



Metodisthjemmet  
Stemmeveien 6  
5009 Bergen  
Att. Karianne F. Magnussen

Saksbehandler, innvalgstelefon

## Rapport fra tilsyn med Metodisthjemmet, april 2020

Fylkesmannen fikk melding om at flere pasienter ved Metodisthjemmet var smittet av covid-19. Flere pasienter var døde. Med bakgrunn i den alvorlige situasjonen startet vi tilsynssak.

Under følger et kort sammendrag og deretter rapporten

### Sammendrag

Sykehjemmet fulgte råd om smitteverntiltak der de kunne og tilpasset disse til lokale forhold. Fylkesmannen har etter en konkret vurdering kommet til at sykehjemmet ikke har brutt kravet til forsvarlig virksomhet. Dette gjelder selv om det i en slik krise vil være enkelthendelser som ikke er optimale, som for eksempel feil ved bruk av smittevernutstyr. Fylkesmannen peker likevel i rapporten på områder der det er behov for forbedring, både i og utenfor sykehjemmet. Rammebetingelsene var ikke optimale.

Fylkesmannen har undersøkt om sykehjemmet håndterte den alvorlige situasjonen på en forsvarlig måte i samsvar med ledelsesprinsippene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Vi har i vurderingen tatt utgangspunkt i de rammebetingelsene som forelå i det som må karakteriseres som en nasjonal krise. Vi undersøkte om sykehjemmet i tilstrekkelig grad både var forberedt på å hindre at beboere ble smittet og om de forsøkte å begrense smitten på sykehjemmet.

Fylkesmannen har gjennomgått dokumentasjon, snakket med ansatte og ledere både ved Metodisthjemmet og i Bergen kommune. Vi har og fått henvendelser fra pårørende, helsepersonell og andre. Det kommer tydelig fram under tilsynet at beboere, pårørende og ansatte er sterkt preget av situasjonen.

Vi oppsummerer her noen viktige punkter fra rapporten:

### Forberedelser:

- Metodisthjemmet hadde oppdatert rutiner og planer, gitt informasjon, opplæring og de hadde øvd
- Ledelsen fulgte med på hvem som deltok i opplæringen og de som uteble ble fulgt opp
- Ledelsen iverksatte flere smitteverntiltak i forkant



**Utbruddet - det er ikke fullt ut mulig å hindre at beboere blir smittet av covid-19:**

- Symptomer på smitten var ukarakteristiske og svært vanskelig å oppdage på beboere. Smitten er ofte symptomfri, både hos pasienter og ansatte
- Det er uvisst hvordan og når smitten kom inn i sykehjemmet
- Testkapasiteten var lav og kriteriene for hvem som skulle testes strenge
- Både pasienter og ansatte kan være smittet uten at de vet det og de kan utgjøre smitterisiko i flere dager

**Etter at smitten ble oppdaget - det var vanskelig å begrense smitten:**

- Sykehjemmet har gammel bygningsmasse og en del dobbeltrom. Dette gjorde at smittevernråd måtte tilpasses
- Pandemiplanen kunne ikke alltid følges, men ble tilpasset.
- Mange ansatte måtte i karantene og isolasjon
- Sykehjemmet måtte betjenes av et stort antall vikarer
- Opplæringen av nye ble vanskelig og på et minimum
- Ansatte måtte bevege seg mellom etasjene og avdelingene

**Samarbeid med Bergen kommune var godt**

- Institusjonen fikk fortløpende hjelp, støtte og råd fra Bergen kommune.
- Sykehjemmet fikk smittevernutstyr fra beredskapslageret til Bergen kommune



## 1. Bakgrunn

Bergen kommune informerte Fylkesmannen 15. og 16. april 2020 om at det var utbrudd av covid-19 ved Metodisthjemmet med mange smittede og syke pasienter.

På bakgrunn av den alvorlige situasjonen, besluttet vi å starte tilsyn fredag 17. april. Samme kveld fikk vi en bekymringsmelding om forholdene ved sykehjemmet. Institusjonen ble informert og brev om tilsyn ble sendt 22 april.

Den 24. april, etter møte med Metodisthjemmet, fant vi det nødvendig å innhente informasjon fra Bergen kommune.

Vi har undersøkt om sykehjemmet hadde gjort det som er å forvente av dem i den gjeldende situasjonen. Vi har og undersøkt hvilke forbedringspunkter som kan trekkes ut av denne hendelsen.

## 2. Dokumentasjon, møter og innspill i saken

- Møte og intervju med sykehjemmet ved institusjonsleder ble gjennomført den 24. april 2020.
- Intervju av 6 ansatte og befaring ved sykehjemmet ble gjennomført 27. april 2020.
- Intervju med 4 ansatte i Bergen kommune ble gjennomført 28. april 2020.
- Bekymringsmeldinger den 17., 26. og 27. april 2020
- Dokumentasjon fra Metodisthjemmet den 22. april 2020, med blant annet:
  - Program for infeksjonskontroll og pandemiplan
  - Beredskapsplan
  - Renholdslist
  - Tiltakskort for vurdering av vitale funksjoner
  - Rutiner for bruk av smittevernutstyr
  - Covid-19 – fagprosedyrer
  - ISBAR – kommunikasjonsverktøy
  - Personhåndbok
  - Informasjonsskriv til pårørende
  - Rutiner for isolasjon – kontakt. - og dråpesmitte
  - Opplæringstiltak for ansatte ved pandemi
  - Oppslag besøksforbud
  - Plakat for av - og påkledning
  - Prosedyre for prøvetaking
  - Om prioritert nødvendig helsehjelp
  - Oppslag om ren sone
  - Oppslag om rett bekledning – smitte
  - Samarbeidsrutiner
- Muntlig bekymringsmelding den 23. april 2020
- Melding fra Bergensavisen den 26. april 2020
- Dokumentasjon fra Bergen kommune - Driftsavtale, mottatt 28. april 2020
- Dokumentasjon fra Bergen kommune: Rutiner for kontaktoppfølgning den 29. april 2020.
- Dokumentasjon fra Metodisthjemmet, overlevert i møte den 27. april 2020, inklusiv beskrivelse av hendelsesforløp, notat og informasjon om bemanning
- Dokumentasjon fra Metodisthjemmet den 28. og 29. april 2020, med blant annet:



- Dokumentasjon om renhold
  - Informasjon om arrangement
  - Kurs for renholdere
- 
- Muntlig tilleggsinformasjon fra institusjonsleder den 30. april 2020
  - Referat fra møte den 24. februar 2020 – Metodisthjemmet, mottatt 30. april 2020
  - Muntlig informasjon fra en ansatt i Bergen kommune den 30. april 2020
  - Kommentarer til utkast til rapport fra Bergen kommune den 6. mai. 2020
  - Kommentarer til utkast til rapport fra Metodisthjemmet den 6. mai 2020

### **3. Om Metodisthjemmet**

Metodisthjemmet har avtale<sup>1</sup> med Bergen kommune om å drive 46 sykehjemsplasser. Disse disponeres av to bydeler i Bergen kommune og er en del av det samlede sykehjemstilbudet i kommunen. Bergen kommune finansierer driften og har et overordnet ansvar for at sykehjemmet drives forsvarlig, jf. kommunehelseloven § 3-2 punkt 6.c.

Bygningen er gammel og planlagt rehabilitert, men planene er blitt utsatt. Sykehjemmet har trange korridorer (1,5 meter bredde), små fellesareal, noen utstysrom som er felles for hele huset og det er lite egnete fasiliteter for vask av beboernes klær.

Bygget består av fire etasjer og har to avdelinger (1.+2. etasje og 3.+4. etasje) med 34 enerom med egen dusj og toalett og 6 dubletter der to enkeltrom deler dusj og toalett.

Avdelingen i 1. etasje er for demente beboere. Denne har ikke egen utgang. Adkomsten er gjennom etasjen over eller under.

I 1. etasje er det et felles lintøyrom som hele huset benytter.

I 4. etasje ligger et felles medisinrom, som alle avdelinger bruker. Dette ligger midt i avdelingen, og det er ikke adkomst til rommet uten å gå gjennom avdelingen.

Før pandemien, hadde Metodisthjemmet 45 årsverk og 110-120 personer bekler disse årsverkene. Det er to avdelingssykepleiere, fagsykepleier og 10,5 årsverk sykepleiere. Både i helsefagarbeider- og sykepleierstillingene var det tilsatt personer med fagutdanning. Alle stillingene var besatt.

Sykehjemslege er fast tilsatt i 40% stilling.

## **4. Hendelsesforløp**

### **4.1. Smitteutbruddet**

Den 2. april 2020 fikk Metodisthjemmet første melding om at en ansatt (ansatt 1) hadde fått påvist covid-19-smitte. Ansatt 1 var sist på jobb 25. mars. Det ble foretatt smittesporing der det kom fram at to ansatte hadde vært i kontakt med hverandre (ansatt 1 og 2). Etter Folkehelseinstituttet (FHI) sin definisjon av nærkontakter på dette tidspunktet, var ikke ansatt 2 regnet som nærkontakt. Ansatt 2 ble 3. april likevel satt i karantene, da risikoen for smitte ble vurdert som høy.

