytting av beboere ikke ville medført en begrensning av utbruddet. De beboerne man eventuelt hadde flyttet, ville med stor sannsynlighet allerede være smittet. Stor smittespredning antas å ha sammenheng med den tette kontakten mellom beboere og ansatte pga. trange lokaler. Vi anbefaler at ansatte har færrest mulig arbeidssteder, fortrinnsvis ett, og at de organiseres i arbeidskohorter som følger opp definerte beboere. Selv om de ansatte følger anbefalte smittevernrutiner, vil det likevel være fare for utbrudd senere, fordi lokalene ikke er godt egnet til å forhindre eller begrense et utbrudd med mindre antall beboere reduseres, og de i større grad kan isoleres på rommet (få demente beboere som vandrer).*

I tillegg til konklusjonen, er det bygningsmessige utfordringene beskrevet ytterligere to steder i rapporten:

- Under overskriften «Følgende forbedringspunkter er identifisert» står det: «Infeksjonskontrollprogrammet er ikke tilrettelagt for dette sykehjemmet. Prosedyrer for f.eks. isolering er ikke tilpasset sykehjemmets lokaler.» ... «I tillegg ble det observert utfordringer med lokalene mht. etterlevelse av anbefalte smittevernrutiner og -tiltak. Lokalene er trange og ikke godt egnet til å holde minst 1 meters avstand. Beboerrommene er små og uten eget bad med toalett, og følgelig dårlig egnet for karantene og isolering. Det er også vanskelig å samle beboere med covid-19 i en avskjermet del av sykehjemmet pga. dets utforming.»
- Under «Anbefalinger» står det: «Det bør sikres tilgang på egnede rom for isolering.»

Det fremgikk også at sykehjemmet ikke hadde ansatte med dedikert arbeidstid og spesifiserte arbeidsoppgaver innen smittevern generelt og covid-19 spesielt (smittevernkontakt).

### *Avviksmelding:*

I forbindelse med varslingen av saken ble det også oversendt varsel fra en vikar som hadde jobbet ved sykehjemmet. Statsforvalteren har gjennomgått varslet og ledelsens redegjørelse til dette og har ikke funnet grunnlag for en videre oppfølging av hendelsen.

## **Relevant regelverk**

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1:

*«Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:*

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene».*

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven og kan variere over tid. Forsvarlighetskravet er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Kravet om forsvarlighet innebærer at de ansvarlige for virksomheten må organisere og tilrettelegge for at helsepersonellet kan utøve sin virksomhet på en forsvarlig måte. Tjenestene må tilfredsstillende en minstestandard. Ved den konkrete vurderingen tas det utgangspunkt i hva som bør kunne forventes, dvs. hva som er faglig god standard/god praksis. Det må foreligge et relativt klart avvik fra god praksis før avviket medfører at tjenesten bli uforsvarlig.

Forskrift om smittevern i helsetjenesten § 2-1:

*«Alle institusjoner som omfattes av forskriften, skal ha et infeksjonskontrollprogram. Infeksjonskontrollprogrammet skal tilpasses den enkelte virksomhet og være basert på en risikovurdering og identifisering av kritiske punkter i institusjonen. Infeksjonskontrollprogrammet skal angi hvem som har det faglige og organisatoriske ansvaret for de tiltak programmet omfatter. Programmet skal også omfatte tiltak for å verne personalet mot smitte.*

*Ledelsen ved institusjonen skal sørge for at infeksjonskontrollprogrammet utformes, iverksettes og vedlikeholdes som en del av institusjonens internkontrollsystem.*

*(...)*»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6:

*«Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver*

*(...)*

*d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten*

*e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt*

*(...)*»

## Statsforvalterens vurdering

Vurderingstemaet i saken er om Villa Skaar Valstad sørget for forsvarlig helsehjelp i forbindelse med smitteutbruddet, herunder om smittevernplaner- og tiltak var tilpasset og gjennomførbare i sykehjemmets lokaler.

### God praksis/helsefaglig norm

Teksten i dette avsnittet er hentet fra FHI sin koronaveileder «Råd til sykehjem under covid-19-pandemien». Det bemerkes at vi i gjengitt tekst har tatt hensyn til hvilke råd som var gjeldende på hendelsestidspunktet. Videre understreker vi at vi har valgt å gjengi de råd som anses mest relevant for å belyse god praksis i saken. Vår gjengivelse av tekst fra FHI sine sider er dermed ikke fullstendig.

