

# Hendelsesanalyse

## Intern smitte covid-19

# Sluttrapport

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	4
1. Oppdraget .....	5
1.1. Oppdragsgiver .....	5
1.2. Oppdragsdato og startdato .....	5
1.3. Avslutningsdato .....	5
2. Mandat .....	5
3. Analyseteamet .....	6
4. Metode, informasjonsinnhenting og dokumentasjon .....	7
4.1. Metode .....	7
4.2. Intervjuer med pasienter og pårørende .....	7
4.3. Intervjuer med kommuner .....	7
4.4. Analysemøter .....	7
4.5. Dokumentasjon .....	8
5. Resultat .....	9
5.1. Intervjuer med pasienter og pårørende .....	9
5.1.1. Informasjon .....	9
5.1.2. Isolering og omsorg .....	10
5.1.3. Etterlevelse smittevern .....	10
5.2. Intervjuer med kommuner .....	10
5.2.1. Konsekvenser for innbyggerne og helsetjenestene i kommunene .....	11
5.2.2. Kommunikasjon med kommunene under smitteutbruddet .....	11
5.2.3. Spesielt om kommunikasjon vedrørende smittesporing og karantenisering ....	11
5.2.4. Testing og avklaring av utskrivningsklare pasienter .....	12
5.3. Fremstilling av hendelsesforløpet .....	12
5.4. Smittekart og sengepostkart .....	13
5.4.1. Smittekart medisin .....	13
5.4.2. Sengepostkart medisin .....	14
5.4.3. Smittekart kirurgi .....	15
5.5. Hovedfunn og medvirkende årsaker .....	16
5.5.1. Forsinkelse i identifisering av utbrudd .....	16
5.5.2. Testkapasitet og teststrategi .....	16

5.5.3.	Testing av ansatte .....	17
5.5.4.	Manglende plan for utbruddshåndtering .....	17
5.5.5.	Utskrivelse og forflytting av ikke-erkjent smittede pasienter.....	17
5.5.6.	Informasjonsbehov internt og eksternt .....	18
5.5.7.	Ansvarsfordeling mellom linjeledelse og smittevernenhet i smittesporingsarbeidet .....	18
5.5.8.	Manglende risikovurdering ved økt smittetrykk lokalt og bruk av flersengsrom og fellesareal .....	19
5.5.9.	Utfordrende omsorg for isolerte pasienter .....	19
5.5.10.	Mangelfull informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende ...	19
6.	Forbedringstiltak .....	20
7.	Tidsbruk og kostnader.....	21
7.1.	Tidsbruk .....	21
7.2.	Kostnader.....	21
8.	Pasient- og brukerombudets kommentarer .....	21
9.	Oppdragsgivers kommentarer .....	22
9.1.	Tiltak .....	22
9.2.	Tilbakemelding.....	22
9.3.	Oppfølging .....	22
10.	Ordliste .....	22
11.	Vedlegg.....	23

## Sammendrag

*Hendelsesanalysen skal belyse hendelsesforløpet, hva som har gått galt og hvorfor. Den skal foreslå tiltak for å forhindre at lignende hendelser skjer igjen. Analysen omhandler smittespredning, testing og kommunikasjon internt og eksternt i forbindelse med smitteutbruddet ved to avdelinger ved Sykehuset Telemark i desember 2020.*

*Involverte pasienter, pårørende, kommuner, medarbeidere og ledere ved avdelingene med smitteutbrudd, smittevernheten, sykehusets ledelse og beredskapsledelse, har alle bidratt til å belyse den alvorlige hendelsen. Sannsynligvis ble 17 pasienter internt smittet. Fem av disse pasientene er i dag døde. I tillegg ble 25 ansatte sannsynligvis smittet mens de var på jobb.*

*Utbruddet førte også til betydelige konsekvenser med videresmitte, karantenisering og driftsproblemer i flere kommuner.*

*De viktigste årsakene som analysen har avdekket, er knyttet til mangelfullt planverk ved utbrudd og mangelfull risikovurdering ved bruk av flersengsrom og fellesareal når smittetrykket er økende. Svikt i informasjon og kommunikasjon internt og eksternt fremheves også som en sentral medvirkende årsak.*

*De fleste forslag til forbedringer er i tråd med Folkehelseinstituttet (FHI) sin utbruddsveileder fra desember 2020. Spesielt fremheves plan for smitteutbrudd, inkludert utbruddsgruppe og plan for intern og ekstern informasjon under utbrudd.*

*De resterende forbedringsforslagene gjelder risikovurdert bruk av flersengsrom og fellesarealer ved økt smittetrykk, tydeliggjøring av ansvarsforhold, og gjennomgående risikovurderinger med planlegging, gjennomføring og evaluering av smitteverntiltak.*

*Det foreslås også tiltak som er rettet mot ansatte under utbrudd og pandemi.*

*Analysen har vektlagt å identifisere forbedringsmuligheter. Det som har fungert bra, er ikke gitt tilsvarende fokus.*

# 1. Oppdraget

## 1.1. Oppdragsgiver

Fagdirektør Halfrid Waage, Sykehuset Telemark HF.

## 1.2. Oppdragsdato og startdato

Oppdragsdato: 21.01.2021

Mandatet ble behandlet i beredskapsledelsen samme dag.

Startdato: 26.01.2021

## 1.3. Avslutningsdato

Resultatet av hendelsesanalysen overleveres oppdragsgiver for videre oppfølging senest 1. mars 2021. Overleveringsdato: 1. mars 2021.

# 2. Mandat

*Utdrag fra mandatet, hele mandatet er vedlagt, se vedlegg 1.*

*Formål: Hendelsesanalysen skal belyse hendelsesforløpet, hva som gikk galt og foreslå tiltak som kan sikre at lignende hendelser ikke skjer igjen.*

*Prosess: Hendelsesanalysen skal ta utgangspunkt i systematisk oppfølging av uønskede hendelser. Analysen innrettes slik analyseteamet finner hensiktsmessig ut fra sakens karakter.*

*Analysen skal omfatte:*

- *Gjennomgang av hendelsene og andre relevante forhold*
- *Informasjon som belyser hendelsen fra pasienter og pårørende*
- *Vurdering av kommunikasjon mellom STHF og samarbeidspartnere/kommuner*
- *Tidslinje/diagram fra mulig smittetilfelle/-sted, til utskrivelse. Dette inkluderer beskrivelse av aktuelle smittetilfeller, mulige uønskete hendelser, årsaker og mekanismer, samt iverksatte tiltak og forslag til forbedringer*
- *Relasjonskart over smittetilfellene og mulig intern sammenheng*
- *Vurdering av mulige årsaker og svikt*
- *Forslag til handlingsplan med anbefalte tiltak*

- *Konsekvenser for samarbeidspartnere/kommuner*

*Avgrensninger: Gjennomgangen er avgrenset til forhold knyttet til smittespredning og smitteutbrudd.*

*Pasientmedvirkning: Pasienter og pårørende skal involveres i hendelsesanalysen. All relevant informasjon som de kan bidra med, må innhentes gjennom strukturerte intervjuer og komme fram i hendelsesanalysen.*

*Pasient- og brukerombudet forespørres om å medvirke i analysen.*

### 3. Analyseteamet

Analyseteamet har bestått av representanter fra foretakets analysepool som har opplæring og erfaring med hendelsesanalysemetodikken. Analyseteamet er tverrfaglig sammensatt og representerer ulike deler i organisasjonen for å sikre at virksomhetens kunnskap ivaretas i analysen. Det er derfor vurdert som hensiktsmessig at en representant i beredskapsledelsen har deltatt i analyseteamet.

Oppdragsgiver (fagdirektør) er nærmeste leder til kvalitetssjef (analyseleder).

Pasient- og brukerombudet i Telemark, Else Jorunn Saga, har fulgt arbeidet i hendelsesanalysen.

Analyseteamet har bestått av følgende personer:

Navn	Rolle / tittel	Enhet
Liv Holta Aas	Klinikkrådgiver	Barne- og ungdomsklinikken
Erling Dahl Borkamo	Overlege	Medisinsk klinikk, Notodden sykehus
Åse Kari Kringlåk	Jordmor	Kirurgisk klinikk
Tron Simen Doksrød	Avdelingsleder, klinikkoverlege	Akutt og beredskapsklinikken
Anne Brynjulfsen	Avdelingsleder	Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling
Elisabeth Hessen	Kvalitetssjef/ analyseleder	Fag og forskning

## 4. Metode, informasjonsinnhenting og dokumentasjon

### 4.1. Metode

Hendelsesanalysen er gjennomført med utgangspunkt i metode og maler for hendelsesanalyse i Håndbok for helsetjenesten utgitt av Helsedirektoratet. En hendelsesanalyse har som mål å besvare:

- Hva har skjedd?
- Hvorfor har det skjedd?
- Hvordan forhindre at det skjer igjen?

For å belyse hendelsen har det blitt gjennomført intervjuer og analysemøter med pasienter, pårørende, kommuner, ansatte, ledere, sykehusets ledergruppe og beredskapsledelse.

Se vedlegg 12 Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten. Helsedirektoratet IS-0583

### 4.2. Intervjuer med pasienter og pårørende

Det er foretatt totalt 15 intervjuer med pasienter og pårørende. To pasienter ønsket ikke å bli intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført på telefon eller digitale møter etter en strukturert intervjuguide. Alle pasienter og pårørende fikk tilbud om å ha med pasient- og brukerombudet som bisitter i intervjuene. 12 av 15 pasienter ønsket at ombudet var til stede. Bidraget fra pasienter og pårørende har vært vesentlige for å belyse hendelsene. Intervjuguiden, se vedlegg 4.

### 4.3. Intervjuer med kommuner

Alle kommunene i tidligere Telemark fylke og én kommune i tidligere Vestfold, ble informert om hendelsesanalysen. De ti kommunene som hadde smittede innbyggere fra det aktuelle smitteutbruddet, er blitt intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført på telefon eller som digitale møter med kommunalsjefer og kommuneoverleger. I enkelte av intervjuene deltok i tillegg kommunale smittesporere eller andre ledere i kommunehelsetjenesten. Intervjuene ble gjennomført etter en strukturert intervjuguide, se vedlegg 5.

### 4.4. Analysemøter

Tabellen gir oversikt på gjennomførte analysemøter.

Pasient- og brukerombudet har i tillegg til intervjuer med pasienter og pårørende deltatt i analysemøtene med kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling og beredskapsledelsen.