---

<sup>1</sup> Driftsavtale med Metodistkirkens alders- og sykehjem, drifts- og husleieavtale fra 01.01.2004, byråds sak 1014/04



Den 2. april ble også første beboer (beboer 1) testet for covid-19 av sykehjemslegen. Beboeren hadde ikke luftveissymptomer, men andre og mer diffuse symptomer. Symptombildet gav ikke konkret mistanke om covid-19, men testing ble gjort for å være føre-var. I påvente av prøvesvar ble beboer 1 isolert etter reglene for dråpesmitte.

Den 3. april fikk en ny beboer (beboer 2) i 1. etasje symptomer og ble testet og isolert.

Den 4. april fikk en ny ansatt (ansatt 3) positivt prøvesvar. Ansatt 3 hadde vært på jobb en uke tidligere. Etter smittesporing besluttet ledelsen at rundt 10 ansatte skulle i karantene grunnet nærkontakt med ansatt 3. Blant disse var sykehjemslegen og avdelingssykepleier. Disse fortsatte å jobbe hjemmefra de neste to ukene. Minst fem ansatte ble satt i karantene i påvente av smittestatus hos beboer 2. Noen andre ansatte ble satt i karantene grunnet nærkontakt med beboer 1, da risikoen for smitte ble vurdert som høy. Ytterligere fire ansatte ble satt i karantene grunnet egne symptomer. De resterende ni beboerne i 1. etasje ble satt i karantene i tillegg til de to som allerede var isolert.

Institusjonsleder ved sykehjemmet tok samme kveld (4. april) kontakt med etatsdirektør ved Etat for sykehjem i Bergen kommune og informerte om to smittede ansatte og mistanke om covid-19-smitte hos to beboere der svar på testene ikke forelå ennå.

5. april fikk både ansatt 2 og beboer 1 bekreftet at de var smittet.

Ytterligere fire ansatte ble samme dag satt i karantene grunnet mulig nærkontakt med disse. Til sammen var nå over 20 fast ansatte satt i karantene i løpet av et par dager. Alle beboere i alle etasjer ble nå også satt i karantene.

6. april ble det i samråd mellom sykehjemslegen og kommunens smittevernkontor bestemt å teste alle beboere i 1. etasje. I tillegg ble to beboere i 2. etasje testet, da de hadde vært i kontakt med ansatt 2. Videre ble ytterligere fem beboere i de to øverste etasjene testet på bakgrunn av symptomer. Til sammen ble 16 beboere testet denne dagen. Alle ble dråpesmitteisolert i påvente av svar.

Ettermiddagen 7. april fikk sykehjemmet melding om at 9 av 16 prøver var positive. De 10 beboerne som allerede var bekreftet smittet, og en beboer som var antatt smittet, ble isolert på samme avdeling i 1. etasje (kohortisolering) fra denne dagen. Øvrige beboere ble flyttet til andre rom. Denne ettermiddagen tok institusjonsleder også kontakt med teamoverlege ved Etat for sykehjem i Bergen kommune for å diskutere tiltakene.

Den 8. april bestemte sykehjemslegen i samråd med smittevernoverlegen i Bergen kommune å teste alle resterende beboere på sykehjemmet, også de uten mistanke om smitte (screening). Denne og neste dag ble det leid inn eksterne renholdere til smittedevask av rom der beboere med smitte hadde bodd.

Den 11. april fikk sykehjemmet beskjed om at ytterligere 5 beboere var smittet (testingen 8. april). 16 ansatte hadde hittil også blitt smittet. Institusjonsleder hadde ny kontakt med teamoverlegen denne dagen. De besluttet å bruke en del av avdelingen (to dubletter) i 4. etasje til kohortisolering i tillegg til den i 1. etasje. Fire av de fem beboerne som var smittet ble plassert her. Den femte beboeren som var smittet ble flyttet til 1. etasje.

Den 13. april ble 13 beboere testet på nytt som følge av smittesporing og/eller symptomer. På dette tidspunktet ble alle diffuse og atypiske symptomer også tolket som uttrykk for mulig covid-19-sykdom. Denne dagen var antall smittede ansatte kommet opp i 27 personer, og over 50 av personalet var i karantene eller isolasjon.



14. april hadde institusjonsleder dialog med etatsdirektøren i Bergen kommune med forespørsel om hjelp til å håndtere situasjonen. De diskuterte muligheten for å omdisponere personale fra koronaklinikken i Bergen kommune til sykehjemmet, og lederstøtte fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). De diskuterte også mulighetene for å overflytte beboere med covid-19 til henholdsvis Øyeblikkelig hjelp døgnenhet (koronaklinikken) i Bergen kommune og Fyllingsdalen sykehjem, som hadde egne avdelinger for covid-19-pasienter.

Den 15. april fikk sykehjemmet melding om at 5 av de 13 beboerne som ble testet den 13. april var smittet. Da hadde totalt 20 beboere testet positivt. Samme ettermiddag kom teamoverlegen i kommunen til sykehjemmet for å vurdere situasjonen. Samtidig var det løpende kommunikasjon med etatsdirektøren i Etat for sykehjem. De ble enige om å flytte en del av de covid-19-syke til andre institusjoner i kommunen. Teamoverlegen gikk gjennom pasientene sammen med sykehjemmet, og de valgte ut hvilke pasienter som skulle flyttes og til hvilken institusjon. Det ble vurdert som forsvarlig å gjøre en kontrollert overflytting av pasienter over de neste to dagene. Seks beboere ble flyttet 16. april og seks beboere den 17. april. Den 13. beboeren ble overflyttet 1. mai til koronaavdelingen i Fyllingsdalen.

Den 16. april fikk sykehjemmet lederstøtte fra to erfarne sykepleiere fra USHT.

Den 17. april ble tre pasienter testet på nytt. To av disse fikk positivt prøvesvar dagen etter og ble dråpesmitteisolert. På dette tidspunktet var 5 beboere døde og 12 var flyttet til andre institusjoner. De øvrige smittede ble dråpesmitteisolert på sykehjemmet.

Per 5. mai er 16 av de 24 pasientene som fikk påvist covid-19-sykdom på Metodisthjemmet døde.

#### **4.2. Tiltak ved sykehjemmet – før utbruddet den 2. april 2020**

Sykehjemmet hadde foretatt følgende forberedelser for å forebygge smitte:

- Beredskapsplanen ble revidert 20. februar 2020 og gjennomgått for alle ansatte 24. februar.
- Pandemiplanen fra Bergen kommune ble tilpasset sykehjemmet og ferdigstilt 31. mars 2020.
- Nasjonale råd for å begrense kontakt ble innført henholdsvis 10. og 12. mars: Da fikk ikke beboerne lenger ta imot besøk utenfra, og faste arrangementer som andakt, konsert, kafe mv. ble avlyst. Rutiner for hygiene ble innskjerpet.
- Standardiserte prosedyrer og planer fra Bergen kommune var fra før innført, som for eksempel rutiner for overflatedesinfeksjon og rutine for dråpesmitteisolering.
- Det ble iverksatt diverse opplæringstiltak, se vedlegg 1 for innhold, dato og deltakelse.
- Flere fikk opplæring i om legemiddelhåndtering for å begrense trafikk mellom etasjene.
- Personer på vakt som utførte oppgaver i flere avdelinger og etasjer ble redusert
- Det ble opprettet et eget smittevernteam som fra 31. mars gav opplæring i smittevernsprosedyrer og gjennomførte praktisk trening for ansatte i av- og påkledning av utstyr.

#### **4.3. Tiltak ved sykehjemmet – etter 2. april 2020**

Den 2. april var utbruddet kjent.

Institusjonsleder informerte etatsdirektøren i Etat for sykehjem i Bergen kommune om situasjonen kvelden den 4. april, etter at første beboer var bekreftet smittet. Fra dette tidspunkt hadde



Metodisthjemmet daglig dialog med Etat for sykehjem i Bergen kommune. De drøftet ulike problemstillinger, fikk hjelp og råd til ulike smitteverntiltak. De fikk også faglig og administrativ støtte.