FHI skriver innledningsvis følgende:

I sykehjem hvor mange beboere har høy alder, underliggende sykdom og kognitiv svikt, er risiko for alvorlig forløp av covid-19 og smittespredning i institusjonen høy. For å redusere risikoen bør sykehjemmene gjennomgå og iverksette tiltak, rutiner og organisering anbefalt nedenfor:

### **Sykehjemsledelsens ansvar**

Alle helseinstitusjoner er pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram. Ledelsen i sykehjemmet bør sørge for at dette er oppdatert, kjent og etterlevd av ansatte. Også rådene i FHI sin koronaveileder bør være kjent og etterlevs i institusjonen.

### Opplæring

Ledelsen i sykehjemmet bør sikre at alle ansatte (inkl. nyansatte, vikarer, studenter, renholdspersonell m.fl.) kjenner til:

- Symptomer på covid-19, og atypiske infeksjonssymptomer hos eldre
- Nasjonale og lokale covid-19-råd
- Basale smittevernrutiner og riktig bruk av personlig beskyttelsesutstyr, og at det øves på bruk av beskyttelsesutstyr

### Smittevernkontakt

Det anbefales at ledelsen ved sykehjemmet utpeker én smittevernkontakt ved institusjonen, dersom det ikke allerede er gjort. Smittevernkontakten i institusjonen bør bistå ledelsen blant annet med å:

- organisere opplæring til ansatte om rutiner i lokalt infeksjonskontrollprogram og smittevernrutiner i forbindelse med covid-19
- regelmessig undersøke etterlevelse og gi tilbakemelding til ansatte om hoste- og håndhygiene, bruk av beskyttelsesutstyr og lignende. gi ledelsen informasjon om ev. mangler med hensyn til smittevernressurser og -utstyr, som f.eks. hånddesinfeksjonsmiddel og -såpe

### Organisering

- tilrettelegge fellesrom for ansatte (f.eks. garderober, spiserom og møterom) slik at det er mulig å holde minst 1 meters avstand for ansatte som ikke er beskyttet. Krav om avstand opphører når alle er beskyttet
- sørge for at felles berøringspunkter (f.eks. dørhåndtak, armlener, brytere, toalett) rengjøres eller desinfiseres etter gjeldende renholdsplan. Renholdsplanen bør inneholde rutiner for økt renhold når det er mange som bruker oppholdsrom for ansatte og fellesrom for beboere.



### **Skjerming av beboere**

Med skjerming menes i hovedsak at det må legges til rette for at ubeskyttede kan holde minst 1 meters avstand til:

- andre beboere – også i fellesarealer
- besøkende
- ansatte

Om det er mulig å skjerme beboerne vil være avhengig av:

- kognitiv funksjon og mobilitet hos beboerne
  - er beboerne i stand til å holde avstand til andre
- om fellesrom er store nok til å ivareta avstands anbefalingen
- om det er nok ansatte til å følge opp egne smittevernrutiner, F.eks. fastvakt der beboere ikke er i stand til å holde avstand
- om det er mulig å begrense antall ansatte som har kontakt med beboer
- om det er mulig å flytte beboere til en annen enhet/avdeling der det er lettere å skjerme dem. Flytting kan være en stor belastning for beboeren og det må derfor vurderes nøye om dette er en god løsning

### **Oppfølging av beboer med symptomer på covid-19 (mistenkte tilfeller)**

- Ansatte bør følge basale smittevernrutiner og bruke personlig beskyttelsesutstyr ved kontakt nærmere enn 2 meter. Som et minimum bør medisinsk munnbind og øyebeskyttelse benyttes frem til prøvesvar foreligger
- Beboeren bør plasseres på enerom, helst med eget bad og toalett. For beboere som ikke er i stand til å holde seg på rommet, f.eks. demente som vandrer, bør det vurderes om kontinuerlig tilsyn i rommet er mulig
- Beboer bør unngå fellesarealer
- Beboer bør testes

