



Erfaringsgjennomgang etter utbrudd av gastroenteritt i Vestre Toten kommune

Rapporten er utarbeidet i samarbeid mellom kommuneoverlegen i Vestre Toten kommune og Avdeling for Smittevern og Beredskap, Folkehelseinstituttet

Innhold

Om rapporten.....	3
Bakgrunn	3
Formål	3
Metode og prosess.....	4
Prinsipiell tilnærming	4
Datainnsamling.....	4
Tidslinje for hendelsen	5
Hovedfunn	6
Anbefalinger	6

Om rapporten

Denne rapporten oppsummerer hovedfunn og anbefalinger fra en erfaringsgjennomgang av et utbrudd av gastroenteritt (magetarminfeksjon) i Raufoss Industripark januar 2025.

Erfaringsgjennomgangen er utført av Folkehelseinstituttet (FHI) på vegne av kommuneoverlegen (KOL) i Vestre Toten kommune. Hensikten har vært å bistå KOL med å få oversikt over hvordan hendelsen har blitt håndtert og identifisere læringspunkter, til støtte for samtlige aktører i det videre beredskapsarbeidet.

Bakgrunn

I januar 2025 ble Raufoss Industripark rammet av et større utbrudd av gastroenteritt blant ansatte. Folkehelseinstituttet (FHI) ble varslet om utbruddet av kommuneoverlegen (KOL) i Vestre Toten kommune 16. januar gjennom [utbruddsvarslingssystemet Vesuv](#). Det ble ikke bedt om bistand fra FHI og FHI var ikke involvert i selve håndteringen av hendelsen. Utbruddet var avgrenset til industriparken og ble håndtert lokalt.

Det ble rapportert om at de første tilfellene ble syke fra ca. 6. januar og antall tilfeller økte raskt opp mot ca. 600 tilfeller totalt. Totalt ble ca. 40 av 50 av bedriftene i industriparken rammet. Tilfellene hadde selvbegrensende sykdom av 1-2 dagers varighet med diare og oppkast. Det ble ikke registrert noen sykehusinnleggelser. Mistanken ble tidlig rettet mot drikkevann da det i rutineprøver ble funnet avvik på indikatorbakterien *Escherichia coli* (*E. coli*) i flere bygg, samt at tilfellene var spredt på flere ulike bedrifter i industriparken. Årsaken til forurensingen av drikkevannet ble identifisert 18. januar da det ble funnet en koplingsfeil i drikkevannsforsyningen slik at «industrivann» som brukes til kjøling i prosessene i bedriftene hadde vært tilført drikkevannsnettet. Den bakenforliggende årsaken til forurensningen var mangelfull tilbakestrømssikring. Årsaken til sykdom blant ansatte var trolig sammensatt da det var pågående influensa- og norovirusutbrudd i kommunen i perioden. Kun et fåtall av de syke ble testet og blant de testede ble det kun påvist norovirus. Utbruddet ble erklært over 22. januar.

Dette var et stort og uvanlig lokalt utbrudd i nasjonal sammenheng og mange ulike aktører var involvert i håndteringen. Videre var det uklarerhet rundt omfanget av utbruddet, tidslinje, organiseringen av utbruddsetterforskningen og rutiner for varsling. På bakgrunn av dette tilbød FHI KOL å gjennomføre en erfaringsgjennomgang i etterkant av hendelsen.

Formål

Formålet med denne erfaringsgjennomgangen har vært å få oversikt over håndtering av utbruddet, samt kartlegge erfaringer fra de involverte aktørene, for å identifisere læringspunkter og anbefalinger for å styrke håndteringen av tilsvarende utbrudd i fremtiden. Hendelsen belyses fra ulike sider ved å inkludere et bredt spekter av aktører som hadde oppgaver i forbindelse med håndteringen, slik at sentrale aspekter ved planverk og rutiner, varsling, organisering, gjennomføring og ledelse (inkl. ressursbruk), samarbeid, kommunikasjon og informasjonsdeling kommer frem.