Oppsummering av tiltak:

- Dråpesmitteisolering av pasient(er) fra 4. april ved mistenkt, og etter hvert bekreftet, covid-19-sykdom. Alle beboere som ble tatt prøve av, ble isolert i påvente av prøvesvar.
- Den 8. april ble alle beboere ved sykehjemmet testet (screenet). Noen ble også testet flere ganger senere, etter hvert som mistanke eller symptomer på covid-19 oppsto. Sykehjemslegen og kommunen koordinerte testing av pasienter og ansatte utover det som på dette tidspunktet var gjeldende kriterier for testing fra FHI. Dette ble gjort i samråd med Helse Bergen og Bergen kommune.
- Informasjon til pårørende. Når noen fikk påvist smitte ble pårørende fortløpende ringt til, og de fikk også skriftlig informasjon.
- Ansatte fikk informasjon om regler for karantene.
- Ansatte ble løpende satt i karantene eller isolasjon fra 2. april etter hvert som smittesporingen gav grunnlag for det. Den 13. april var over 50 ansatte i karantene eller isolasjon.
- 11. april ble det laget kohortisolasjon i 4. etasje.
- Vikarer ble tilsatt fra tre vikarbyrå, egne beredskapslister, via Finn.no og med hjelp fra Bergen kommune og deres vikarpool. Det var sykepleiere og helsefagarbeidere på vaktene med unntak av en nattevakt, der det var sykepleier og assistent (vedlegg 2).
- Tilnærmet alle vaktlag ble fra 6. april møtt av representanter fra beredskapsgruppen som ga en rask innføring i smittevernregler (krasj-kurs) ved vaktstart.
- Lederstøtte via Bergen kommune fra (USHT).
- 15. april bistod teamoverlegen i Bergen kommune med vurdering av hvordan pasientene skulle ivaretas i fortsettelsen, med tanke på mye nytt personale og en særs utfordrende smittesituasjon. 12 pasienter med covid-19 ble som en følge av denne vurderingen overflyttet til tilrettelagte institusjoner i kommunen, seks pasienter hver av dagene 16. og 17. april.
- Sykehjemmet opplyser at de har fulgt FHI sine råd.
- Smittedevask av rom der pasienter med smitte hadde bodd. Renholdet ble økt fra totalt 55 timer til 140 timer pr uke fra 6. april.

#### **4.4. Informasjon fra intervju med ansatte ved Metodisthjemmet**

Vi har intervjuet institusjonsleder og 6 ansatte ved Metodisthjemmet.

Institusjonsleder sier hun har møtt stor forståelse, og fått hjelp og støtte fra sykehjemsetaten i Bergen kommune, etter at hun kontaktet dem den 4. april. Hun har hatt tilnærmet daglig kontakt med etatsdirektøren, og i tillegg fått bistand og hjelp fra teamoverlegen og USHT. Sykehjemmet har også fått hjelp av Smittevernkontoret i Bergen kommune til smitteoppsporing, og sykehjemslegen har konferert blant annet med smittevernoverlege i kommunen. Sykehjemslegevakten har bistått med testing av beboere.

Vi fikk opplyst av en ansatt at tre beboere ved sykehjemmet døde i mars, før utbruddet ble kjent.

Institusjonsleder fikk beskjed om at Bergen kommune ikke kunne beordre personale til å ta vakter på sykehjemmet siden det er en privat institusjon. Institusjonsleder opplyser at de også henvendte seg til andre helseaktører for å få bistand med personale, uten hell.



Vi har fått opplyst at pleiepersonale som hadde delt stilling mellom sykehjemmet og kommune eller sykehus, ble trukket ut av stillingen ved sykehjemmet, med unntak av en helsefagarbeider.

Sykehjemmet rekrutterte selv totalt 51 nye medarbeidere i perioden 15. mars til 23. april.

Institusjonsleder fremhever at sykehjemmet bygningsmessig har en stor utfordring. Det er blant annet ikke plass til å kjøre senger inn/ut av rommene. Flere rom, som er felles for alle avdelinger, er plassert i ulike etasjer. Dette gjelder medisinrom i 4. etasje og lintøyrom i 1. etasje. I 1. etasje er det heller ikke direkte adkomst utenfra, bare via andre etasjer. Sykehjemmet er på grunn av bygningsmessige og kompetanserelaterte årsaker organisert slik at noen ansatte arbeider på tvers av etasjer og avdelinger. Noen pasienter kan også bevege seg utenfor avdelingen de bor i, for eksempel gjelder det demente som har stor vandringstrang.

Institusjonsleder forteller også at håndteringen av utbruddet ble vanskeliggjort ved at det skjedde i påskeferien. Det ga redusert tilgang på støttefunksjoner. Imidlertid hadde mange helsepersonell fri, og rekrutteringen av disse gikk derfor lettere.

Institusjonsleder og ansatte bekrefter at de er kjent med, har tilgang til, og bruker kommunens planverk og prosedyrer, herunder infeksjonskontrollprogrammet. Sykehjemmet bruker to digitale verktøy: Compilo (et digitalt kvalitetssystem) og Workplace (en lukket kommunikasjonsplattform kun for de ansatte).

Beredskapsplanen for sykehjemmet ble revidert 20. februar i år, og ble i sin helhet gjennomgått med personalet den 24. februar. Sykehjemmet hadde også ferdigstilt en pandemiplan som ble godkjent 31. mars i år. Institusjonsleder oppgir at denne var lite praktisk under pandemien. Planen bygger på en bemanningsreduksjon og lange vakter som i praksis ikke var mulig å gjennomføre, og som derfor måtte avbrytes. Fra tidlig i mars ble det i ledergruppen diskutert hvordan de kunne hindre at personale «rullerte» mellom etasjene. Institusjonsleder opplyser at de ikke har fått til dette i planleggingen av turnus fordi det har vært behov for spesifikk kompetanse ved de ulike avdelingene. 12. mars publiserte institusjonsleder «*informasjon om samlinger, lunsjavvikling o.l.*» til de ansatte. Her ble det presisert at ansatte i minst mulig grad skulle bevege seg mellom avdelinger og etasjer. Det ble hengt opp oppslag om dette, og det ble igjen minnet om det den 8. april. Fra midten av mars innførte sykehjemmet besøksforbud for pårørende, og institusjonsleder opplyser at det har gått fint å gjennomføre dette. De fikk flere ansatte gjennom et litt forenklet kurs i legemiddelhåndtering for ikke å være avhengig av noen få ansatte på dette området. Dette ble gjennomført før utbruddet ble oppdaget.

Metodisthjemmet har hatt fast renholdspersonell gjennom flere år som er tilknyttet hver sin etasje. 4 av 5 renholdere og to avdelingssykepleiere var på kurs i november 2019 om smitterenhold.

Ved sykefravær må vikarer ha vakter i flere etasjer. Hver slik vakt er i den samme etasjen, men samme vikar kan i løpet av et par dager ha hatt vakt i flere etasjer. For å begrense dette, har renholdspersonale bistått i pleien frem til kl. 12, og hatt renholdsoppgaver etter kl. 12. Fra midten av mars innførte sykehjemmet ekstraordinært renhold av alle overflater og kontaktpunkt på hele huset, og alle overflater ble desinfisert tre ganger daglig. Dette ble ytterligere økt opp etter utbruddet. Fra 6. april ansatte sykehjemmet nytt renholdspersonell gjennom Adecco, og daglig timeantall for renhold ble økt. Nytt renholdspersonale fikk praktisk opplæring på arbeidsstedet, herunder innføring av bruk av smittevernustyr. Det ble opplyst at renholdspersonell som rengjorde i kohortavdelingene fikk særlig tett oppfølging, og de hadde samme tilgang på smittevernustyr som annet personell. Fra 8. april ble ytterligere et renholdsbyrå engasjert, (ABSolutions), for å gjøre smittedevask på smitterom der covid-19-syke pasienter hadde vært isolert.





Institusjonsleder opplyste at opplæring av nytt personale var krevende fordi det var mange nye og få av de kjente ansatte og fordi hele situasjonen på sykehjemmet var vanskelig. Det er gjennomført opplæring i smittevern både før og etter utbruddet. Omfang, dato, tema og antall deltakere fremgår av vedlegg 1. Institusjonsleder opplyser at de før utbruddet hyppig la ut videoer i Workplace om rett bruk av smittevernutstyr. I tillegg var det søkelys på basale smittevernrutiner, avstand og nærkontaktbegrepet, som ble formidlet ansatte i Workplace. Institusjonsleder fulgte med på at ansatte slo opp/leste prosedyrer og informasjon på Workplace og tok kontakt med dem som ikke hadde gjort dette. Institusjonsleder pekte ut 8 ansatte til et smittevernteam som fikk ekstra opplæring i smittevern den 31. mars. 6 av disse ansatte måtte i karantene tidlig under utbruddet. De opplyser at bemanningen ved sykehjemmet under utbruddet var lik eller styrket i forhold til en normalsituasjon (vedlegg 2).

En ansatt forteller at de fikk lite praktisk opplæring, og at det var vanskelig å lære seg nye prosedyrer via Workplace. Den ansatte forteller at sykepleier «på topp» må gå mellom etasjene. Hun mener og at pasientene ble testet for covid-19 for sent.

Flere ansatte opplyste at de nyansatte ikke hadde umiddelbar tilgang til digitale kvalitetsprosedyrer ved sykehjemmet fordi det ikke var personale som kunne gi dem tilgang i påskeferien. For å kompensere for dette ble det lagt ut papireksemplarer av covid-19-prosedyrer. Det ble laget oppslag på dørene til pasientrom over smittestatus, og plakater med instruksjoner for av- og påkledning av smittevernutstyr ble hengt opp i fellesarealer. Nyansatte fikk lenker til i kursportalen (KS-læring), men ikke alle nyansatte fikk dette før første vakt. I perioden 6. til 17. april var representanter fra smitteverngruppen tilstede på sykehjemmet og tok imot tilnærmet alle skift (dag/kveld/natt). Nyansatte ble vist lager for smittevernutstyr, oppslag og plakater med smittevernregler og de fikk innføring i bruk av utstyret. Det ble ikke ført lister over hvem som ikke fikk opplæring. Smitteverngruppen var tilgjengelig for veiledning til personale gjennom hele perioden, enten tilstede på sykehjemmet eller per telefon. Sykehjemsledelsen er imidlertid tydelige på at opplæringen som ble gitt nyansatte i denne perioden var et minimum, og ikke så omfattende som det som ville blitt gitt i en normalsituasjon. Flere ansatte forteller at de har korrigert og passet på hverandre for å sikre rett bruk av smittevernutstyr og -rutiner. Dette har ledelsen bedt dem om å gjøre.

Vi fikk opplyst at nyansatte ble snakket med og gitt informasjon om forholdene ved sykehjemmet før første vakt. Nye medarbeidere ble så langt som mulig (i første del av utbruddet) satt opp på vakt med rutinert personale for opplæring. En ansatt sier at de nye ble «kastet litt ut i det», men at de samtidig fikk beskjed på forhånd om at opplæringen ikke ville være fullverdig. Ved noen få vakter var det kun én sykepleier på huset (vedlegg 2), slik at de nye ikke alltid hadde en fast person å forholde seg til. Det var også litt usikkerhet om bruk av munnbind, og ikke alle fikk praktisk opplæring i av- og påkledning, men de fikk e-læringskurs om dette i kursportalen til kvalitetssystemet. Nye medarbeidere ble tatt imot ved starten på første skift og fikk informasjon og omvisning på sykehjemmet. Ansatte sier at ledelsen ble oppfattet som tilgjengelig.

Sykehjemmet fikk tildelt smittevernutstyr fra Bergen kommunes beredskapslager fra 3. april. Ifølge institusjonsleder fikk de ca. 1/3 av utstyret de ba om den 9. april. Vi fikk og informasjon om at tilgangen på smittevernutstyr helt i starten var knapp. En ansatt forteller at de tidlig under utbruddet manglet engangsfrakker på sykehjemmet. En ansatt forteller at de 18. mars fikk beskjed fra Bergen kommune om rasjonering av smittevernutstyr, og at de kun fikk bruke smittevernutstyr ved mistenkt eller bekreftet smitte med covid-19, og ikke i opplæringsøyemed. Siden 5. april får vi opplyst at de likevel har praktisert en mer omfattende bruk av munnbind enn det som på dette tidspunktet var anbefalt av FHI.



Institusjonsleder forteller at det etter smitteutbruddet også har vært utfordrende for beboere som ikke har vært syke av covid-19. Helsepersonellet har observert at situasjonen har preget pasientene. De sier videre at det var utfordrende å gi tilstrekkelig nærvær og omsorg til de som sitter på rommene sine. De ga prioritert nødvendig helsehjelp til alle, men de som var covid-19-syke krevde mest. En ansatt forteller at de aller fleste pasientene hadde noen hos seg i siste fase før de døde, men noen døde uten å ha noen hos seg i dødsøyeblikket. En ansatt sier at de døende har fått samme pleie som de ville fått ellers, og det at pasienter noen ganger blir funnet døde i sengen sin, er ikke helt uvanlig. En ansatt forteller at det har vært en utfordrende pleiesituasjon, hvor det kun var tid til det viktigste, og lite tid til sosial kontakt med beboerne. Det var utfordrende for dem å sette seg inn i hva som har skjedd foregående vakt, da det var begrenset adgang til PC på vaktrom og hektisk i pleien.

Vi fikk opplyst at de 17.-24. mars hadde et «OL-arrangement» på sykehjemmet. Institusjonsleder sier at dette ble gjennomført i små grupper eller individuelt (pasient-pleier). Arrangementet samlet ikke flere beboere og pleiere på ett sted enn det som var tilfellet ved måltider eller TV-titting. Ingen beboere var i karantene på dette tidspunktet, og ingen beboere med luftveissymptomer deltok. Arrangementet foregikk i hver bognippe eller etasje for seg, og utstyr ble ikke brukt på tvers av gruppene. I tillegg ble utstyret desinfisert mellom bruk og det var stort søkelys på god håndhygiene.

#### **4.5. Informasjon fra intervju med ledere og ansatte i Bergen kommune**

Vi intervjuet kommunaldirektøren i Byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet (BEHF) i Bergen kommune, samt etatsdirektør, spesialrådgiver og teamoverlege i Etat for sykehjem (heretter etaten).

Det foreligger planer for ombygging i samarbeid mellom Metodisthjemmet og Bergen kommune, men gjennomføringen er ikke tidfestet fordi økonomien er usikker eller uavklart.

Bergen kommune kjøper sykehjems plasser av Metodisthjemmet. Dette samarbeidet er nedfelt i egen driftsavtale. Etaten har årlig driftsoppfølging av Metodisthjemmet og hadde siste oppfølging den 24. oktober 2019. Det var da utfordringer med løsningen for elektroniske meldinger, men ellers var det ingen avvik eller andre forhold som ble påpekt. Når det gjelder personellfaktoren opplyser etaten at Metodisthjemmet ligger på samme nivå som sykehjemmene ellers i kommunen. Sykehjemmet får ikke de tyngste og mest krevende pasientene på grunn av bygningsmessige forhold. Alle vi snakket med i Bergen kommune bemerket at de bygningsmessige forholdene ved sykehjemmet vanskeliggjør å begrense smittespredning sammenlignet med mange andre og mer moderne sykehjem. Det ble spesielt trukket frem at en del fellesfunksjoner er spredt i bygget og fører til mye intern transport.

Etatsdirektøren forteller at hun ble orientert om utbruddet av institusjonsleder 4. april. Videre opplyser hun at de hadde en dialog om bemanning, og at kommunen tilbød hjelp fra sitt eget bemanningssenter. På dette tidspunktet hadde også sykehjemmet etablert kontakt med kommunens smittevernkontor.

Etatsdirektøren opplyser at hun var bekymret for bemanningssituasjonen ved sykehjemmet, spesielt om de ville ha nok kvalifisert personale, og at hun hadde dialog med institusjonsleder om dette. Hun fikk vite at sykehjemmet hadde startet rekruttering før utbruddet startet, og at de derfor hadde tilgang på kvalifisert personale. Hun ble også fortalt av institusjonsleder at de ga opplæring i smittevern og demonstrasjon av utstyr før hver vakt, men at det kun ble gitt helt nødvendig opplæring, og mindre enn i en normalsituasjon. Etatsdirektøren hadde et inntrykk av at institusjonsleder hadde god oversikt, og hun svarte godt på spørsmål. Spesialrådgiveren i etaten forteller at han i begynnelsen av utbruddet tenkte at situasjonen var ivaretatt, men at han ble overrasket over hvor raskt utbruddet utviklet seg, og ble bekymret da en tredjedel av de ansatte satt i karantene.



Den 13. april hadde sykehjemmet mange ansatte og beboere som var smittet, og etatslederen diskuterte situasjonen med teamoverlegen i kommunen. En av teamoverlegene hadde siden 7. april hatt telefonisk kontakt med institusjonsleder flere ganger angående beboere og ansatte i karantene, og om hva de hadde gjort med avdelingen hvor utbruddet startet. Han tenkte under disse samtalene at det var en svært vanskelig situasjon med sårbare beboere og gammel infrastruktur. Han besøkte sykehjemmet 15. april. Han ble tatt imot av institusjonsleder, avdelingsleder og ergoterapeut, og de gikk gjennom beslutningsskjemaene for beboerne sammen. De hadde på dette tidspunktet 20 beboere som var smittet, og det var smitte i alle etasjer. Etter en diskusjon mellom ledelsen, teamoverlege og etatsdirektør, ble de enige om å flytte ut flest mulig av beboerne med covid-19. Det ble laget en prioriteringsliste for hvilke beboere som egnet seg best for henholdsvis «koronaklinikken» og Fyllingsdalen sykehjem. Ledelsen ved sykehjemmet spurte om teamoverlegen ville gå visitt på noen pasienter, og han ba om å få se pasientene som var vanskeligst å håndtere. Mens teamoverlegen var tilstede opplevde han bruk av smittevernutstyr blant ansatte som adekvat. Han bemerket at de brukte munnbind i større grad enn anbefalingene, også i ren sone. Alt utstyret han observerte i bruk, var engangsutstyr. Han opplyser videre at det var laget tydelige grenser mellom ren og uren sone, og at de brukte fullt smittevernutstyr i kohortisolatene. Han anbefalte under besøket at de i skiftesonene kunne ha bokser hvor de kunne legge urene beskyttelsesbriller. Institusjonsleder fortalte teamoverlege at de nå hadde fått nok smittevernutstyr.

Teamoverlegen forteller at lokalene gjorde det vanskelig å håndtere utbruddet, sammen med en voldsom karantenesetting og mye nytt personale. Han sier at det er umulig å gardere seg helt mot smitte, og hans inntrykk av sykehjemmet var at de gjorde sitt beste ut fra forutsetningene. Han opplyser under intervjuet at covid-19 ofte gir atypiske symptomer hos eldre. Ved analyse av 40 tilfeller med covid-19 i sykehjem i Bergen, ble det avdekket at cirka en tredjedel aldri fikk luftveissymptomer, nesten alle fikk mer uspesifikke symptomer (kognitive symptomer, økt falltendens, mage/tarmsymptomer, funksjonssvikt) og omkring en fjerdedel var uten symptomer ved diagnosetidspunktet. Ved Metodisthjemmet hadde en fjerdedel av beboerne ingen symptomer ved diagnosetidspunktet, ifølge ham. Han sier at forutsetningene for optimal håndtering av utbruddet ikke var til stede, men at det var forsvarlig å vente og foreta en kontrollert utflytting av syke beboere, fremfor en akutt evakuering. Han sier at han i etterkant, sett i lys av den raske spredningen av covid-19, har kommet til at vurderingen rundt flytting av beboere kunne vært gjort tidligere, og at både sykehjemmet og kommunen kunne bidratt til dette. Når det gjelder smittekilde vurderer han det som ikke usannsynlig at en ansatt kan ha brakt med seg smitten, siden besøksrestriksjoner ble innført to-tre uker før utbruddet ble erkjent, men at det ikke er mulig å si helt sikkert hvordan utbruddet startet.

Den 16. april ble det holdt et møte hvor de avtalte hvilke pasienter som skulle flyttes hvor. Etatsdirektøren opplyser at ut fra rammebetingelsene som forelå ved sykehjemmet, ble det ikke vurdert av kommunen at driften var uforsvarlig. Kommuneledelsen mente at sykehjemmet trengte ytterligere bistand, og det ble da tatt initiativ til at sykehjemmet skulle få lederstøtte fra USHT.

Et helsepersonell ved Smittevernkontoret i Bergen kommune, som var ansatt for å teste for covid-19, kontaktet oss på telefon den 30. april. Han opplyste at han hadde fått i oppdrag å teste pasienter ved sykehjemmet sammen med et annet helsepersonell fra Smittevernkontoret. De var tre ganger på sykehjemmet for å teste, første gang mandag 6. april. Denne dagen fikk de hjelp av en ansatt. Det ble testet i flere etasjer. De observerte at den ansatte som skulle bistå Smittevernkontoret under testingen, ikke brukte smittevernutstyr etter retningslinjene. Han sa videre at han forsto det slik at sykehjemmet ikke hadde nok smittevernutstyr. Den samme ansatte fulgte med til alle pasientene, og hadde



nærkontakt med noen av beboerne mens prøven ble tatt. Denne bekymringen ble videreformidlet til etatsdirektøren.

## **5. Hvilke krav kan stilles til sykehjem i covid-19-pandemien**

### **5.1. Lovgrunnlag**

Det følger av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) at helse- og omsorgstjenestene skal være forsvarlige. Kravet til forsvarlige tjenester er dynamisk. I vurderingen av hva som er forsvarlig må vi ta utgangspunkt i situasjonen på det aktuelle tidspunktet og de rammebetingelser som da forelå. Hva som er forsvarlig virksomhet må avgjøres konkret i hvert tilfelle ut ifra anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

Under covid-19-pandemien kom det flere nye regler i lov og forskrift, og det ble fortløpende gitt mange og nye nasjonale råd til tjenestene.

Når det foreligger en situasjon med pandemi og nasjonal krisesituasjon, er det en forventning om at sykehjemmene gjennomgår smittevernplaner og rutiner for å forberede seg på eventuell smitte, planlegger og tilpasser tiltak for å begrense smitte og holder seg oppdatert på krav fra myndighetene. Som hovedregel er det nødvendig med kompetansehevende tiltak når en slik pandemi er varslet. Når det foreligger en krise er det ikke til å unngå at det oppstår en del suboptimale hendelser. Slike suboptimale hendelser er ikke ensbetydende med at kravet til forsvarlig virksomhet er brutt.

Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivå i virksomheten. Ledelsen skal sørge for systematisk styring av virksomhetens aktiviteter, ha system for å forebygge svikt og sikre at tjenestene er i samsvar med lovkrav. Ledelsesprinsippene er utdypet i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

### **5.2. Rammebetingelser – kommunens ansvar for sykehjem**

Kommunen har ansvaret for å tilby plass i institusjon, herunder sykehjem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie- og omsorg. Kommunene kan løse dette ved å drive sykehjemmene selv eller ved å kjøpe tjenester av andre, for eksempel private, ideelle stiftelser. Kommunen har uansett det overordnede ansvaret for at tjenestene drives forsvarlig. Det stilles samme krav til kvaliteten i sykehjemmene uavhengig av eier eller driftsansvarlig.

Kommunene fastsetter de økonomiske rammene for driften. Ledelsen ved hver institusjon må sikre at sykehjemmene drives faglig forsvarlig og tilfredsstillende lovkrav forøvrig. Ved hvert sykehjem må det gjøres en vurdering av hvilke behov pasientene som bor der har, og bemanningen skal tilpasses dette på en slik måte at helsehjelpen blir forsvarlig.

Som del av styrings- og ledelsessystemet skal sykehjem også ha et infeksjonskontrollprogram og som del av det, en pandemiplan.

### **5.3. Rammebetingelser - kan sykehjem hindre at smitte kommer inn?**

Det er en strategi i Norge å beskytte risikogrupper mot covid-19. Det har vært kjent siden pandemien kom at sykehjemspasienter utgjør en risikogruppe på grunn av alder og medisinske tilstander. Befolkningen for øvrig har derfor fått klar beskjed fra myndighetene om å bidra i en dugnad for å beskytte risikogrupperne for covid-19-sykdom.



Sykdomsbildet ved covid-19 varierer fra å være uten symptomer (særlig hos yngre) til alvorlig sykdom og død. I tillegg er symptomene ofte ukarakteristiske. For å være sikker på hvem som er smittet av covid-19 kreves en positiv virustest. Testkapasiteten har imidlertid vært liten og kriteriene for hvem som ble testet i de første ukene og månedene av pandemien har vært strenge og styrt av FHI. Mange personer har vært, og er, smittebærere uten å vite det. Det er liten grunn til å tro at ikke helsepersonell har vært oppmerksomme på dette. Derfor har det så langt ikke vært mulig å unngå at helsepersonell eller pårørende, uten å vite det, har ført smitte inn i sykehjem. Mange sykehjem i landet har opplevd dette. Av samme grunn har det mange steder gått noe tid før det er oppdaget at personalet eller pasienter har vært smittet av covid-19. I denne perioden har smitten kunnet spre seg. Fordi viruset er relativt smittomt og smitten sprer seg lett (dråpesmitte), må tiltakene iverksettes fort for å begrense spredningen. Det er således ikke fullt ut mulig å hindre at smitte kommer inn i sykehjem. Det er likevel avgjørende å ha gode rutiner for å tidlig oppdage og teste personer med mistanke om covid-19-sykdom.

#### **5.4. Rammebetingelser - kan sykehjem hindre covid-19 å spre seg?**

Sykehjemmene har vært vant til å forholde seg til årlige influensaepidemier og andre utbrudd av infeksjoner som for eksempel norovirus (mage-tarm-infeksjon). Årlige influensaepidemier medfører dødsfall i mange sykehjem hvert år.

Smittevernpraksis og rutiner som de fleste sykehjem hadde og fulgte før pandemien kom, og som var forsvarlige da, har vist seg ikke å være tilstrekkelige under covid-19-pandemien.

Det er flere forhold som kan virke inn på sykehjemmenes muligheter til smitteforebygging generelt og håndtering av denne pandemien spesielt. Under følger konkrete eksempler på dette:

- Bygningsmessige forhold har stor betydning for å kunne praktisere god hygiene og smitteforebygging. I nyere sykehjem er denne kunnskapen benyttet ved byggets utforming. Sykehjem i gamle bygninger er ofte lite hensiktsmessig og trangt utformet med blant annet smale korridorer, lite fellesareal, små rom og dobbeltrom med delt bad og dusj. Dette gjør det vanskelig å ivareta mange av dagens krav til sykehjemsdrift under normale forhold. Under en pandemi forsterkes ulempene ved de bygningsmessige utfordringene.
- På grunn av relativt få sykepleiere i sykehjemmene har mange organisert seg på en måte som medfører at sykepleiere og annet helsepersonell har oppgaver på flere avdelinger. Oppgaver de utfører på flere avdelinger på en og samme vakt kan være hjelp i stell, legemiddelhåndtering og observasjoner eller behandlinger hos pasientene. Med pasienter som er stadig mer behandlings- og pleiekrevende, har denne bruken av helsepersonell vært nødvendig og er vanlig praksis ved sykehjem. Under normale forhold kan dette være både effektivt og forsvarlig. Denne organiseringen innebærer at det ikke er begrensninger for de ansatte i å bevege seg mellom forskjellige avdelinger. Under en pandemi utgjør en slik organisering økt risiko for smittespredning.
- Infeksjonskontrollprogrammet skal omfatte en pandemiplan. Disse planene skal bidra til at tjenesten er forberedt og kan håndtere en pandemi. Covid-19-pandemien har vist at det likevel var vanskelig å forestille seg hva en pandemi krever. Pandemien kom fort og smitten spredte seg raskt. Det var innledningsvis lite kunnskap om viruset, smittemåter og hvilke tiltak som var virkningsfulle. Kravet til rask omstilling har vært stort og improvisasjon har vært helt nødvendig, ikke minst i helse- og omsorgstjenestene. Sykehjemmene var tidlig kjent med at eldre var en risikogruppe. Omstillingen fra normal drift til en situasjon hvor man skal hindre og begrense smitte av covid-19 i sykehjem er krevende, og har flere steder vist seg å ikke være mulig.