### **Oppfølging av beboer hvor covid-19 er bekreftet**

- Ansatte som skal stelle, undersøke, behandle eller ha annen kontakt nærmere enn 2 meter med beboere hvor covid-19 er bekreftet, skal bruke følgende beskyttelsesutstyr:
  - Medisinsk munnbind
  - Smittefrakk
  - Hansker
  - Øyebeskyttelse (beskyttelsesbriller eller visir)
- Det anbefales å ha en observatør som kan gi tilbakemelding om feil under prosedyren for på- og avkledning av beskyttelsesutstyr. På- og avkledning av beskyttelsesutstyr bør skje i forgang til enerommet. Ved bruk av enerom uten forgang, må det gjøres en vurdering av om på- og avkledning bør gjennomføres like innenfor, eller rett utenfor, døren til rommet.
- •Beboeren bør plasseres på enerom, helst med eget bad og toalett. For beboere som ikke er i stand til å holde seg på rommet, f.eks. demente som vandrer, bør det vurderes om kontinuerlig tilsyn (fastvakt) i rommet er mulig
- Det må tydelig markeres smitteregime på døren til enerommet
- Kun ansatte som er direkte involvert i pasientbehandlingen bør ha adgang til beboerrommet, i tillegg til annet nødvendig personell

### **Kohortisolering**

En kan vurdere å samle beboere hvor covid-19 er bekreftet i en avskjermet del av sykehjemmet, eller flytte dem til covid-dedikerte sykehjem. Ved kohortisolering må det:

- være tydelige grenser mellom rene og urene områder. Hvis sykehjemmet ikke har avskjermete områder, kan midlertidige skiller (f.eks. plastvegger) settes opp

### **Utbruddshåndtering:**

For å unngå eller begrense et utbrudd, er det viktig at rådene nedenfor iverksettes raskt etter at første tilfelle av covid-19 er bekreftet hos ansatt eller beboer:

- Kommunelegen skal varsles.
- Kommunelegen har ansvar for identifisering og oppfølging av nærkontakter, inkludert besøkende. Sykehjemmet bør i samarbeid med kommunelegen, sørge for oppfølging av ansatte og beboere
- En utbruddssituasjon kan være en psykisk belastning for de involverte. Det bør vurderes behov for bistand fra kommunens kriseteam e.l.
- Det bør lages en oppfølgingsplan. Den bør omhandle hvordan en skal sikre tilstrekkelig med personell og kompetanse til å ivareta beboerne, drive smittesporing og iverksette nødvendige og riktige smitteverntiltak.
- I en utbruddssituasjon er det spesielt viktig at alle:
  - holder avstand (minst 1 meter) så langt det er mulig
  - Testes ved symptomer
- Ikke – smittede bør skjermes
- Alle ansatte på jobb i berørt enhet bør benytte munnbind og øyebeskyttelse ved kontakt <1 meter med beboere og andre ansatte inntil utbruddet er avsluttet
- Hvis første bekreftede tilfelle er en ansatt, skal vedkommende i hjemmeisolering
- Hvis første bekreftede tilfelle er en beboer, skal vedkommende isoleres og følges opp i henhold til rådene gitt i veilederen
- Alle ansatte og beboere som enten bor eller jobber i berørte enheter<sup>1</sup> under utbrudd testes for SARS-CoV-2 straks sykehjemmet får beskjed om smitte og hver 3.dag i 10 dager etter siste positive funn.

### Vår vurdering

*Hvilke tiltak hadde virksomheten gjort for å begrense hvor mange ansatte og pasienter som hadde kontakt med hverandre?*

Gjennomgang av saken har vist at virksomheten hadde fokus på at ansatte ikke skulle jobbe på tvers av avdelinger og at beboerne skulle ha sin faste gruppe ansatte. Innføring av få team med lange vakter i begynnelsen av pandemien fremstår som meget hensiktsmessig, men det kommer frem at ordningen opplevdes som belastende for de ansatte. På bakgrunn av dette, og lavt smittetrykk, er det forståelig at ledelsen valgte å gå tilbake til normal turnus. Det er vist til at denne turnusen i stor grad var tenkt å bidra til redusert kontakt mellom ansatte og beboere, inkludert at kontakt på tvers av avdelinger skulle forhindres. Samtidig viser gjennomgangen fra FHI at et av utfordringspunktene var at arbeidskohortene under utbruddet likevel fulgte opp pasienter på tvers av avdelinger.