Enhet	Formøte	Analysemøte	Kommentarer
Smittevern		09.02.2021 15.02.2021	Det ble gjennomført ett møte i forkant og ett møte i etterkant av analyse møtene i avdelingene. I det første møtet deltok i tillegg overlege fra laboratoriemedisin.
Kirurgisk avdeling	x	10.02.2021	Formøte med avdelingsleder og seksjonsleder Analysemøter med sentrale aktører, avdelingsleder, seksjonsleder
Medisinsk avdeling	x	11.02.2021	Formøte med avdelingsleder og seksjonsleder Analysemøter med sentrale aktører, avdelingsleder, seksjonsleder
Beredskapsledelsen	x	18.02.2021	Formøter med sentrale kliniksjefer (MED, KIR, BUK, ABK), fagdirektør, kommunikasjonssjef og administrerende direktør Analysemøte med hele beredskapsledelsen

#### 4.5. Dokumentasjon

Analyseteamet har hentet inn og gjennomgått omfattende dokumentasjon. Dette er i hovedsak:

- referater fra administrerende direktørs ledermøter
- protokoll fra beredskapsledelsens møter
- referater fra smittevernseksjonens møter
- interne styrende dokumenter i sykehusets kvalitetssystem (HELIKS)
- dokumentert smittesporing
- pasientjournaler, avvik og varsler til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten
- referater fra smittevernvisitter
- informasjon og nyhetsoppslag på sykehusets Internett og Intranett
- eksterne styrende dokumenter fra Folkehelseinstituttet (FHI)



## 5. Resultat

Beskrivelsen av hendelsen, hendelsesdiagrammet, smittekart og sengepostkart bygger på følgende fakta:

- intervjuer med pasienter og pårørende
- intervjuer med kommuner
- intervjuer og analysেমøter med medarbeidere og ledere i involverte avdelinger, smittevernseksjonen og beredskapsledelsen
- referater fra administrerende direktørs ledermøter
- protokoll fra Beredskapsledelsens møter
- referater fra smittevernseksjonens møter
- interne styrende dokumenter i sykehusets kvalitetssystem (HELIKS)
- dokumentert smittesporing
- pasientjournaler, avvik og varsler til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten
- referater fra smittevernvisitter
- informasjon og nyhetsoppslag på sykehusets Internett og Intranett
- eksterne styrende dokumenter fra Folkehelseinstituttet (FHI)

Se nærmere under pkt. 4.2- 4.4. Dokumentasjon om hvem som er intervjuet og hvilken dokumentasjon som ligger til grunn.

### 5.1. Intervjuer med pasienter og pårørende

Følgende hovedtrekk fremkommer etter samtalen:

#### 5.1.1. Informasjon

I intervjuene er det spesifikt spurt om det er gitt informasjon til pasienter og pårørende vedrørende smittevern. Gjennomgående tilbakemeldinger fra pasient og pårørende er at de opplevde at informasjonen var mangelfull på utbruddsavdelingene. Flere pasienter oppgir at de måtte etterspørre informasjon om dagens regler og rutiner.

Enkelte pasienter fikk ha pårørende på besøk. Disse pårørende refererer til at de opplevde manglende informasjon om gjeldende smittevernsrutiner og at bruken av smittevernustyr tildels var mangelfull.

Nesten alle pasienter og pårørende bekrefter at de ble covid-19 screenet ved hovedinngang/innleggelse.

Vedrørende formidling av svar på positiv covid-19-test til pasient og pårørende, påpeker flere at de opplevde mangelfull informasjon om hvilke konsekvenser dette kunne ha for deres helsetilstand, samt at pårørende ikke ble informert direkte fra sykehusets ansatte, men via pasienten selv. Enkelte pårørende forteller at de ringte og etterspurte mer informasjon, men fikk ikke alltid snakke med sykepleier eller lege, og dermed ble pasienten hovedkilden til informasjon. Dette skapte usikkerhet hos flere pårørende.

Enkelte pårørende undret seg over informasjonsflyt fra ledelse til ansatte, og stiller spørsmål om denne har vært tilstrekkelig.

### 5.1.2. Isolering og omsorg

Flere pasienter beskriver at de var redde når de ble isolert på enerom grunnet smitte. Enkelte opplevde at generell sykepleie og medisinsk behandling ikke ble tilstrekkelig ivaretatt da de var smitteisolert. Enkelte pårørende fikk ikke komme på besøk, tross at de opplevde pasientens situasjon som alvorlig.

### 5.1.3. Etterlevelse smittevern

Pasienter og pårørende stiller spørsmål om sykehuset har tilpasset sine lokaler til pandemien. De var skeptiske til bruk av flersengsrom, rombytter, renhold av felles kontaktflater, åpen dagligstue og at flere pasienter beveget seg mye rundt i avdelingen.

Enkelte opplevde at det var vanskelig å holde avstand og at de ikke ble skjermet nok fra andre pasienter med tanke på sin alvorlige grunnlidelse og smitterisiko.

Noen pasienter og pårørende har vært kritiske til at de ikke har blitt testet før utskrivning. Enkelte pasienter opplevde at de ikke ble testet til tross for symptomer.

Pasienter og pårørende er kritiske til at de ikke ble kontaktet av sykehuset da smitteutbruddet ble erkjent. De stiller spørsmål ved hvorfor de først ble kontaktet av kommunens personell vedrørende smitte, og ikke av sykehuset. Flere informerte selv sykehuset om at de hadde blitt smittet. De stiller også spørsmål om kommunikasjonen mellom sykehus og kommuner har vært god nok.

Pasienter og pårørende var nesten uten unntak kritisk til at det i liten grad ble brukt munnbind når det samtidig var økende smitte i Grenlandsregionen.

## 5.2. Intervjuer med kommuner

I alt 17 personer fra ti ulike kommuner ble i dialogen med kommunene bekreftet som *mest sannsynlig* smittet relatert til sine innleggelse på Sykehuset Telemark under smitteutbruddet og intervjuene ble følgelig gjort med ti kommuner.

### 5.2.1. Konsekvenser for innbyggerne og helsetjenestene i kommunene

Enkelte kommuner rapporterte betydelige konsekvenser med videresmitte, karantenisering og driftsproblemer i de kommunale helsetjenestene. I følge kommunenes undersøkelser var det 42 tilfeller av videresmitte og omtrentlig 500 karanteniseringer. Det ble rapportert fire dødsfall relatert til videresmitte. For enkelte av kommunene sammenfalt smitteutbruddet på Sykehuset Telemark med høyt smittepress i egen kommune, mens det for andre kommuner var lavt smittepress. Det kan av den grunn antas varierende grad av usikkerhet knyttet til hvorvidt alle tilfellene reelt kan knyttes til smitteutbruddet på sykehuset. Analyseteamet har ikke kvalitetssikret disse tallene.

### 5.2.2. Kommunikasjon med kommunene under smitteutbruddet

Samtlige kommuner opplevde kommunikasjonen og dialogen med Sykehuset Telemark som mangelfull i forbindelse med smitteutbruddet. Flertallet av kommunene ga inntrykk av at det hadde vært få formelle møter omkring pandemien og mangelfulle oppdateringer om smittesituasjonen på sykehuset i månedene før smitteutbruddet. Dette står i kontrast til perioden før sommeren hvor alle kommunene rapporterte om tett samarbeid og god dialog. Under selve smitteutbruddet ble det ikke gitt varsel om dette til alle kommuner. Enkelte kommuner fanget først opp informasjonen om smitteutbruddet via mediedekningen i etterkant av smitteutbruddet, eller via tilfeldige kanaler fra egne ansatte eller pasienter/pårørende. Det har for enkelte kommuner vært uklart hvem som var sykehusets kontaktpunkt for spørsmål knyttet til smittesporing. Dette gjelder spesielt kveld, natt og helg. Kommunene fremhever også viktigheten av rask beskjed om positive prøvesvar for inneliggende pasienter. Dette for å ivareta rask smittesporing og for å kunne forberede tjenestetilbudet til pasienter med smitte.

### 5.2.3. Spesielt om kommunikasjon vedrørende smittesporing og karantenisering

Pasienter som fikk påvist covid-19-sykdom under oppholdet på Sykehuset Telemark ble ved utskrivelse meldt til kommunene i henhold til Delavtale om innleggelser og utskrivningsklare pasienter mellom Sykehuset Telemark og kommunene. Det har i enkelttilfeller vært noe uenighet om tempo og forberedelsestid før ferdigbehandlede pasienter på sykehuset ble utskrevet til kommunale helsetjenester.

Da smitteutbruddet, og senere også omfanget ble erkjent, varslet ikke sykehuset kommunene om pasienter som var utskrevet og som kunne være smittet.

Blant de utskrevne pasientene ble det identifisert pasienter med smitte. Noen av disse har bidratt til videre smitteutvikling i kommunene.

#### 5.2.4. Testing og avklaring av utskrivningsklare pasienter

Flertallet av kommunene uttrykker et sterkt ønske om testing/avklaring av smittestatus før pasientene skrives ut til kommunene. Dette gjelder særlig pasienter i behov av enten institusjonsplass eller kommunale hjemmetjenester. Enkelte kommuner har, delvis på bakgrunn av erfaringene med dette smitteutbruddet, innført egne særordninger hva gjelder karantenisering av pasienter som skrives ut fra Sykehuset Telemark.

### 5.3. Fremstilling av hendelsesforløpet

7. desember informerer en ansatt om at hen har utviklet symptomer etter å ha vært på jobb på medisinsk avdeling kvelden før. Den ansatte karanteneres og testes kommunalt 8. desember. Sykehuset blir informert om positivt prøvesvar 10. desember. Det settes i gang smittesporing og karantenisering av pasienter og ansatte som vurderes som nærkontakter frem mot 13. desember. 13. desember testes alle pasienter som er inneliggende denne dagen. I tillegg testes alle ansatte. Dette fører til kontroll på smitten på medisinsk avdeling.

Det antas at 4. desember er første smittetidspunkt, ut fra at det er 48 timer før symptomstart.

Frem til 13. desember blir det skrevet ut pasienter med ikke-erkjent smitte fra medisinsk avdeling. Det er også overført en pasient til kirurgisk avdeling. Pasienten har i forkant av overføringen testet negativt. Hen blir ikke karantenisert eller testet på nytt 13. desember.

14. desember legges det inn en pasient utenfra inn på kirurgisk sengepost som viser seg å være smittet før innleggelsen. Hen testes og isoleres 15. desember. Det blir påvist at ansatte på kirurgisk avdeling er smittet den 11, 15, og 16. desember. 18. desember blir det gjort testing av to pasienter i forbindelse med planlagt overflytting til andre sykehus. Begge pasientene er smittet. Det erklæres smitteutbrudd på kirurgisk avdeling. Samme dag testes og karanteneres alle pasienter og ansatte. Dette fører til kontroll på smitten ved kirurgisk avdeling.

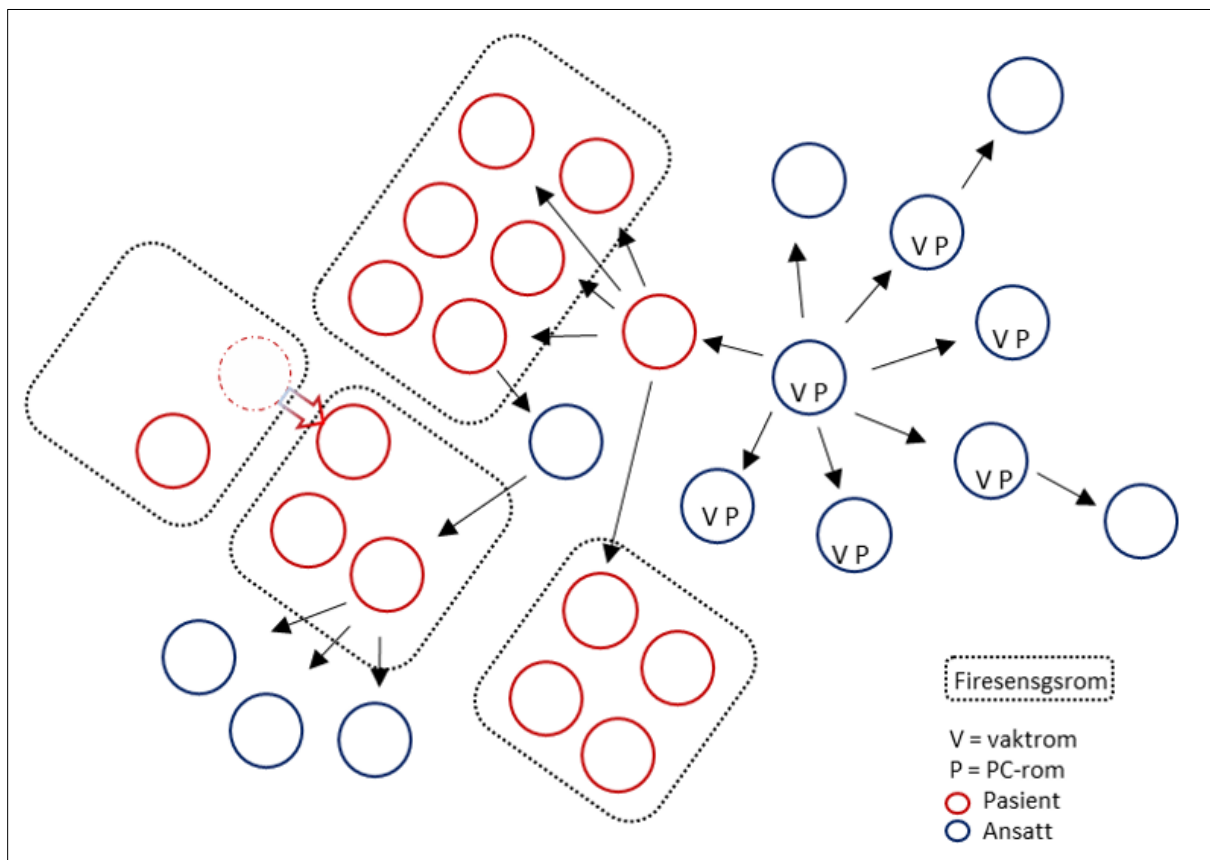
Sannsynligvis ble 17 pasienter internt smittet. Fem av disse pasientene er i dag døde. I tillegg ble 25 ansatte sannsynligvis smittet mens de var på jobb.

Referanser og styrende dokumenter:

- Hendelsesdiagram Medisin og Hendelsesdiagram Kirurgi (Vedlegg 2-3)
- HELIKS ID 13882 Covid-19 Smitteoppsporing og informasjonsflyt ved påvist smittet ansatt og pasient. Karantenereregler for ansatte. (Vedlegg 6 og 7)
- HELIKS ID 12078 covid-19 Smittevern ved håndtering av pasienter med mistenkt eller bekreftet infeksjon med koronavirus (Vedlegg 8 og 9)
- Håndtering av covid-19-utbrudd i sykehus (FHI) (Vedlegg 10)

## 5.4. Smittekart og sengepostkart

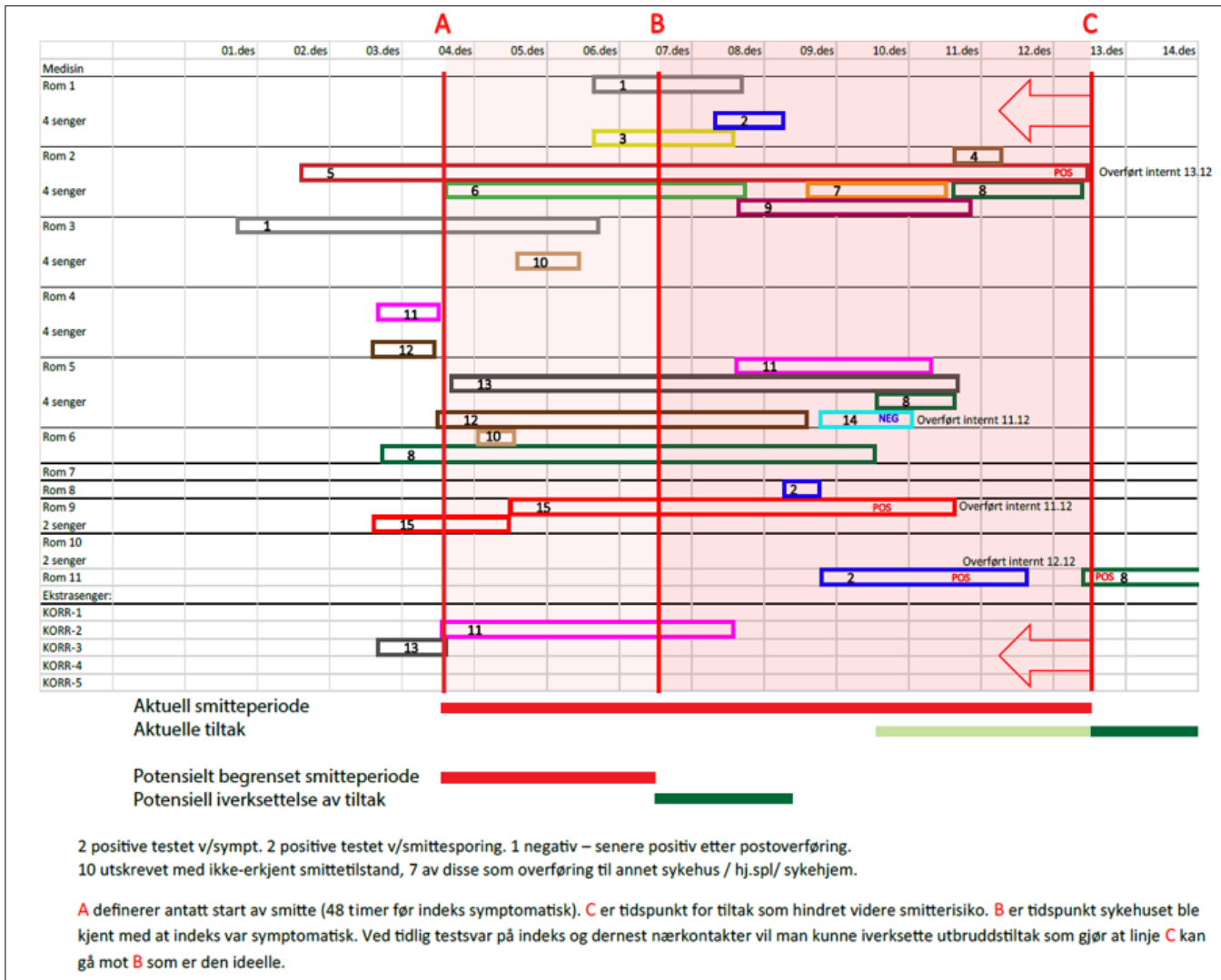
### 5.4.1. Smittekart medisin



**Figur 1 Smittekart medisin**

Figur 1 viser grafisk fremstilling av antatte smitteveier identifisert ved smittesporing. Blå ringer indikerer ansatte, røde ringer indikerer pasienter. Pasientene er gruppert etter hvilket rom de lå på, men ikke alle lå nødvendigvis på samme rom samtidig.

5.4.2. Sengepostkart medisin

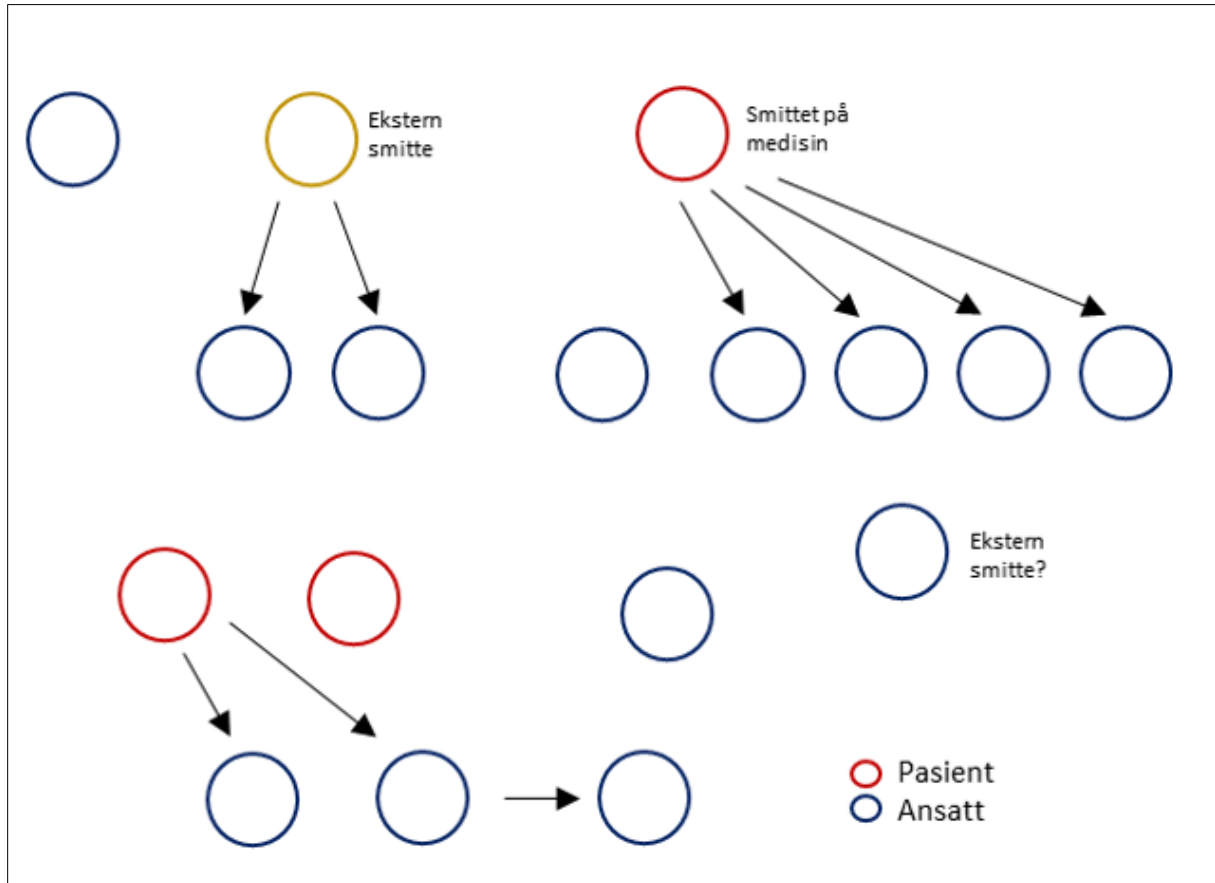


Figur 2 viser rom med antall senger i avdelingen. Romnummer er fjernet og pasientene er anonymisert. Boksene med farger og nummer angir den enkelte pasient, hvor pasienter har ligget og hvor pasienten har blitt flyttet internt i avdelingen. Oversikten viser pasienter med positiv covid-19-test enten under eller i etterkant av oppholdet. «POS» indikerer positiv PCR test, «NEG» indikerer negativ PCR test på gitte tidspunkt.

A definerer tidspunkt for antatt første mulige smittetidspunkt (48 timer før indeks symptomatisk). C er tidspunkt for når smitteverntiltak som hindret videre smitterisiko internt i avdelingen, ble virksomme. Ideelt ville et raskt svar på de første prøvene bidratt til rask innsetting av smitteverntiltak og tilsvarende hurtig bekjempelse av

Figur 2 Sengepostkart medisin

5.4.3. Smittekart kirurgi



**Figur 3 Smittekart kirurgi**

Smittekart kirurgi viser antatte smitteveier identifisert ved smittesporing. Blå ringer indikerer ansatte, røde ringer indikerer pasienter med intern smitte. En pasient med antatt smitte var en overflytting fra medisin, to pasienter ble internt smittet på kirurgisk avdeling. Den gule ringen angir pasient som var eksternt smittet, men som likevel er med i diagrammet, da hen overførte smitte til to ansatte. Pasienter og ansatte er anonymisert.

## 5.5. Hovedfunn og medvirkende årsaker

Testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK) er en helt sentral nasjonal strategi for å oppdage smitteutbrudd med covid-19 på et så tidlig tidspunkt som mulig, og slå utbruddet raskt tilbake. Under det aktuelle smitteutbruddet på Sykehuset Telemark har det vært nedlagt et omfattende arbeid i henhold til denne strategien, og det har vært omfattende innsats lokalt av involverte avdelinger og smittesporere. Funnet fremkommet i hendelsesanalysen tyder imidlertid på at koordinering av innsatsen har vært mangelfull på flere områder.

### 5.5.1. Forsinkelse i identifisering av utbrudd

Et sentralt punkt for tidlig å oppdage et smitteutbrudd er at ansatte med symptomer, som har vært på jobb de siste 48 timer før de utvikler symptomer, tidlig får avklart sin smittestatus slik at smittesporing, testing og karantenering av øvrige ansatte og pasienter kan igangsettes.

Den antatte opprinnelsen for dette smitteutbruddet var en ansatt som utviklet symptomer kort tid etter at hen var ferdig med sin arbeidsøkt, og som hadde vært på jobb ved flere anledninger de siste 48 timer før hen utviklet symptomer. Den ansatte meldte raskt til sin leder om egne symptomer. Leder ved aktuelle avdeling rådførte seg med smittevernenheten ved sykehuset og det ble bestemt at den ansatte skulle teste seg i egen kommune. Den aktuelle testen ble tatt halvannet døgn etter at hen utviklet symptomer og besvart ytterligere to døgn senere. Dette førte til en tidsforsinkelse på litt over tre døgn i forhold til hva man teoretisk kunne oppnådd ved rask testing på Sykehuset Telemark.

### 5.5.2. Testkapasitet og teststrategi

Sykehuset Telemark hadde på aktuelt tidspunkt en begrenset tilgang på såkalte hurtigtester (PCR-metodikk) med et totalt antall tester tilgjengelig pr uke på omtrent 60. Svartiden fra testen tas til svar foreligger er rundt tre timer. Disse hurtigtestene ble rasjonert til å benyttes på pasienter hvor enten mistanken om covid-19-sykdom var stor, eller konsekvensene av smitte ville bli store. For øvrige pasienter ble det benyttet ordinær PCR test som ble sendt til Sykehuset i Vestfold for analyse. Forventet svartiden var 12-24 timer, avhengig av når på døgnet prøven ble tatt og hvordan transporten til laboratoriet i Vestfold foregikk. Denne typen PCR test var det god kapasitet på og ingen mangelsituasjon forelå.

For ansatte var hovedregelen at disse skulle testes i hjemkommunen, men det var også en teststasjon for ansatte på sykehuset. Denne teststasjonen hadde åpningstid på en time pr dag, og tid til test måtte bestilles av leder dagen i forveien. Det ble benyttet ordinær PCR test på denne stasjonen, og prøvesvar forelå rundt 10 timer etter at testen ble tatt. I forbindelse med smitteutbrudd som dette økte man kapasiteten for testing av ansatte og benyttet seg av både ordinære PCR tester utenom teststasjonens åpningstid og unntaksvis hurtigtester.



### 5.5.3. Testing av ansatte

Det framkommer av intervjuer med aktuelle avdeling, smittevernenheten og representanter i beredskapsledelsen at fokuset til Sykehuset Telemark på dette tidspunktet var en bekymring for å gå tom for hurtig PCR-tester inn mot julehøytiden, og at man var fokusert på å rasjonere med denne typen tester. Videre framkommer det at sykehusets egen teststasjon hadde begrenset åpningstid, men at man hadde muligheter til å omgå teststasjonen og unntaksvis utføre tester på egne ansatte utenom åpningstiden.

Det fremkommer ikke at det har vært gjort en tilstrekkelig risikovurdering når den ansatte ble testet i egen kommune med de forsinkelser dette innebar. Denne vurderingen førte til en forsinkelse på ca. tre døgn i smittesporing, testing og karantenisering av øvrige ansatte og pasienter. Årsaken til denne svikten kan knyttes til uklare kriterier og usikkerhet for rasjonering og bruk av «hurtig» PCR-tester og at dette videre synes å ha påvirket bruken av ordinære PCR-tester som det var god tilgang til.

Det framkommer manglende risikoforståelse i deler av organisasjonen, når det gjelder potensielle konsekvenser ved forsinket diagnostikk av ansatte som har jobbet klinisk kort tid før utvikling av symptomer.

### 5.5.4. Manglende plan for utbruddshåndtering

Sykehuset Telemark har planverk for opptrapping av behandlingsskapasitet for pasienter med covid-19. Disse planene inneholder beskrivelser for intensivkapasitet og behandling, opprettelse av smitteavdelinger og personellmobilisering. Det har vært gjennomført interne utdanningsprogram for sykepleiere, leger og annet helsepersonell.

Det finnes imidlertid ingen overordnet plan som beskriver de koordinerte aksjoner som skal iverksettes ved et smitteutbrudd. Organisasjonen var ikke kjent med den nasjonale veilederen for utbruddshåndtering i helseinstitusjoner. Denne veilederen ble første gang publisert 9. desember 2020, omtrent samtidig med tidspunktet smitteutbruddet fant sted, og dette må tas med inn i vurderingen av det som nå i ettertid evalueres. Se vedlegg 10, Håndtering av covid-19 smitte i sykehus.

### 5.5.5. Utskrivelse og forflytting av ikke-erkjent smittede pasienter

Når smitten var identifisert, fungerte smittesporingen av ansatte og de pasientene som fortsatt var inneliggende på de to avdelingene godt. Samarbeidet mellom lokalt smittesporingsteam og sykehusets smittevernenhet for disse gruppene var tilfredsstillende.

Det er identifisert vesentlig svikt i smittesporingsarbeidet for de pasienter som allerede var utskrevet fra avdelingen, men som hadde vært inneliggende på et tidspunkt der det burde vært erkjent at det var mer utbredt smitte i avdelingen.

Det var også svikt i kommunikasjonen med kommunale smittesporingsteam der disse pasientene var utskrevet.

De første dagene etter at utbruddet ble erkjent, konsentrerte man seg om å teste og karantenisere definerte nærkontakter av den indeks-ansatte og av de pasienter og ansatte som fortløpende fikk positive prøvesvar. Det tok rundt tre døgn fra smitteutbruddet ble erkjent til hele avdelingen var gjennomtestet, en betydelig forsinkelse.

Et sentralt område for å kunne gjøre nøyaktig smittesporing tilbake i tid er tidlig oversikt og kontroll over pasientforflytninger internt i avdelinger og mellom avdelinger. I dette arbeidet kreves spesialkompetanse om sykehusets elektroniske pasientjournal, og kunnskap om hvordan man skal hente ut data slik som post-, rom- og sengeplassering for de ulike pasienter til enhver tid. Det var ikke kjent for smittevernenheten og smittesporerne at denne nøkkelinformasjonen fantes i sykehusets journalsystem eller at sykehuset hadde tilgjengelige ressurser til å hente den frem.

#### **5.5.6. Informasjonsbehov internt og eksternt**

Det er ikke en felles oppfatning i ledelsen av når det var et smitteutbrudd, og hvor omfattende smitteutbruddet var. Når beredskapsledelse ble satt 10. desember, vurderte de å varsle bredt ut mot kommuner og samarbeidspartnere. Dette ble ikke gjort da de oppfattet at utbruddet var under kontroll og at det var lokalisert til Sykehuset Telemark. Bred varsling ut til omgivelsene kunne ha begrenset størrelsen på smitteutbruddet.

Det framkommer videre at det var et stort informasjonsbehov til pasienter og pårørende på aktuelle avdelinger. Pasienter og pårørende oppfattet at det var manglende åpenhet rundt smitteutbruddet, og at de fikk lite informasjon på direkte spørsmål. De ansatte på aktuelle avdelinger var usikre på hvordan de skulle håndtere situasjonen, delvis av frykt for å bryte taushetsplikt mot andre pasienter.

Det ble skrevet ut pasienter uten varsel til kommunene, fram til alle inneliggende pasienter ble testet. Både pasienter som senere viste seg å være nærkontakter, og pasienter som kun var inneliggende på avdelingen under smitteutbruddet, ble utskrevet uten varsel. Det ble heller ikke varslet i etterkant. Det har oppstått smitte i begge disse kategoriene.

#### **5.5.7. Ansvarsfordeling mellom linjeledelse og smittevernenhet i smittesporingsarbeidet**

Smittesporingsarbeidet på Sykehuset Telemark er organisert som et samarbeid mellom lokale avdelinger med sine linjeledere og en sentral smittevernenhet under faglig ledelse av smittevernoverlegen. De lokale avdelingene gjorde størsteparten av smittesporingsarbeidet, mens smittevernenheten bistod med faglige råd og var ansvarlige for varsling og kommunikasjon med kommunene. Det er avdekket uklare ansvars og myndighetsforhold mellom linjeledelsen og smittevern, spesielt knyttet til spørsmål om iverksetting av karantenisering. Det har også vært ulik forståelse av disse ansvarsforholdene i intervjuer med deltakere i beredskapsledelsen.

Sykehuset Telemark har hatt ansatt smittevernoverlege i 40 % stilling. Denne funksjonen har i perioder gjennom pandemien vært midlertidig forsterket, men ikke på tidspunktet smitteutbruddet fant sted.

#### **5.5.8. Manglende risikovurdering ved økt smittetrykk lokalt og bruk av flersengsrom og fellesareal**

I begynnelsen av desember var sykehuset i normal drift med ekstraordinære smitteverntiltak. Sykehusets ledelse vurderte driftsnivået til å være i tråd med nasjonale og regionale føringer. I ledelsen var det likevel ulike vurderinger av risikoen ved normal drift opp mot økende smitte i Grenlandsregionen.

Det ble satt grønn beredskap da smitteutbruddet ble erkjent 10. desember.

Beredskapsnivået ble hevet til gult nivå 17. desember.

Begge avdelingene som var involvert i smitteutbruddet, har en romstruktur med flersengsrom og utstrakt bruk av fellesareal. På den ene avdelingen kan et stort flertall av smittetilfellene spores tilbake til slike flersengsrom. Det foreligger ikke noen plan på verken avdelingsnivå eller sykehusnivå som risikovurderer bruk av flersengsrom opp mot smittetrykk i eller utenfor sykehuset.

#### **5.5.9. Utfordrende omsorg for isolerte pasienter**

Da smitteutbruddet ble erkjent og pasienter ble bekreftet smittet eller isolert i påvente av prøvesvar, fortalte pasienter og pårørende at det var kaos-stemning i avdelingen. Flere pasienter beskriver videre at de var redde og i total ensomhet når de ble isolert. Enkelte opplevde i tillegg at grunnleggende pleie og omsorg ikke ble tilstrekkelig ivaretatt da de ble smitteisolert.

Enkelte pårørende fikk ikke komme på besøk, tross at de opplevde at pasientens situasjon var alvorlig.

#### **5.5.10. Mangelfull informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende**

Det fremkommer i intervjuene at pasienter og pårørende ikke fikk tilstrekkelig informasjon om smitteutbruddet. Ved formidling av svar på positiv covid-19-test, forteller pasient og pårørende at de fikk mangelfull informasjon om hvilke konsekvenser dette kunne ha for deres helsetilstand. Flere av de pårørende fikk ikke informasjon fra sykehusets ansatte, men kun fra pasienten selv.

Pasienter og pårørende etterlyste også skjerpede smitteverntiltak overfor sårbare pasienter i en periode da det var økende smitte i Grenland. Det stilles også spørsmål ved samhandlingen mellom sykehus og kommune.

## 6. Forbedringstiltak

### Forbedringstiltak – forslag til oppdragsgiver

**Analyseteamet har identifisert flere forbedringstiltak. Flertallet av tiltakene vil inkluderes i forbindelse med oppfølging av FHIs utbruddsveileder.**

**Sykehuset Telemark bør etablere plan for smitteutbrudd inkludert en utbruddsgruppe, i tråd med FHIs utbruddsveileder.**

- Planverket skal beskrive de administrative ansvarsforholdene og definere sammensetningen av en operativ utbruddsgruppe
- Planverket skal beskrive hvordan smittesporingen utføres og hvilke registreringsverktøy som skal benyttes.
- Planverket skal beskrive teststrategi inkludert testing av ansatte og en plan for oppjustering av testkapasitet ved et utbrudd.
- Planverket skal beskrive korrekt varsling internt og eksternt ved et smitteutbrudd.
- Planverket skal inneholde en kommunikasjonsplan mot kommunene, andre berørte helsetjenester, pasienter, pårørende, ansatte og media.
- Planverket skal inneholde en smittevernplan som beskriver behovene for personellressurser, arealer, tekniske installasjoner, arbeidsflyter, personlig beskyttelsesutstyr, rutiner for besøk og beskrive tiltak ved avslutning av utbruddet.

**Sykehuset Telemark bør presisere ansvarsforhold mellom smittevernenhet/smittevernoverlege og linjeledelse under et smitteutbrudd.**

**Sykehuset Telemark bør risikovurdere bruk av flersengsrom og fellesareal i situasjoner med økende smittetrykk i og rundt sykehuset.**

**Pasientsikkerhet og arbeidsmiljø må sees i sammenheng også under en pandemi. Sykehuset Telemark bør iverksette tiltak som støtter opp om ansattes arbeidsmiljø og utfordrende arbeidsforhold som følge av smitteutbrudd og pandemi. Sett i lys av det store antallet smittede ansatte under utbruddet, bør Sykehuset Telemark tilstrebe fullvaksinasjon av ansatte som jobber i avdelinger med antatt høy risiko for smitteutbrudd.**

**Risikovurderinger må være en del av planlegging, gjennomføring og evaluering av alle smitteverntiltak både internt i sykehuset og med eksterne partnere.**

## 7. Tidsbruk og kostnader

### 7.1. Tidsbruk

Rolle	Antall timer (anslag)
Analyseteam	1040
Pasienter og pårørende	30
Kommuner	40
Intervjuer og analysemøter	80
Pasient- og brukerombudet	25
SUM	1215

### 7.2. Kostnader

Beregning av merkostnader som hendelsen kan ha generert, i form av for eksempel forlenget liggetid, behov for ekstra behandling og pleie, tap av leveår og karantenering, inngår ikke i mandatet.

## 8. Pasient- og brukerombudets kommentarer

Pasient- og brukerombudet i Vestfold og Telemark, kontor Skien, har vært invitert til å medvirke i hendelsesanalysen. Ombudet har ikke tidligere medvirket i hendelsesanalyser ved Sykehuset Telemark, og medvirkningen skjer med utgangspunkt i at ombudsrollen er selvstendig og uavhengig. Under hendelsesanalysen har ombudet vært med i alle møtene med pasienter og etterlatte der disse har ønsket ombudets medvirkning. Ombudet har vært opptatt av god ivaretagelse av pasientene og de etterlatte når de har stilt opp til intervjuer for analysearbeidet. Intervjuene foregikk systematisk, men det var også satt av tid til fri samtale. Det var viktig at de som medvirket fikk komme fram med det de ønsket å fortelle og som de opplever som vesentlig og viktig. I forbindelse med intervjuene fikk pasientene, pårørende og etterlatte informasjon om kontaktpersoner på sykehuset i de tilfellene der det er behov for eller ønske om videre oppfølging, og de ble informert om muligheten for å få bistand fra Pasient- og brukerombudet. Ombudet deltok også i analysemøtene med de berørte avdelingene og med beredskapsledelsen. I møtene fikk ombudet anledning til å stille spørsmål og komme med innspill. Ombudet har ikke gitt føringer for konklusjoner eller forslag til tiltak i hendelsesanalysen.

## 9. Oppdragsgivers kommentarer

### 9.1. Tiltak

I sluttrapporten er det sannsynliggjort at 17 pasienter ble internt smittet på sykehuset under utbruddet i desember 2020. Av disse er fem døde.

Utbruddet har også ført til videresmitte og store konsekvenser for flere kommuner. Videre er det sannsynliggjort at 25 ansatte i sykehuset er blitt smittet på jobb.

Sluttrapporten beskriver mangler ved sykehusets system for håndtering av smitteutbrudd i en pandemi. Med denne innsikten, ser vi at pasientene som ble internt smittet med covid-19 under utbruddet i desember ikke har fått god nok helsehjelp.

Analyseteamet har foreslått en rekke målrettede forbedringstiltak på systemnivå. Tiltakene synes hensiktsmessige og vil redusere risikoen for at et senere utbrudd, hvis det skulle oppstå, ikke vil få så store konsekvenser.

Et sjettede dødsfall skjedde våren 2020 og har vært gjenstand for en egen hendelsesanalyse. Alle dødsfallene er varslet til Statens helsetilsyn og til Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom).

De foreslåtte tiltakene skal inngå i en samlet handlingsplan med frister for gjennomføring. Handlingsplanen skal beskrive hvem som er ansvarlige for de ulike tiltakene, i tillegg hvordan gjennomføringen skal kontrolleres og evalueres.

Sykehuset understreker at arbeidet er i gang og gis høyeste prioritet.

### 9.2. Tilbakemelding

Sluttrapporten gjøres kjent for involverte:

1. Sluttrapporten legges fram for Statsforvalteren i Vestfold og Telemark.
2. Involverte pasienter og pårørende informeres.
3. Sluttrapporten legges fram for ansatte. Det legges ut informasjon på sykehusets intranettsider.
4. Sluttrapporten legges fram for kommunene.
5. Sluttrapporten legges fram for media og er offentlig tilgjengelig på sykehusets intranett- og internettsider.

### 9.3. Oppfølging

Sluttrapporten behandles i sykehusets ledelse og beredskapsledelsen. Sykehusets styre orienteres. Det rapporteres på framdrift og resultater til kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget, AMU, brukerutvalget, ledergruppe og sykehusets styre. Pasienter, pårørende og kommuner holdes oppdatert i relevante fora og via sykehusets internettsider.

## 10. Ordliste

avvikshåndtering	rutiner for å identifisere, dokumentere og rapportere avvik samt avdekke årsaker og iverksette korrektive tiltak, evaluere tiltakenes effekt og sammenstille og formidle/dele erfaringer
------------------	--

bakenforliggende/ medvirkende års	årsak, oftest på systemnivå, som dersom den elimineres reduserer risiko for avvik
hendelsesanalyse	systematisk identifisering av årsaker, bakenforliggende årsaker for nestenhendelse, uønsket hendelse og risiko
pasientsikkerhet	vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser
risiko	sannsynlighet for at en uønsket hendelse kan inntreffe og mulig konsekvens
risikostyring	rutiner for å identifisere, analysere, vurdere og eliminere årsaker eller omstendigheter som kan føre til pasientskade samt for å konstruktivt bruke erfaringer
uønsket hendelse	hendelse som har ført til eller kunne ha ført til pasientskade
C-19 PCR-test	Koronatest med høy grad av treffsikkerhet. Kan både være ordinær og hurtigtest
indeks	Person som er utgangspunkt for smitteutbruddet
fellesareal	Omfatter rom og korridor der pasienter og/eller ansatte oppholder seg., for eksempel dagligstue og arbeidsrom for ansatte (vaktrom, PC-rom, medisinrom etc.)
karantenisere	Sette i karantene

## 11. Vedlegg

Tabellen under inneholder vedleggene til sluttrapporten. Vedleggene gir utfyllende informasjon til rapporten. Det er vist til vedleggene fortløpende i teksten.


Utrykte vedlegg utleveres på forespørsel.

Nr	Vedleggets navn	Form
1	Mandat hendelsesanalyse	Trykt vedlegg
2	Hendelsesdiagram Medisin	Trykt vedlegg
3	Hendelsesdiagram Kirurgi	Trykt vedlegg
4	Intervjuguide pasienter og pårørende	Trykt vedlegg
5	Intervjuguide kommuner	Trykt vedlegg
6	HELIKS ID 13882 covid-19 Smitteoppsporing og informasjonsflyt ved påvist smittet ansatt og pasient. Karantenerregler for ansatte v. 1.40/11.12.2020	Utrykt vedlegg


Nr	Vedleggets navn	Form
7	HELIKS ID 13882 covid-19 Smitteoppsporing og informasjonsflyt ved påvist smittet ansatt og pasient. Karantenerregler for ansatte v 1.38 /02.12.2020	Utrykt vedlegg
8	HELIKS ID 12078 covid-19 Smittevern ved håndtering av pasienter med mistenkt eller bekreftet infeksjon med koronavirus (coronavirus) v. 6.32/09.12.2020	Utrykt vedlegg
9	HELIKS ID 12078 covid-19 Smittevern ved håndtering av pasienter med mistenkt eller bekreftet infeksjon med koronavirus (coronavirus) v. 6.31/10.12.2020	Utrykt vedlegg
10	<a href="#">Spesialisthelsetjenesten håndtering utbrudd</a> (FHI ) med <a href="#">Håndtering av covid-19-utbrudd i sykehus - gjennomgang av kritiske punkter</a>	Lenke til vedlegg
11	<a href="#">Delavtale om innleggelser og utskrivningsklare pasienter mellom Sykehuset Telemark og kommunene</a>	Lenke til vedlegg
12	<a href="#">Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten Sveriges kommuner og Landsting. Helsedirektoratet IS-0583</a>	Lenke til vedlegg



## Vedlegg 1 Mandat hendelsesanalyse

 SYKEHUSET TELEMAR  
  
**Mandat hendelsesanalyse - Analyse av hendelsesforløp og forbedringstiltak etter antatt intern smitte Covid-19**  
  
**Oppdragsgiver**  
Fagdirektør Halfrid Waage  
  
**Analiseleder**  
Elisabeth Hessen  
  
**Analyseteam og ressurser**  
Liv Holta Aas, Erling Dahl Borkamo, Tron Simen Doksrød, Anne Brynjulfen, Åse Kari Kringlåk  
  
Analiseleder styrker analyseteamet med ytterligere ressurser etter behov. Oppdragsgiver sørger for at disse stilles til disposisjon.  
  
**Involverte klinikker/avdelinger/samarbeidspartnere**

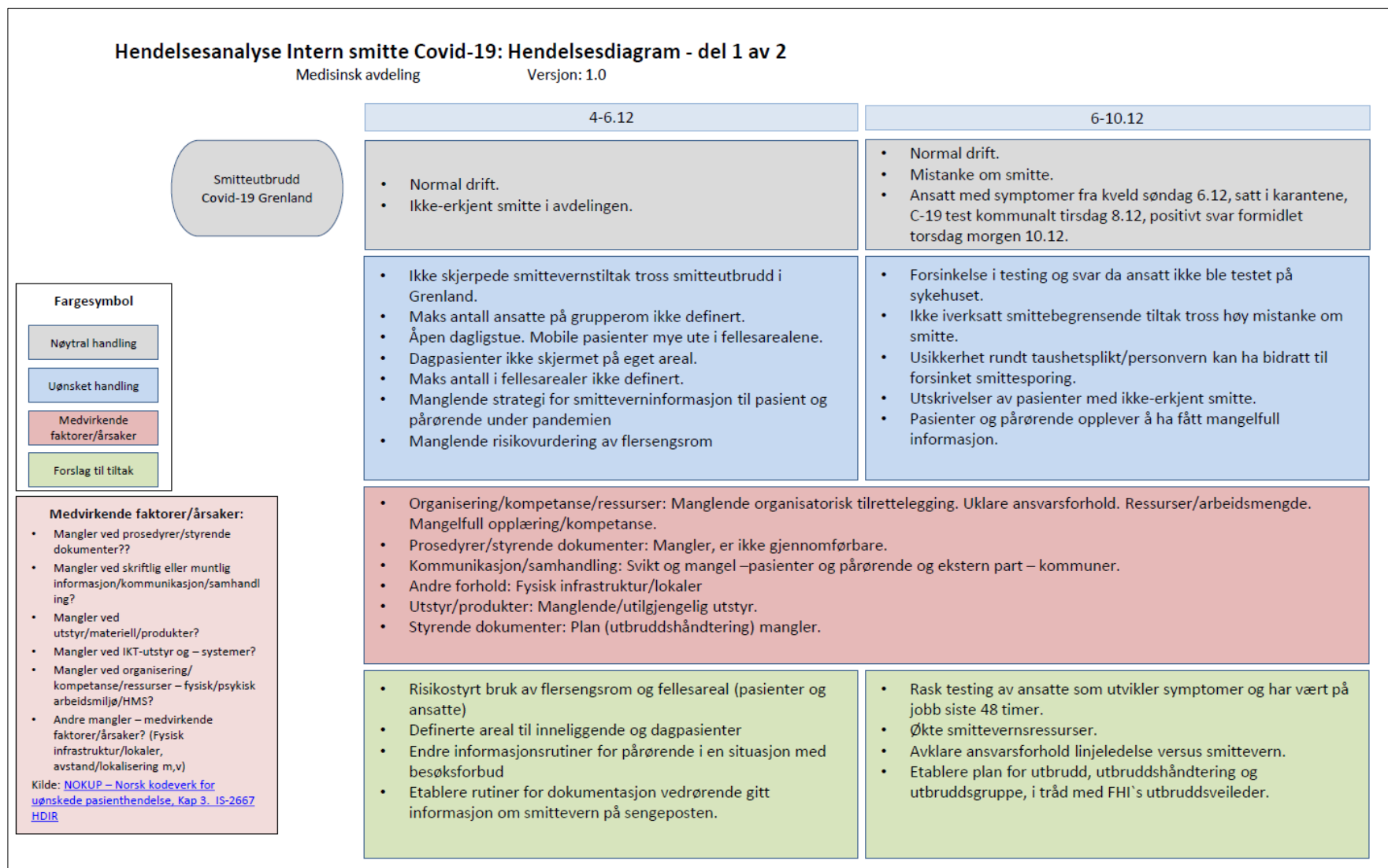
- Medisinsk klinikk
- Kirurgisk klinikk
- Fag og forskning – Smittevernseksjonen
- Beredskapsledelsen
- Eventuelt andre enheter som hendelsesanalysen avdekker er involvert, både internt i foretaket og eksternt

  
**Pasientmedvirkning**  
Pasienter og pårørende skal involveres i hendelsesanalysen. All relevant informasjon som de kan bidra med, må innhentes gjennom strukturerte intervjuer og komme fram i hendelsesanalysen. Pasient- og brukerombudet forespørres om å medvirke i analysen.  
  
**Bakgrunn**  
Femten pasienter er antatt smittet internt med Covid-19. Seks av disse er døde.  
  
Hendelsene er registrert i sykehusets avikssystem.  
  
Det er sendt varsel om dødsfallene til Statens helsetilsyn og Undersøkelsskommisjonen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a.  
  
Statsforvalteren i Vestfold og Telemark er informert.  
  
Pårørende og pasienter er informert om hendelsene og sine rettigheter til informasjon, oppfølging og erstatningssøknad hos Norsk pasientskadeerstatning i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde, femte og sjette ledd og § 3-3 tredje ledd.  
  
Offentligheten er gjort kjent med saken gjennom Sykehusets nettsider og media. SYKEHUSET TELEMAR  
  
**Oppdrag**  
*Tittel: Analyse av hendelsesforløp og forbedringstiltak etter antatt intern smitte Covid-19.*  
  
**Formål:**  
Hendelsesanalysen skal belyse hendelsesforløpet, hva som gikk galt og foreslå tiltak som kan sikre at lignende hendelser ikke skjer igjen.  
  
**Prosess**  
Hendelsesanalysen skal ta utgangspunkt i systematisk oppfølging av uønskede hendelser. Analysen innrettes slik analyseteamet finner hensiktsmessig ut fra sakens karakter.  
  
**Analysen skal omfatte**

- Gjennomgang av hendelsene og andre relevante forhold
- Informasjon som belyser hendelsen fra pasienter og pårørende
- Vurdering av kommunikasjon mellom STHF og samarbeidspartnere/kommuner
- Tidslinje/diagram fra mulig smittekilde/-sted, til utskrivelse. Dette inkluderer beskrivelse av aktuelle smittetilfeller, mulige uønskete hendelser, årsaker og mekanismer, samt iverksatte tiltak og forslag til forbedringer
- Relasjonskart over smittetilfellene og mulig intern sammenheng
- Vurdering av mulige årsaker og svikt
- Forslag til handlingsplan med anbefalte tiltak
- Konsekvenser for samarbeidspartnere/kommuner

  
**Avgrensninger:**  
Gjennomgangen er avgrenset til forhold knyttet til smittespredning og smitteutbrudd.  
  
**Rapportering**  
Resultatet av hendelsesanalysen overleveres oppdragsgiver for videre oppfølging senest 1. Mars 2021.  
  
  
*Skien 21.01.2021*  
  
*Dato/sted*  
  
  
*Halfrid Waage (sign.)*  
  
*Oppdragsgivers underskrift*

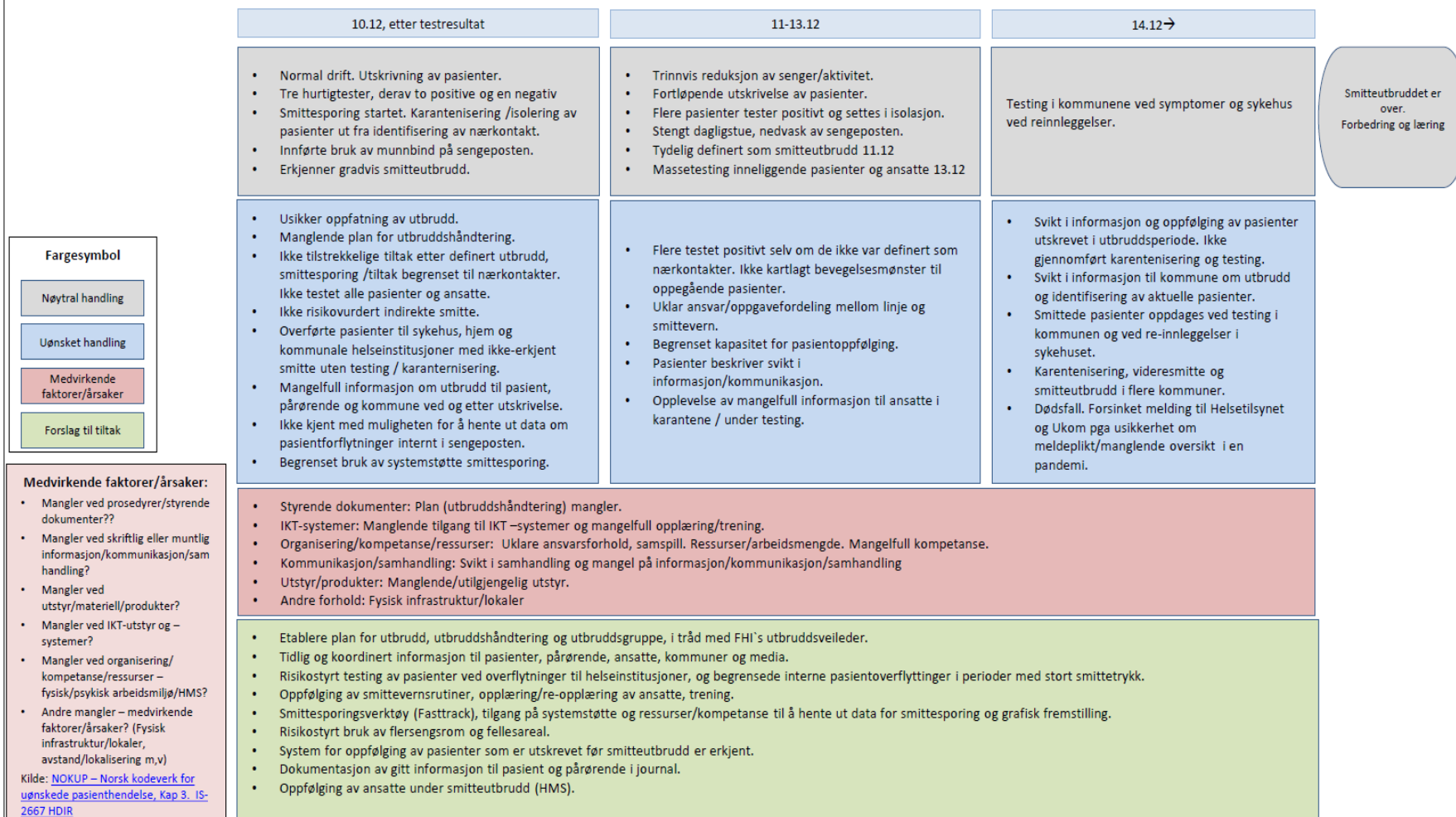
## Vedlegg 2 Hendelsesdiagram Medisin



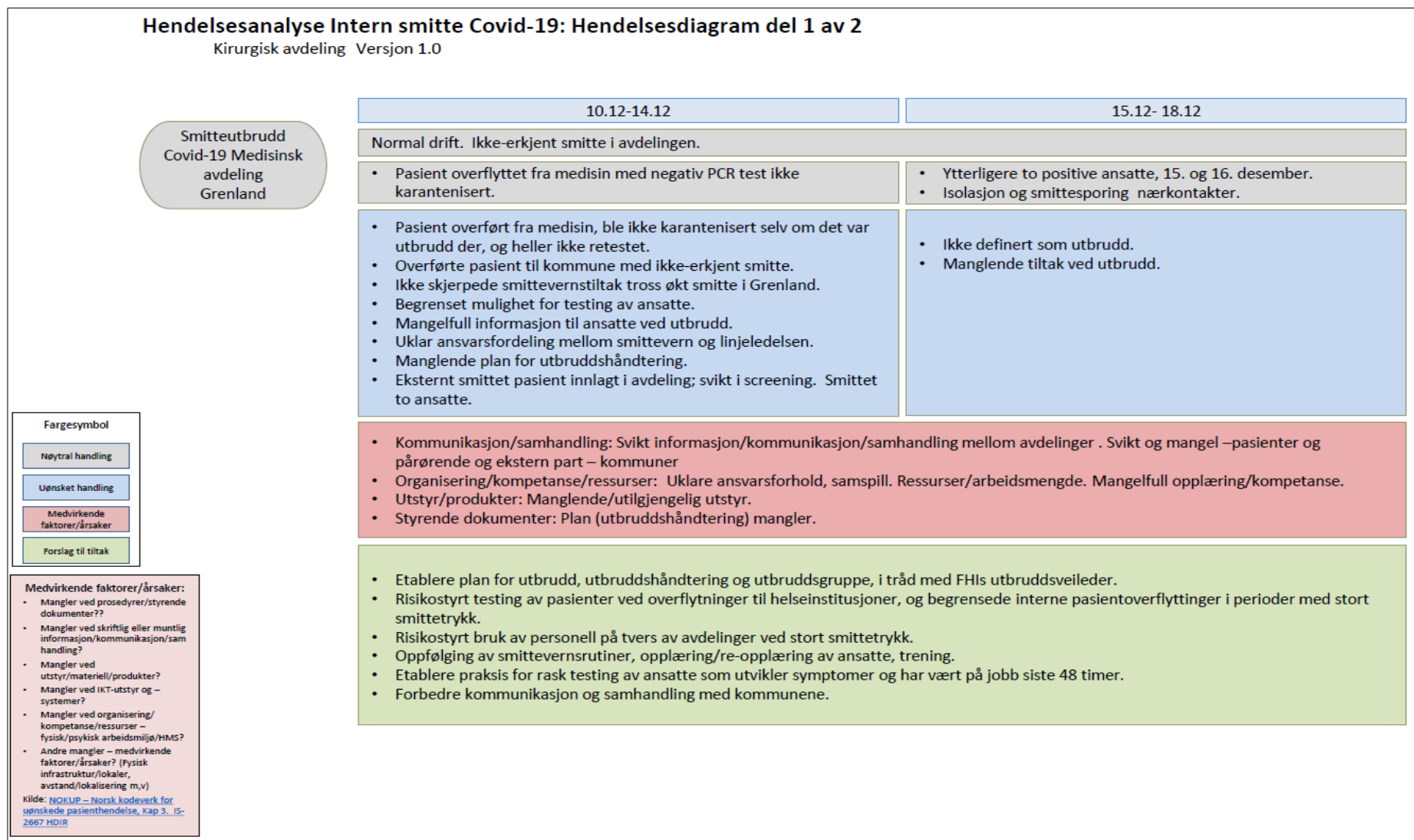
**Hendelsesanalyse Intern smitte Covid-19: Hendelsesdiagram - del 2 av 2**

Medisinsk avdeling

Versjon: 1.0



## Veldegg 3 Hendelsesdiagram Kirurgi



**Hendelsesanalyse Intern smitte Covid-19: Hendelsesdiagram del 2 av 2**

Kirurgisk avdeling Versjon 1.0

18.12	19.12
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flere positive ansatte.</li> <li>• Definert som utbrudd. Iverksetter smitteverntiltak. Smittevask. Testet alle inneliggende pasienter og ansatte.</li> <li>• Karantenering. Smittesporing</li> </ul>	<p>Videre smitte forhindret av iverksatte tiltak- utbrudd over.</p> <p>Behandling, pleie og omsorg av pasienter i isolat. Karantenering i kommune.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangler plan for utbruddshåndtering.</li> <li>• Risiko for smitteoverføring ved utskrivelser.</li> <li>• Manglende risikostyrt testing av eksterne pasientoverflyttinger</li> <li>• To avlyste pasientoverflyttinger til andre sykehus grunnet positive tester, tatt på oppfordring fra mottakende sykehus.</li> <li>• Ikke varslet kommune om mistenkt smitte av inneliggende pasient.</li> <li>• Bruk av flersengsrom og fellesareal ved kjent smitte på avdelingen.</li> <li>• Kapasitetsutfordring smittevernsenheten</li> </ul>	<p>Pasienter, pårørende og ansatte opplever kaos-stemning på avdeling.</p> <p>Svikt i informasjon/kommunikasjon.</p> <p>Utfordrende pleie og omsorg til pasienter i isolat. Redde og utrygge pasienter.</p> <p>Ordinære rom ikke tilrettelagt for isolering. Mangel på hjelpemidler og utstyr inne på isolat.</p>
<p>Forts. Se foran del 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andre forhold: Fysisk infrastruktur/lokaler</li> <li>• Utstyr/produkter: Manglende/utilgjengelig utstyr</li> </ul>	
<p>Forts.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgang på hjelpemidler og utstyr til isolat.</li> <li>• Risikostyrt bruk av flersengsrom og fellesareal.</li> <li>• Oppfølging av ansatte under smitteutbrudd (HMS).</li> <li>• Sikre systematisk og effektiv Informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune under smitteutbrudd.</li> </ul>	

Smitteutbruddet er over. Forbedring og læring

**Fargesymbol**

Nøytral handling

Uønsket handling

Medvirkende faktorer/årsaker


Forslag til tiltak

**Medvirkende faktorer/årsaker:**

- Mangler ved prosedyrer/styrende dokumenter??
- Mangler ved skriftlig eller muntlig informasjon/kommunikasjon/samhandling?
- Mangler ved utstyr/materiell/produkter?
- Mangler ved IKT-utstyr og –systemer?
- Mangler ved organisering/kompetanse/ressurser – fysisk/psykisk arbeidsmiljø/HMS?
- Andre mangler – medvirkende faktorer/årsaker? (Fysisk infrastruktur/lokaler, avstand/lokalisering m.v)

Kilde: NOKUP – Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelse, Kap 3. IS-2667 HDIR

**Vedlegg 4 Intervjuguide pasienter og pårørende**


**SYKEHUSET TELEMAR**

**Hendelsesanalyse – intervjuguide pasienter og pårørende**


*Tittel: Analyse av hendelsesforløp og forbedringstiltak etter antatt intern smitte Covid-19.*

Dato, klokkeslett:	
Sted/intervjumetode:	
NPR- nummer:	
Pasient:	
Pårørende:	
Kontaktperson for videre oppfølging ved STHF:	

**Planlegg og avtal intervju**

- Fordel roller i analyseteamet. En som leder intervjuet og fører samtalen og en sekretær som dokumenterer, aktivt passer klokken samt reflektere og stiller supplerende spørsmål.
- Reserver disponibel tid, egnet sted og om intervjuet skal foregå på telefon eller Norsk Helsenett.
- Det anbefales at intervjuet gjennomføres med pasienten og 1 pårørende eller med 2 pårørende, dersom pasienten er død. Pasient og pårørendes ønsker og behov vektlegges.
- Invitasjon til intervjuet skjer muntlig, men gi gjerne skriftlig informasjon i tillegg.
- Informer om at intervjuet er en del av sykehusets hendelsesanalyse og at analysen er avgrenset til smitteutbruddet og smittespredningen.
- Informer om at andre forhold ved opphold og behandling følges opp av ansvarlig avdelingsleder.
- Informer om at intervjuet vil foregå strukturert for å sikre at hele saken blir gjennomgått.
- Tilby at Pasient- og brukerombudet deltar. Informer om at ombudets rolle er å sikre at pasient- og brukerperspektivet blir ivare tatt i intervjuet og videre i hendelsesanalysen.
- Informer om at det er sendt varsel til Statens helsetilsyn om dødsfallene knyttet til intern smitte i sykehuset. Statens helsetilsyn har overført saken til Statsforvalteren i Vestfold og Telemark, tidligere Fylkesmannen som avventer STHFs hendelsesanalyse
- Forviss dere om at pasient/pårørende er blitt informert om sine rettigheter:
  - Rett til gjennomgang av hendelsen

Intervjuguide med utgangspunkt i mal fra Helsedirektoratet


**SYKEHUSET TELEMAR**

- Rett til å få informasjon om hvordan saken følges opp – og hvilke tiltak som skal iverksettes for å hindre at tilsvarende skjer igjen.
- Rett til å klage
- Rett til å søke erstatning hos NPE
- Rett til å søke bistand hos Pasient- og brukerombudet

- Tilby kontaktinformasjon:
  - Ansvarlig avdelingsleder
  - Pasient- og brukerombudet: Pasient- og brukerombudet i Telemark nås på telefon mellom ni og 15 hverdager. Telefon 35544170. Her får du snakke med en rådgiver. Annen kontaktinformasjon finnes på [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)

**Intervju**  
Velkommen og presentasjon av deltakerne og rollefordeling

Intervjuleder:

Referent:

Pasient- og brukerombudet?

Samtykke til at pasient- og brukerombudet deltar, bekreftet dato:

**Informasjon om hendelsesanalysen, hvorfor og hvordan intervjuet blir gjennomført**  
(Ansvarlig: intervjuleder)

Les evt fra mandatet: «Hendelsesanalysen skal belyse hendelsesforløpet, hva som gikk galt og foreslå tiltak som kan sikre at lignende hendelser ikke skjer igjen. ....»


Informer om at intervjuet er en del av sykehusets hendelsesanalyse som er begrenset til smitteutbruddet og smittespredningen. Andre forhold ved pasientbehandlingen må følges opp med ansvarlig avdelingsleder.

Fortell om hvordan analysen vil bli gjennomført, at informasjonen fra intervjuet vil inngå i analysegrunnlaget og være viktig for å belyse det som har hendt fra pasientens- og pårørendes perspektiv.

Informere på nytt om at pasient- og brukerombudets rolle er å sikre at pasient- og brukerperspektivet blir ivare tatt i intervjuet og videre fulgt opp i hendelsesanalysen.

Be om bekreftelse på samtykke til deltakelse fra pasient- og brukerombudet og dokumenter. Evt forlater ombudet møtet.

Intervjuguide med utgangspunkt i mal fra Helsedirektoratet


**SYKEHUSET TELEMAR**

Informere om at intervjuet vil foregå strukturert for å sikre at hele saken blir gjennomgått og belyst. Minn om tidsrammen, hvem som skal passe klokka- og at hen feks vil gi beskjed når det er 15 og 5 min igjen.

**Spørsmål:**

*Still oppfølgings spørsmål hvis noe er uklart: Når? Hvor? Hvordan? På hvilken måte? Hvorfor?*

1. Start med å spørre om hvilken informasjon som ble gitt om smitteverntiltak i forkant ( om aktuelt), ved ankomst på sykehuset, på sengepost og under oppholdet på sengeposten? Skriftlig? Muntlig?
2. Var den skriftlige eller muntlige informasjonen forståelig? Var det tilstrekkelig informasjon?
3. Hvordan opplevde du/dere oppfølgingen av smitteverntiltak? Ble smitteverntiltakene fulgt opp? Av deg? Av andre pasienter? Av personalet? Var det tilgjengelig håndsprit under oppholdet? Grunnleggende hygiene og rengjøring i lokalene?
4. Hvordan tror du/dere smitten skjedde?
5. Har det vært situasjoner med for nær kontakt som kan ha forårsaket smitten? Med helsepersonell? Med andre pasienter? Flersengsrom? Stue?
6. Hvordan fikk du/dere vite om smitten?
7. Har dere noe å tilføye som dere synes er viktig kommer fram?
8. Har du/dere forslag til tiltak slik at dette ikke skjer igjen?

**Oppsummering av intervjuet:**

Presenter en kort oppsummering av det viktigste som har kommet frem før dere avslutter og få og dokumenter aksept for at det er korrekt oppfattet. Renskriv intervjuet snarest. Avtal med den/de som er intervjuet om utskrift skal sendes én av dem (kontaktperson) for eventuelle merknader; sett en kort frist for når merknadene må foreligge. Informer igjen om at opplysningene fra dette intervjuet vil sammenstilles med opplysninger som fremkommer i intervjuer med andre pasienter og pårørende.

**Hva skjer videre?**  
Fortell om hva som vil ske fremover – hvordan hendelsesanalysen videreføres. Frist for overlevering til oppdragsgjver: 1. Mars.


Opplys om at de vil bli skriftlig informert om sluttrapporten med hva analysen har avdekket og hvilke tiltak som skal iverksettes for å hindre at tilsvarende skjer igjen. Hendelsesanalysen inngår også i Statsforvalterens (Fylkeslegens) oppfølging av saken. Media vil også få tilgang på sluttrapporten.

[Takk for intervjuet og deres bidrag inn i forbedringsarbeidet!](#)

Intervjuguide med utgangspunkt i mal fra Helsedirektoratet



## Vedlegg 5 Intervjuguide kommuner



**Hendelsesanalyse – intervjuguide kommuner**

Tittel: Analyse av hendelsesforløp og forbedringstiltak etter antatt intern smitte Covid-19.

Dato, klokkeslett:	
Intervjumetode:	
Kommune:	
Npr nr aktuelle for kommune:	
Fra kommune:	
Fra analyseteam, STHF:	

**Introduksjon**

Informasjon om utbrudd, antall smittede pasienter og dødsfall. Info om smitte ansatte.

Registreringer i sykehuset interne avvikssystem

Det er sendt varsel om dødsfallene til Statens helsetilsyn og Undersøkelseskommissionen for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) i henhold til Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Statsforvalteren i Vestfold og Telemark er informert.

Pårgående og pasienter er informert om hendelsene og sine rettigheter til informasjon, oppfølging og erstatningssekknad hos Norsk pasientskadeerstatning i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (§ 3-2 fjerde, femte og sjette ledd og § 3-3 tredje ledd.) Pasient- og brukerombudet er involvert inn i analyseteamet.


Det er gitt mandat til en grundig hendelsesanalyse for å belyse hendelsesforløpet, hva som gikk galt og foreslå tiltak for å forebygge at lignende hendelser skjer igjen.

Intervjuet er en del av sykehusets hendelsesanalyse. Analysen er avgrenset til smitteutbruddet og smittespredningen. Inkludert i analysen er samhandling og konsekvenser for involverte kommuner.

Informasjonen fra dagens intervju vil inngå i analysegrunnlaget og være viktig for å belyse det som har hendt fra kommunens perspektiv.

*Intervjuet skjer muntlig, men gi gjerne skriftlig informasjon i tillegg.*

Intervjuguide med utgangspunkt i mal fra Helsedirektoratet



**Gjennomgang av pasienten(e)**

Be om bekreftelse på gitt informasjon.  
Presiser skillet på mistenkt intern smitte og innlagt med smitte.

**Spørsmål**

1. Når ble kommunen gjort oppmerksom på at det var et smitteutbrudd ved STHF og på hvilken måte kom denne informasjonen til kommunen?
2. Når og på hvilken måte ble kommunen klar over at en av deres innbyggere var smittet ved STHF?
3. Hvilken direkte konsekvens fikk det at flere av deres innbyggere ble smittet ved STHF?
4. Hvordan oppfattet dere pasienthåndteringen og kommunikasjonen vedrørende den enkelte pasient?
5. Hvordan opplever dere kommunikasjonen med STHF ang pandemien?
6. Hvilken konsekvens har smitteutbruddet fått for deres kommune?
7. Har dere noe å tilføye som dere synes er viktig kommer fram?
8. Har du/dere forslag til tiltak slik at dette ikke skjer igjen eller begrense konsekvensene av et event utbrudd?

**Hva skjer videre?**

Frist for ferdigstilling av hendelsesanalysen er 1. Mars. Hendelsesanalysen vil oversendes Statsforvalteren i Vestfold og Telemark. Involverte kommuner vil få tilsendt oppsummert rapport med forbedringstiltak, som vil være offentlig.

Takk for intervjuet og deres bidrag inn i forbedringsarbeidet!

Intervjuguide med utgangspunkt i mal fra Helsedirektoratet