Metode og prosess

Prinsipiell tilnærming

En erfaringsgjennomgang er en strukturert kvalitativ gjennomgang av en hendelse og benyttes som et verktøy for læring og forbedring og har fokus på systemforbedring. Metoden kan brukes både i forbindelse med evaluering av øvelser eller i etterkant av reelle hendelser.

FHI har i forbindelse med denne hendelsen tatt utgangspunkt i World Health Organization (WHO) sin [retningslinje](#) for erfaringsgjennomgang «After Action Review (AAR)», som har følgende grunntrekk:

1. **Dokumentere:** Beskrive hva som skjedde, når det skjedde, i forhold til hva som skulle skje i henhold til rutiner, planer og prosedyrer.
2. **Identifisere og analysere:** Identifisere hva som fungerte bra og hva som fungerte mindre bra. Identifisere de bakenforliggende årsaker som førte til suksess eller svikt.
3. **Forbedre:** Identifisere tiltak som kan forbedre responsen og forebygge gjentakelse av svikt.

Erfaringsgjennomgangen er utført av fagpersoner ved FHI, avdeling Smittevern og beredskap, i perioden februar - april 2025 i samarbeid med KOL i Vestre Toten kommune. Informasjonsmøter ble gjennomført med samtlige deltakere i forkant av datainnsamlingen og deltakelse i erfaringsgjennomgangen var frivillig.

Datainnsamling

Utvalg: Deltakerne i erfaringsgjennomgangen ble valgt ut av KOL (Tabell 1). Totalt deltok tolv personer. De fleste deltakerne hadde en sentral rolle i selve håndteringen. Fire bedrifter ble valgt ut blant totalt ca. 40 berørte bedrifter i Raufoss industripark. Følgende deltok:

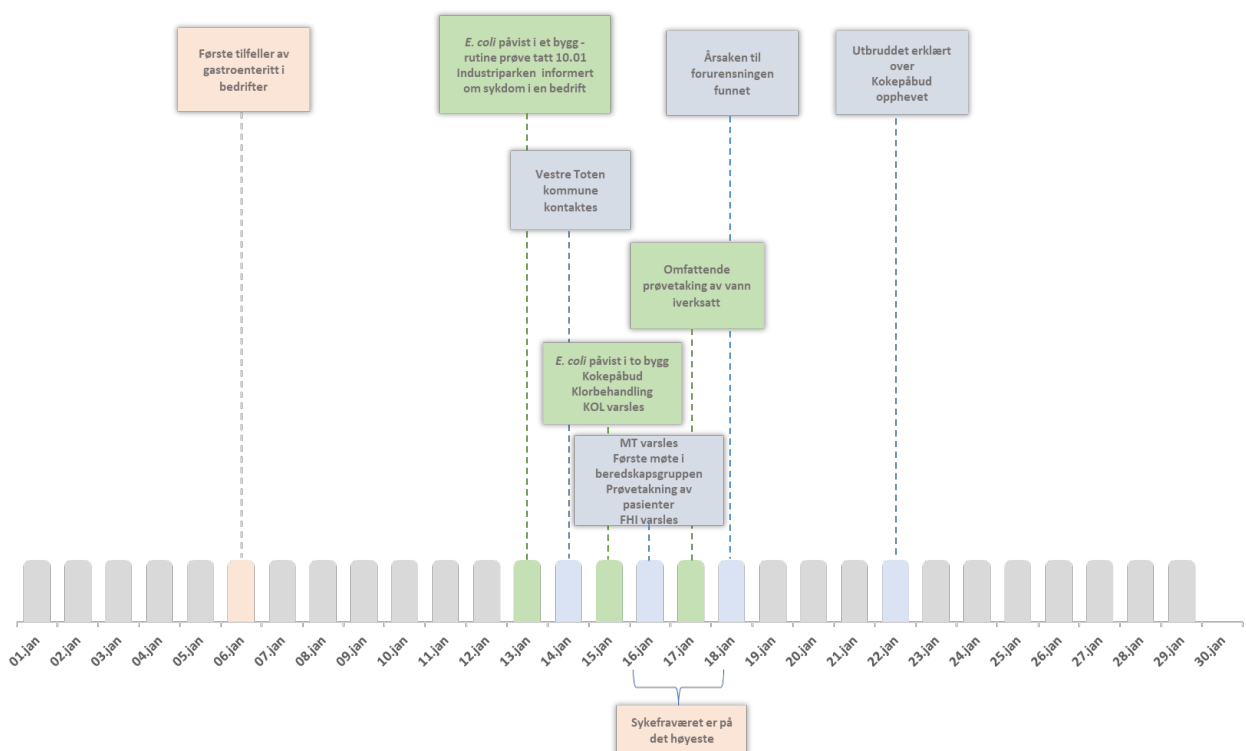
Tabell 1. Deltakerne

Aktør	Enhet	Deltakers funksjon/stilling
Raufoss Industripark/ Raufoss Næringspark ANS	Administrasjonen	Administrerende direktør
Raufoss Industripark/ Raufoss Næringspark ANS	Administrasjonen	HMS- og miljøleder
Virksomhet i industriparken	Underleverandør for Raufoss Næringspark ANS	Ansvar for drift og forvaltning av teknisk infrastruktur i parken på vegne av industriparken
Vestre Toten Kommune	Teknisk driftsavdeling/vannverkseier	Driftssjef og driftsenhetsleder
Vestre Toten Kommune	Helse og omsorg	Kommuneoverlege
Mattilsynet	Avdeling Mjøsområdet	Seniorinspektør
Fire utvalgte virksomheter/ leietakere i parken	-	HMS

Informasjonsinnhenting: Data ble samlet inn gjennom individuelle kartleggingssamtaler med deltakerne. På hver av samtalene deltok to personer fra FHI (én intervjuer og én referent) og én til to representanter fra hver av de deltakende aktørene. Deltakerne fikk anledning til å forberede seg til temaene som skulle gjennomgås i samtalen gjennom informasjon sendt ut i invitasjonsbrev. Hver samtale hadde en total varighet på ca. 1,5 timer og ble gjennomført som et semistrukturert intervju, etter fast mal. Deltakerne ble bedt om å svare på vegne av den institusjonen de representerte og i kraft av den rolle den enkelte hadde i hendelsen. Det ble lagt opp til åpne spørsmål der deltakeren ble oppfordret til å fritt komme med egne refleksjoner knyttet til følgende temaer:

- Tidslinje (hva skjedde/når)
- Hvilke aktører deltakeren var i kontakt med under utbruddet
- Erfaringsområder (hva fungerte bra, hva fungerte mindre bra, hva kan forbedres) knyttet til:
 - Planverk og rutiner
 - Varsling
 - Organisering, gjennomføring og ledelse av utbruddshåndteringen
 - Samarbeid (internt, eksternt)
 - Kommunikasjon og informasjonsdeling

Tidslinje for hendelsen



Figur 1. Tidslinje med oversikt over de viktigste tidspunktene i hendelsen

Hovedfunn

Punktene under oppsummerer de viktigste funnene fra samtalene med de involverte aktørene:

- Samarbeidet mellom aktørene som deltok i håndteringen av denne hendelsen fungerte svært godt, var preget av stor innsatsvilje og god kjennskap og tillit til hverandres kompetanse. Dette var en sentral styrke og er viktig å bygge videre på i det videre beredskapsarbeidet.
- Etablering av «beredskapsgruppe» med sentrale aktører i kommunen (KOL og vannverkseier), Mattilsynet og nøkkelpersoner i parken var en viktig faktor for effektiv håndtering av utbruddet.
- Industriparkens administrasjon hadde en sentral rolle i koordineringen internt i parken.
- Utbruddet ble av ulike grunner oppdaget relativt sent, sammenliknet med når de første sykdomstilfellene i bedriftene ble registrert. Manglende mekanismer for rapportering av unormalt høyt sykefravær i bedrifter, samt pågående sesonginfluensa og norovirus-utbrudd i kommunen, bidro til å komplisere bildet.
- Terskelen for å informere og varsle kommunen om forhold som angikk vannforsyningen i parken og iverksette tiltak basert på funn i vannprøver virket unødvendig høy.
- Kommuneoverlegen (KOL) ble koplet inn på et relativt sent stadium i hendelsen og hadde en begrenset rolle i etterforskningen av utbruddet. KOL spilte en sentral rolle i å sørge for at relevante ressurspersoner (Mattilsynet) utenfor industriparken ble koplet på og at det ble etablert en «stab» som fungerte som en beredskapsgruppe som håndterte utbruddet.

Anbefalinger

1. Styrke og klargjøre varslingsrutinene mellom de ulike aktørene i hendelsen slik at relevante myndighetsaktører og fagressurser kobles på i tidlig fase. Dette punktet inkluderer både etablering av robuste varslingsveier og bevisstgjøring slik at alle er kjent med rutinene.
2. Beskrive håndteringen av en smittevernhendelse i virksomhetens beredskapsplaner, inkludert rolle og ansvarsfordeling, etablering av beredskapsgruppe og samvirke med eksterne aktører og myndigheter. Bygg videre på det som fungerte bra i denne hendelsen.
3. Etablere planer i parken som er mindre personavhengige og mer rolleavhengige for å redusere sårbarheter ved utskiftning av personell.
4. Sørge for opplæringsrutiner som sikrer overføring av kompetanse og kjennskap til eksisterende planverk og fellesrutiner i parken.
5. Styrke eksisterende tverrgående strukturer og forum i parken slik at de kan være en ressurs i forebygging og håndtering av beredskapssituasjoner som oppstår, inkludert læring i etterkant.
6. Gjennomføre jevnlig scenariobaserte øvelser på ulike typer hendelser som kan ramme infrastruktur, både naturlige og villedte, og som involverer samvirke med eksterne aktører.
7. Tydeliggjøre rolle- og ansvarsforholdet mellom abonnent og vannverkseier når det gjelder prøvetakingsrutiner av vann og oppfølging av avvik. Vannverkseier bør ta en tydeligere rolle i å få oversikt over forhold som berører hovedvannledningen i parken, herunder vurdere å etablere ett eller flere faste prøvetakingspunkter på parkens område.
8. Påvisning av *E. coli* i drikkevann regnes som en sikker indikator på forurensing med avføring fra dyr eller mennesker og grenseverdien for igangsetting av tiltak er 0. Ved påvisning av indikatorbakterien *E. coli* i drikkevannet bør strakstiltak iverksettes som føre var prinsipp for å unngå/begrense sykdom

9. Se på mulighetene for å fange opp signaler på sykdom på tvers av virksomheter på et tidligere tidspunkt og ha en plan og system for rask og effektiv innsamling av sykefraværstatistikk ved en hendelse
10. Ha planer for å ivareta et raskt økende ressursbehov, både ved akutte hendelser og hendelser som kan vare i tid. Vurder å søke bistand fra nasjonale fagressurser ved behov.
11. Utarbeide planer for risikokommunikasjon. Rettidig, tydelig og koordinert informasjon ut til berørte virksomheter og enkeltpersoner og befolkningen for øvrig er viktig ved hendelser som har helseimplikasjoner.
12. Trekke lærdommer fra hendelsen, både i og utenfor parken, og iverksette sårbarhets- og risikoreduserende tiltak rundt vannforsyningssystemer i områder som har en viktig samfunnsfunksjon. Aktuelle tiltak bør sees i lys av den sikkerhetspolitiske situasjonen.