Statsforvalteren vurderer at selv om virksomheten hele tiden hadde fokus på å begrense kontakten mellom antall ansatte og pasienter, så ble ikke dette like godt ivaretatt under utbruddet. Det fremstår uklart hvorvidt dette skyldtes utfordringer knyttet til bemanningen som følge av at mange var syke eller i karantene, eller om ledelsen ikke i tilstrekkelig grad fulgte opp ordningen under utbruddet. Å sikre tilstrekkelig antall ansatte under et pågående utbrudd er avgjørende. Det vil i svært mange tilfeller være nødvendig å innhente ekstern bistand i form av vikarer, slik det også ble gjort under denne hendelsen, og ledelsen må da ha gode rutiner for å sikre at både ny og gammel bemanning settes i stand til å følge fastlagte rutiner. Statsforvalteren vurderer at størrelsen på

smitteutbruddet gjorde denne oppgaven meget krevende, og at dette var en medvirkende årsak til at det likevel ble jobbet på tvers under utbruddet. På bakgrunn av at virksomheten hadde planer for å ivareta redusert kontakt mellom ansatte og pasienter på tvers, og det også er vist at det var et kontinuerlig fokus på dette, har vi ikke funnet grunnlag for å konkludere med at driften på dette punktet var uforsvarlig. Resultatet ble likevel at praksis var i strid med gjeldende anbefalinger.

*Hvilke tiltak hadde virksomheten gjort for å sikre avstand mellom personer som bodde eller jobbet på sykehjemmet?*

Det kommer frem at virksomheten gjennom hele pandemien har hatt fokus på risiko for smitteoverføring mellom personer på sykehjemmet og flere avstandsregulerende tiltak ble tidlig iverksatt. Det er likevel tydelig at de bygningsmessige forholdene ga store utfordringer når det gjaldt muligheten til å opprettholde anbefalt avstand og at tiltakene som ble gjennomført ikke var tilstrekkelige for å kompensere dette. Vi kan ikke se at ledelsen ved virksomheten i sin planlegging tok høyde for dette og viser til at verken ROS-analysen fra mars 2020, eller øvrige dokumenter, inneholder en risikovurdering av de bygningsmessige forholdene når det gjelder å sikre avstand. Dette er alvorlig, da avstand er et av de mest grunnleggende smitteverntiltakene. Statsforvalteren vurderer det som meget sannsynlig at manglende mulighet for å holde avstand, både før og under utbruddet, har bidratt til smitteutbruddets omfang.

Når det gjelder hvilke rutiner virksomheten hadde innført for renhold, desinfeksjon, avfallshåndtering, organisering av måltider og rutiner for besøk utenfra, så finner Statsforvalteren at virksomhetens håndtering av disse temaene har vært i tråd med gjeldende anbefalinger.

*Hvilke opplæring fikk de ansatte/nyansatte i smittevernsrutiner og bruk av smittevernutstyr?*

Statsforvalteren vurderer at virksomheten hadde gode rutiner for informasjon og opplæring i bruk av smittevernutstyr. Vi anser at visir med fordel kunne ha vært brukt under utbruddet, jamfør anbefalingene fra FHI, og det fremstår uklart hvorfor det ikke ble benyttet. Vi viser likevel til at dette er en anbefaling fra FHI og at manglende bruk av visir vanskelig kan sies å ha vært uforsvarlig selv om det var i strid med anbefalingene.

*Hvordan ble de ansatte informert om de til enhver tid gjeldende råd, anbefalinger og lokale rutiner?*

Statsforvalteren vurderer at virksomheten ivaretok informasjon til de ansatte på en god måte.

*Hvordan planla ledelsen for isolering av pasienter med bekreftet/sannsynlig smitte, skjerming av pasienter med mistanke om smitte og hvordan ble det jobbet med isolering og skjerming?*

Saken har vist at virksomheten allerede i begynnelsen av pandemien hadde identifisert at sykehjemmets lokaler var lite egnet for isolasjon/skjerming og hadde planer for overflytting av pasienter til et annet sykehjem i tilfelle utbrudd. Ledelsens vurdering av at størrelsen på utbruddet tilsa at overflytting ikke var hensiktsmessig, støttes av FHI. Samtidig viser gjennomgang av saken at isolering på rom var meget krevende å gjennomføre, ikke bare som følge av pasientens demenstilstand, men også som følge av at disse ikke hadde eget bad. Videre at bygget i svært liten grad var tilrettelagt for organisering av mindre kohorter i separate enheter. Manglende mulighet for isolering og skjerming av pasienter med smitte medførte stor risiko for videre smittespredning og at viktige deler av anbefalingene fra FHI når det gjelder håndtering av utbrudd på sykehjemmet ikke kunne følges. Statsforvalteren viser også til FHI sin tilbakemelding der det fremgår at infeksjonsprogrammet ikke var tilrettelagt for sykehjemmet, slik det er påkrevd etter forskrift om