- Når en pandemiplan skal iverksettes, må den tilpasses situasjonen og implementeres i institusjonen. Dette tar tid. Mange må forstå den for å kunne følge den. Iverksettingen kan også kreve endret organisering og rutiner. Det vil ofte være planforutsetninger som i praksis ikke lar seg gjennomføre. Det kan også være at den aktuelle situasjonen krever hensyn som ikke er ivaretatt i planen. Ett eksempel på det er at vaktplaner ikke kan gjennomføres fordi ansatte er i karantene. Frafallet av ansatte kan da bli omfattende, og bruk av smittevern-utstyr i lengre perioder av gangen blir dessuten belastende for mange å arbeide med.

### **5.5. Kompetanse**

Fordi pasienter i dag blir skrevet ut tidligere fra sykehus til sykehjem, stilles det stadig høyere krav til helsepersonells kompetanse for å kunne ivareta dem. Helsepersonell har et eget ansvar for å holde seg faglig oppdatert, men det ligger til arbeidsgiver å legge til rette for, å sikre og følge med på at helsepersonell har nødvendig og rett kompetanse, slik at pasienter får forsvarlig helsehjelp. Riktig kompetanse er nødvendig for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet. Forskriften stiller krav til at det skal være nok personell til å sikre beboere nødvendig omsorg og bistand. Det er ikke fastlagt en norm for antall helsepersonell i sykehjem.

Sykehjemsforskriften stiller krav om at en lege skal ha ansvaret for den medisinske behandlingen og en sykepleier for pleien på sykehjem. For legetjenesten i Bergen kommune er det imidlertid en «tommefingerregel» om én legestilling på 90 pasienter.

Det er ledelsens ansvar til enhver tid å vurdere kompetansebehovet og antall helsepersonell på vakt i sykehjemmet. Vurderingen må blant annet gjøres ut ifra antall pasienter, kompleksitet i sykdomsbildet, pleietyngde og behov for helsehjelp. De forskjellige yrkesgruppene har ulik kompetanse og det er derfor nødvendig med et tverrfaglig samarbeid for å ivareta og sikre at pasientene får best mulig helsehjelp. Det er forutsatt at leger, sykepleiere og helsefagarbeidere har kunnskap om de grunnleggende prinsippene om smittevern. Det er også en forventning om at ledelsen sørger for at de ansatte til enhver tid har oppdatert kunnskap om dette temaet. I en situasjon der det er en pandemi er varslet, er det særlig utfordrende å sørge for tilstrekkelig opplæring av alle for å være forberedte på hvordan et eventuelt utbrudd skal møtes. Når det er mange nyansatte blir denne utfordringen større og opplæringen må da tilpasses den aktuelle situasjonen. Ledelsen har også et ansvar for å følge med på at forsvarlig smittevern blir praktisert.

### **5.6. Særlige krav under en pandemi – testing, smittesporing, karantene og isolering**

Folkehelseinstituttet (FHI) er nasjonal kompetanseinstitusjon innen smittevern. Deres retningslinjer og anbefalinger legges til grunn for hvordan covid-19 skal håndteres. Anbefalingene har endret seg flere ganger siden pandemien kom til landet, og det er rådene som gjaldt i tidsrommet før og under utbruddet ved sykehjemmet som legges til grunn.

Den 22. mars hadde FHI laget en prioritert rekkefølge for *testing* av SARS-CoV-2 hos personer med akutt luftveisinfeksjon med feber, hoste eller tungpustet. Både beboere og ansatte ved sykehjem var blant de tre høyest prioriterte gruppene.

For å sikre at testkapasiteten ble brukt best mulig, presiserte FHI den 20. mars at personer uten symptomer ikke skulle testes, og at helsepersonell med milde symptomer kunne avvente symptomene i to døgn før de ble testet, mens personer utenfor de prioriterte gruppene vanligvis ikke ble testet. Alle med symptomer på luftveisinfeksjon skulle holde seg hjemme til en dag etter symptomfrihet.



24. mars anbefalte FHI at dersom en pasient dør med akutt luftveissykdom av ukjent årsak i helseinstitusjon, burde det gjøres post mortem test (testing av avdøde) for covid-19.

Den 11. april endret FHI sine anbefalinger om at ved negativt testresultat og fortsatt sterk klinisk mistanke om covid-19, kunne retesting vurderes.

Ved positiv test for covid-19 skulle det gjøres *smitteoppsporing* etter følgende retningslinjer:

- Følg lokalt planverk
- Informer smittevernansvarlige lokalt
- Opprette utbruddsgruppe som kan bistå med kontaktoppsporing
- Innhente relevante opplysninger fra den smittede som videregis ved melding av positivt tilfelle til FHI.
- Identifisere når pasienten/den ansatte utviklet symptomer
- Kartlegge pasientens/den ansattes aktiviteter fra 24 timer før symptomstart
- Identifisere og følge opp nærkontakter fra 24 timer før symptomstart. Før logg over hvem som er kontaktet
- Identifisere hvem som må informeres; for eksempel pårørende, ledelsen, kommunelege, andre ansatte og pasienter

På tidspunktet for utbruddet var definisjonen av *nærkontakter* i sykehjem personer som i løpet av de siste 14 dagene:

- har pleiet en pasient eller på annen måte har hatt tilsvarende nær fysisk kontakt med en person som er bekreftet syk med SARS-CoV-2, uten å ha fulgt anbefalte smitteverntiltak, inkludert bruk av anbefalt beskyttelsesutstyr
- har delt pasientrom med en pasient som er bekreftet syk med SARS-CoV-2
- har oppholdt seg i nærheten av (ansikt til ansikt) en pasient/ansatt som er bekreftet syk med SARS-CoV-2 uten å ha brukt anbefalt beskyttelsesutstyr
- har vært i samme rom samtidig som aerosolgenererende prosedyre på bekreftet pasient ble utført uten å ha brukt anbefalt beskyttelsesutstyr
- har hatt direkte kontakt med kroppsvæsker eller prøvemateriale fra bekreftet tilfelle uten å ha brukt anbefalt beskyttelsesutstyr
- Har oppholdt seg i et avgrenset miljø med en person som er bekreftet syk med covid-19 i mer enn 15 min og på mindre enn 2 meters avstand

Helsepersonell og andre ansatte som ble definert som nærkontakter, ble anbefalt å ikke arbeide i helsetjenesten de neste 14 dagene etter siste kontakt med pasienten eller den ansatte som var syk med covid-19 (*karantene*). Hvis de utviklet luftveissymptomer i denne perioden, skulle de testes.

Beboere som ble definert som nærkontakter skulle plasseres på enerom (*karantene*) og informeres om situasjonen. Hvis de utviklet akutte luftveissymptomer, skulle de *isoler*es og testes for covid-19. Ansatte skulle vurdere bruk av beskyttelsesutstyr ut fra en risikovurdering og i henhold til den aktuelle helsetjenestens rutiner.

Helsepersonell eller andre ansatte som ikke hadde hatt nærkontakt med den smittede, skulle forholde seg til rådene som gjaldt for alle ansatte i helsetjenesten. De skulle:

- gå på jobb som vanlig



- følge med på utvikling av luftveissymptomer, og ved symptomer holde seg hjemme eller forlate arbeidsplassen umiddelbart
- vurdere om den ansatte skal testes for covid-19 ved utvikling av luftveissymptomer

## 6. Fylkesmannens vurdering

### 6.1. Om tema og vår tilnærming

Temaet for dette tilsynet er smittevern og institusjonens håndtering av covid-19-utbruddet ved Metodisthjemmet. Utbruddet er svært alvorlig og har ført til mange dødsfall. Det endelige tallet som antas å være død som følge av utbruddet er nå 16 av 24 smittede. Alvorligheten av utbruddet har gjort at vi fant grunn til å undersøke hendelsen nærmere.

Vi har vurdert om sykehjemmet var tilstrekkelig forberedt på hendelsen og om de handlet slik vi kan forvente i lys av de myndighetskrav som gjelder for virksomheten. I denne undersøkelsen har vi og sett etter forbedringspunkter. Ved vurderingen har vi tatt hensyn til de ytre rammebetingelsene som gjaldt for sykehjemmet før og under den aktuelle hendelsen, samt at det forelå begrenset kunnskap om covid-19-sykdommen da den rammet pasienter og ansatte ved sykehjemmet.

Vi har forståelse for at både pasienter, pårørende og helsepersonell ved Metodisthjemmet har stått i en særdeles vanskelig og krevende situasjon, ikke minst menneskelig, i denne perioden.

Tilsynet gjelder først og fremst virksomheten ved Metodisthjemmet, men for å forsikre oss om at Bergen kommune også har ivarettatt sine plikter som oppdragsgiver for sykehjemmet har vi klarlagt hvordan kommunen har handlet som overordnet ansvarlig for sykehjemstilbudet (i kommunen).

Fylkesmannens mandat er å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenester i eget fylke. Ved dette tilsynet er det på grunn av omstendighetene særlige grunner for å beskrive i hvilken kontekst hendelsen fant sted. Situasjonen var spesiell, da den fant sted i tidlig fase av pandemien og Norge var i en nasjonal krisesituasjon. På dette tidspunktet kom det fortløpende en rekke nye nasjonale krav, føringer, råd og rammer for helsetjenesten. Dette er det tatt hensyn til i vår vurdering.

I vurderingen har vi og tatt hensyn til det kunnskapsgrunnlaget og de faktiske rammer som forelå da covid-19-pandemien rammet Norge og hva vi kan forvente av sykehjem under slike forhold. Det innebærer at sykehjemmet er vurdert ut ifra rammebetingelser som etter vår mening ikke var optimale sett i forhold til normalsituasjonen. Vi vil her spesielt trekke fram at det Metodisthjemmet stod overfor var en ny og lite kjent sykdom, nye faglige retningslinjer, uegnede lokaler, bortfall av et stort antall fast ansatte grunnet behov for karantene og isolering, inntak og opplæring av et stort antall eksterne vikarer for disse, samt liten testkapasitet.

### 6.2. Fylkesmannen har lagt til grunn

På noen områder har vi fra ansatte, ledere og pårørende fått ulike versjoner eller nyanser i oppfatning av hva som har skjedd.

Fylkesmannen legger det mest sannsynlige til grunn når vi har fått ulike versjoner. Vi legger følgende til grunn fra samtalene:

- opplæringen av de nye som kom inn på sykehjemmet var på et minimum





- ikke alle har fulgt smitteverntiltakene som var iverksatt. Ansatte har passet på hverandre og ledelsen har fulgt med på dette
- bemanningen på hver vakt i den aktuelle perioden er dokumentert, og det er denne vi har lagt til grunn
- ivaretagelse av pasienter har vært utfordrende
- omsorgen, særlig mot livets slutt, har vært utfordrende

### **6.3. Vurdering av Metodisthjemmet – forberedelse til pandemien**

#### *Rammebetingelser*

Selv om pandemien var varslet for Norge, har det likevel vært utfordrende å forutsi hvordan den ville arte seg og hvilke tiltak som ville være nødvendig å iverksette. Hele samfunnet har hatt kort tid til å forberede og omstille seg.

Eldre er en risikogruppe som skal beskyttes inntil det foreligger flokkimmunitet, effektiv vaksine, eller lignende. Det var derfor tidlig innlysende at det måtte iverksettes omfattende tiltak for å beskytte beboere på sykehjem.

#### *Bygningsmessige forhold*

Vi har ovenfor beskrevet Metodisthjemmets uhensiktsmessige bygningsmasse. Det foreligger planer for ombygging i samarbeid med Bergen kommune, men gjennomføringen er ikke tidfestet fordi økonomien er usikker eller uavklart. Vi viser til beskrivelsen i punkt 5.4. Disse forholdene gjør det svært vanskelig å hindre spredning ved et utbrudd.

*De bygningsmessige forholdene er gjennomgående trange og uhensiktsmessige. De førte til en situasjon som gjorde det svært vanskelig å begrense smitten i institusjonen da utbruddet var et faktum.*

#### *Kompetanse*

På pleiesiden hadde institusjonen sykepleiere og helsefagarbeidere i alle stillingene før utbruddet startet. Bemanningsfaktoren er den samme som andre sykehjem i kommunen. De har sykehjemslege i 40% stilling. Det er noe lavere enn det som er vanlig i kommunen, som er en hel legestilling per 90 pasienter. Ut ifra dette skulle legestillingen vært på ca. 50%. Samtidig har ikke sykehjemmet de tyngste pasientene. En legestilling på 40 % anses som ikke uforsvarlig under normale forhold. Etter at utbruddet var et faktum, har sykehjemmet økt opp antallet pleiere. Legen kom i karantene og jobbet hjemmefra, også på video. Legens tid ble økt til 50%, 80% og en periode til 100% stilling. Sykehjemmet brukte og sykehjemslegevakten ved behov.

*Kompetansen var forsvarlig.*

#### *Forberedelse – tilpassing av rutiner, råd og opplæring*

Det er dokumentert og bekreftet at sykehjemmet før utbruddet hadde oppdatert sentrale rutiner og planer, lagt ut videoer om praktisk smittevern og hatt praktisk øving i bruk av smittevernutstyret. Institusjonsleder har fulgt med på hvem som har deltatt i opplæringen og bedt ansatte som ikke har deltatt om å oppdatere seg. Reglene for håndhygiene ble oppslått på veggen. Noen tiltak for å redusere at ansatte måtte bevege seg mellom etasjene ble iverksatt. Denne praksisen var det imidlertid ikke mulig å stoppe fullt ut, da arbeidsoppgavene måtte fordeles på en slik måte at noen beveget seg mellom etasjene.



Nasjonale råd om ikke å ta imot besøk fra pårørende og andre utenfra ble iverksatt da rådene kom. Interne arrangement som samlet flere mennesker ble avlyst fra samme tidspunkt.

Det var uheldig at bygningsmessige og organisatoriske forhold gjorde at de på flere områder ikke kunne unngå at ansatte beveget seg daglig mellom etasjene.

Sykehjemmet har både før og under utbruddet i stor grad støttet seg på og tatt i bruk kommunens rutiner og planer for smittevern.

*Metodisthjemmet med sine faste ansatte hadde forberedt seg på pandemien som forventet, og fulgte nasjonale råd så godt som mulig innenfor de bygningsmessige og organisatoriske rammebetingelsene som forelå.*

#### **6.4. Vurdering av Metodisthjemmet - kunne utbruddet vært forhindre?**

Det er usikkert hvordan og når covid-19-smitten kom inn i sykehjemmet. Da den ble oppdaget, ble kommunen straks varslet. Institusjonen samarbeidet deretter med smittevernkantoret om smittesporing.

Bergen kommune som smittevernmyndighet og sykehjemmet beskriver at det ikke er usannsynlig at en ansatt brakte med seg smitten inn. Imidlertid testet raskt flere pasienter og ansatte positivt. Testkapasiteten var på dette tidspunktet liten, og kriteriene for hvem som ble testet var strenge. Det døde flere pasienter på sykehjemmet i mars måned. Disse er ikke testet for covid-19. Symptomene var ukarakteristiske hos de pasientene som etter hvert var kjent smittet av covid-19 ved sykehjemmet. De hadde ikke luftveissymptomer. Vi kan derfor ikke utelukke at smitten kom inn tidligere enn antatt og/eller på en annen måte enn beskrevet som mest sannsynlig av sykehjemmet og kommunen. Variasjon i inkubasjonstid for covid-19, sammen med de ukarakteristiske symptomene i starten hos mange av pasientene og svake symptomer hos flere ansatte, øker usikkerheten om når og hvordan smitten kom inn.

Sykehjemmet innførte besøksforbud til pasientene den 13. mars 2020. Det kan imidlertid ikke helt utelukkes at smitten kom inn før dette.

Smittesporing ble startet umiddelbart. Fra dette tidspunktet ser vi at bruk av karantene og hvem som ble testet fraviker retningslinjer ved at tiltakene ble iverksatt i større utstrekning enn de nasjonale rådene på dette tidspunktet tilsa. Smittesporingen i regi av smittevernmyndigheten startet med en gang første ansatte var smittet og ble gjennomført i tett samarbeid med sykehjemmet.

Etter vår vurdering kan ikke sykehjemmet lastes for at smitten kom inn i institusjonen. Vi viser her og til en nylig publisert undersøkelse fra Sverige. De konkluderer med at det er tilfeldig hvilke sykehjem som får smitte. <https://www.sll.se/nyheter-stockholms-lans-landsting/2020/05/kunskaper-fran-enkat-ska-minska-smittspridning-pa-aldreboenden/>

*Fylkesmannen mener at det ikke sikkert kan fastslås når og hvordan smitten kom inn i institusjonen. Erfaringer fra Norge og andre land har vist at det er svært vanskelig å forhindre at covid-19-smitte kommer inn i sykehjem. Hvilke institusjoner som rammes ser ut til å bero på tilfeldigheter. Metodisthjemmet har fulgt nasjonale råd i forberedelsen der det har vært mulig. Vi kan ikke se at sykehjemmet gjennom en annen handlemåte kunne ha hindret at covid-19 kom inn i institusjonen.*



## 6.5. Vurdering av Metodisthjemmet – håndteringen av utbruddet gitt aktuelle situasjon og rammer

De nærmeste dagene etter den første var smittet, ble det avklart at smitten hadde spredt seg til mange pasienter og ansatte. 8. april var alle pasientene i institusjonen testet. Til sammen er 24 pasienter og 27 ansatte var bekreftet smittet. Slik bildet framstår, må smitten ha spredt seg noe i sykehjemmet før 2. april, både til pasienter og ansatte. Denne mistanken bygger på kunnskap om inkubasjonstiden og tidspunktene for symptomdebut hos ansatte og pasienter. Å fastsette tidspunktet nøyaktig for når covid-19-sykdom forelå for første gang hos pasienter i sykehjemmet, er vanskelig siden symptomene på sykdommen i starten var fraværende eller ukarakteristiske, som for eksempel redusert matlyst, kvalme og slapphet.

Da det var kjent at en ansatt var smittet, ble rutiner for smittevern innskjerpet fra ledelsen. Den 2. april ble det satt opp en smitteverngruppe. Deltakerne i denne gruppen fikk særskilt opplæring, og kompetansen til teammedlemmene som ikke havnet i karantene ble benyttet i opplæringen videre, blant annet til nye vikarer og vaktteam.

Ved starten av utbruddet hadde sykehjemmet lite smittevernutstyr. Testkapasiteten var og begrenset. Sykehjemslegen sørget likevel for at det i noen tilfeller ble gjennomført testing utover det som var gjeldende og strenge kriterier. Den 3. og 9. april fikk sykehjemmet tilført smittevernutstyr fra Bergen kommune sitt beredskapslager.

Flere ansatte ved sykehjemmet hadde også jobb ved en annen helseinstitusjon. Disse ansatte måtte følge nasjonale råd, og av smittevernhensyn bare jobbe ett sted. Flere av disse jobbet derfor ikke ved sykehjemmet. Grunnet dette hadde ledelsen før utbruddet startet rekruttering.

Utbruddet medførte at mange ansatte måtte i karantene. Den 13. april var det over 50 ansatte som var i karantene eller isolert samtidig. Også flere i smitteverngruppen havnet i karantene. Derved oppstod en svært krevende situasjon for institusjonen.

Det kom inn et stort antall nye, ukjente vikarer. De vanskelige bygningsmessige forholdene gjorde ikke dette enklere. Både ansatte og institusjonsleder beskriver situasjonen i denne fasen som kaotisk. Når ingen eller svært få verken kjente pasientene, lokalene, rutiner eller hverandre, er dette forståelig

For å sikre smittevernet best mulig, ble så godt som alle nye vaktteam møtt av noen fra smitteverngruppen som gav dem det både ansatte, vikarer og ledelsen selv omtaler som et «krasj-kurs» i smittevern og bruk av smittevernutstyr. Alle sier at dette ikke var fullgod opplæring, men at det var det de fikk til under de rådende omstendighetene. Informasjon vi har fått om situasjoner med mangelfull og feil bruk av utstyr, viser at smittevernreglene ikke alltid ble etterlevd. Helt i starten hadde de også for lite smittevernutstyr. Det bidro til å forverre situasjonen. Etter hvert fikk de det utstyret de trengte.

Mange av utfordringene ved denne pandemien har vært nye og ukjente. Virusets opptreden, hastigheten på smittespredningen og hvilke tiltak som er effektive og nødvendige, er kunnskap som først er blitt tilgjengelig etter hvert som pandemien har gått sin gang. I starten av pandemien var det symptomer på luftveisinfeksjon myndighetene presenterte som de viktige symptomene. Sykdommen har etter hvert vist seg også å gi mer uspesifikke og ukarakteristiske symptomer, ikke minst i form av mage/tarmsymptomer hos eldre. Det gjorde den også hos pasientene ved dette sykehjemmet. De fikk blant annet symptomer som økt forvirring, slapphet og nedsatt appetitt. Slike ukarakteristiske symptomer medfører diagnostiske utfordringer og gjorde det svært vanskelig å oppdage sykdommen helt i starten.



Når det gjelder smittebegrensning, har sykehjemmet ikke klart å følge alle nasjonale råd og smittevernregler. Dette skyldes i stor grad bygningsmessige og organisatoriske forhold som vi har beskrevet. Situasjonen ble ytterligere forverret av at nesten alle ansatte havnet i karantene og isolasjon. Ukjente vikarer ble rekruttert inn. Selv om de hadde helsefaglig kompetanse, var de ukjente med pasientene og forholdene. God opplæring var heller ikke mulig å gi på så kort tid. Vi mener det er sannsynlig at de bygningsmessige manglene, organisatoriske forhold, samt at de fleste medarbeiderne måtte byttes ut med nye, kan ha medvirket til smittespredningen.

Pårørende og ansatte har beskrevet vanskelige situasjoner for pasientene. Ansatte sier at det ikke alltid var mulig å gi alle pasientene den omsorg, nærhet og sosiale kontakt som de ønsket og som pasientene trengte. Vi har fått beskrevet at noen døde uten at ansatte var til stede. Dette siste er selvsagt ikke ønskelig, men noe som også kan skje i en normal situasjon.

Vi har gjennomgått den faktiske bemanningen før og under utbruddet. Det var helsepersonell med nødvendig kompetanse (sykepleiere og helsefagarbeidere) på alle vakter og det var enten like mange eller flere ansatte i pleien under utbruddet som det vanligvis er ved normal drift (vedlegg 2). Etter vår vurdering har institusjonen gjort det de kunne for å rekruttere kvalifisert personell.

Legetiden ble økt opp, men i karantenetiden arbeidet legen hjemmefra, blant annet via video.

Institusjonsleder fikk lederstøtte, og sykehjemslegen fikk støtte og råd fra Smittevernkontoret, smittevernoverlege og sykehjemslegevakten. Teamoverlegen i Bergen kommune bistod også med råd, vurderinger og håndtering av pasientene.

Institusjonsleder tok tidlig kontakt, ba om og fikk løpende hjelp fra Bergen kommune gjennom hele perioden. Hun fulgte rådene hun fikk så langt vi kan se.

Da sykehjemslegen var i karantene og jobbet hjemmefra (via blant annet video) kunne sykehjemmet med fordel vurdert nærmere å rekruttere inn en annen lege til å gjøre legeoppgaver som ikke kan fjernstyres. De benyttet seg likevel til en viss grad av andre leger i kommunen. Videre kunne spørsmålet om å flytte pasientene vært vurdert på et tidligere tidspunkt. Flytting av pasienter til andre institusjoner ser ut til å ha bidratt til å snu situasjonen og stoppe smittespredningen. Slike vurderinger er imidlertid enkelt å gjøre i ettertid. Vi har ikke grunn til å tro at ikke alle involverte har forsøkt å bidra til å løse en svært, svært vanskelig situasjon.

*Vi mener at vanskelige bygningsmessige og organisatoriske forhold gjorde det svært vanskelig å håndtere, begrense og stoppe smitten. At over 50 ansatte havnet i karantene samtidig og helt ukjent helsepersonell måtte ta over har gjort arbeidet enda vanskeligere. Kriteriene for å teste var dessuten strenge. Både fast ansatte og vikarer har så langt vi har kunnet vurdere gjort det de har maktet for å håndtere situasjonen best mulig. Likevel finner vi at flere smittevernregler ikke har vært fulgt og at det derfor foreligger flere punkter som kan forbedre det smittevernforebyggende arbeidet. Samlet sett mener vi at under gitte rammebetingelser og den konkrete situasjonen har Metodisthjemmet gjort det som kunne forventes av dem.*

## **6.6. Bergen kommune sitt ansvar**

Bergen kommune har ivaretatt sitt ansvar overfor Metodisthjemmet ved å ha løpende kontakt med sykehjemmet i normalsituasjon og ved å følge opp driften og styringsmessige forhold, herunder faglige spørsmål. Kommunen har fulgt med på at sykehjemmet har et styringssystem og at tjenestene ble drevet forsvarlig. Bergen kommune har og inkludert private, ideelle sykehjem når det gjelder



informasjon, i tilbud om opplæring, og de får også tilgang til ulike typer rutiner og planer, som for eksempel pandemiplanen.

I denne konkrete situasjonen med utbrudd av covid-19-sykdom ved Metodisthjemmet, har Bergen kommune hatt nærmest daglig oppfølging med institusjonen. De har fulgt med på personellsituasjonen, smittvernustyr og bidratt i medisinske vurderinger og med dette holdt seg oppdatert om utviklingen og bistått sykehjemmet. Vi har ingen kommentarer til måten dette har vært gjort på, og mener de har ivaretatt sitt ansvar i denne situasjonen.

## **Fylkesmannens konklusjon**

**Fylkesmannen har kommet til at, gitt de rammene som forelå, har ikke Metodisthjemmet håndtert den alvorlige situasjonen med utbrudd av covid-19 i strid med krav til forsvarlig virksomhet og ledelsesprinsippene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.**

Vår gjennomgang viser likevel at det foreligger flere forbedringspunkter i Metodisthjemmets håndtering av utbruddet med covid-19. Disse forbedringspunktene fremgår av punktene 6.3, 6.4. og 6.5. Som det fremgår av dette omfatter forbedringspunktene i størst grad bygningsmessige forhold med noen organisatoriske konsekvenser, høy terskel for testing samt knapphet på smittevernustyr i starten. I mindre grad den konkrete måten institusjonen løste utfordringene på, gitt at pandemien representerte mange nye og ukjente utfordringer.

Med hilsen

Helga Arianson  
fylkeslege

Arne Erstad  
Seniorrådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

Fra Fylkesmannen har følgende deltatt:  
Ass fylkeslege og seksjonsleder Linda Svori  
Ass fylkeslege Jon Bratberg  
Seniorrådgiver (sykepleier) Beate Tollefsen  
Seniorrådgiver (jurist) Arne Erstad  
Fylkeslege Helga Arianson