smittevern i helsetjenesten. Selv om virksomheten gjennomførte en risikovurdering og identifisering av kritiske punkter i institusjonen for isolering av smittede i tilfelle et utbrudd, og også iverksatte tiltak for bedre tilrettelegging av isolering/skjerming på rom, er det klart at denne ikke tok høyde for et omfattende smitteutbrudd og heller ikke inneholdt planer for hvordan virksomheten skulle ivareta kohorter innad i avdelingene. Statsforvalteren vurderer at utfordringen knyttet til isolering og skjerming av smittede, sammen med utfordringene knyttet til muligheten for å holde avstand, var de to viktigste faktorene til at utbruddet ble så omfattende og krevende å håndtere. Det fremgår av ledelsens redegjørelse at de ikke har funnet grunnlag for å endre på rutiner i etterkant av hendelsen og utfordringene knyttet til sykehjemmets lokaler inngår heller ikke i ledelsens læringspunkter. Statsforvalteren finner dette bekymringsfullt, særlig med tanke på at det fra FHI sin side ble antatt at den store smittespredningen hadde sammenheng med den tette kontakten mellom beboere og ansatte på grunn av trange lokaler.

#### *Annet:*

FHI har i sin rapport også påpekt at virksomheten ikke hadde utpekt en smittevernkontakt, slik anbefalingene tilsier. Statsforvalteren viser til at sykehjem i utgangspunktet bør ha en smittevernkontakt, også utenom en pandemi. Kontakten kan bistå sykehjemsledelsen i opplæring og oppfølging av smittevernrutiner. Under et utbrudd vil smittevernkontakten kunne bistå ledelsen i oppfølgingen. Det vises i den sammenheng til informasjon om at ledelsen selv i betydelig grad var direkte involvert i den konkrete veiledningen og oppfølgingen av personalet opp mot smitteverntiltak. Dette er i utgangspunktet positivt, og til en viss grad også nødvendig, men må samtidig ikke gå ut over ledelsens tid til å håndtere smitteutbruddet på et mer overordnet nivå. Selv om manglende oppnevning av smittevernkontakt er i strid med anbefalingen, og FHI har påpekt at det var visse mangler knyttet til å sikre god etterlevelse av smitteverntiltak, har Statsforvalteren ikke funnet holdepunkter for å si at den manglende oppnevningen var uforsvarlig. Vi viser til at det er godt dokumentert at det var et klart og tydelig fokus på både informasjon, opplæring og oppfølging av de ansatte vedrørende overholdelse av smittevernrutiner både før og under utbruddet.

#### Statsforvalterens konklusjon:

Statsforvalteren vil innledningsvis bemerke at smitteutbruddet var omfattende og fikk alvorlige konsekvenser, og vi har forståelse for at det var svært belastende for pasienter, pårørende og også ansatte.

Vi vurderer at det er mye som tyder på at Villa Skaar Valstad har et fungerende styringssystem i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Vi vurderer også at virksomheten iverksatte flere tiltak for å håndtere pandemien generelt og utbruddet spesielt.

Vi ser likevel at helt vesentlige smitteverntiltak som mulighet til å overholde avstand og gjennomføring av isolasjon og skjerming knapt var mulig på grunn av de bygningstekniske utfordringene. Det er meget nærliggende å anta at dette var vesentlige årsaker til den store smittespredningen. Selv om ledelsen hadde vurdert og iverksatt enkelte tiltak opp mot dette, kan vi ikke se at ledelsens risikovurdering avdekket omfanget av utfordringene og at disse kunne utgjøre en alvorlig smittevernmessig utfordring.

Stateforvalteren kan heller ikke se at ledelsen i ettertid har gjennomført en systematisk gjennomgang av disse utfordringene eller iverksatt spesifikke, kompenserende tiltak.

Manglende identifisering av utfordringene og iverksettelse av nødvendige tiltak er etter vår vurdering så alvorlig at det må betegnes som uforsvarlig. Vi har i vår vurdering særlig vektlagt at det

på tidspunktet for utbruddet ikke forelå mulighet for vaksinerings og at pasientgruppen sykehjemsbeboere var spesielt utsatt for alvorlig forløp ved eventuell smitte.

Statsforvalterens vurdering er endelig. Det er ikke adgang til å klage på avgjørelsen.

Saken anses med dette avsluttet.

Med hilsen

Anette Asbjørnsen  
seksjonssjef  
Helseavdelingen

Lars Petter Kleiven  
seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

Telefonnummer til serviceteam: 22 00 39 04

Kopi til:

Statens helsetilsyn Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO