

Risikovurdering Skien kommune 05.04.21

Forrige risikovurdering for Skien kommune er datert 29.03.20

Aktuelle risikovurdering gjelder inntil neste vurdering foreligger, ca 1 uke frem i tid. Risikovurderingen er aktuell så lenge det ikke i perioden fremkommer store endringer.

Vurderingene er gjort med hovedutgangspunkt i tall fra foregående uke, da tallene for inneværende uke i skrivende stund ikke er fullstendige. Smittebildet er derimot i større grad preget av også inneværende uke.

[Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen - FHI](#)

1. Overvåking - FHI

Utbrudd i kommunen skal oppdages tidlig slik at smitten raskt kan spores og smitteverntiltak kan styrkes eller gjeninnføres for å få utbruddet under kontroll før sykdomsbyrden blir for stor og helse- og omsorgstjenestens kapasitet blir overskredet.

Kommunelegen anbefales å vurdere følgende minst hver uke:

- Epidemiologiske indikatorer, se nedenfor.
- Kapasitet for håndtering av covid-19-pasienter i kommunens helse- og omsorgstjenester, basert på kommunens monitorering.
- Kapasitet i kommunens tilbud om prøvetaking, testing, isolering, smitteoppsporing og karantene, basert på kommunens monitorering.
- Kapasitet for håndtering av covid-19-pasienter i sykehuset, basert på rapportering fra sykehuset.

De epidemiologiske indikatorene vil bli tilrettelagt for kommunelegen av Folkehelseinstituttet i portalen [Sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten](#). Ved å følge med her kan kommunelegen oppdage signaler som kan indikere et utbrudd i egen kommune.

4. Risikovurdering - FHI

Kommunelegen har ansvar for å vurdere risikoen ved utbrudd og den generelle smittesituasjonen, eventuelt i samarbeid med nabokommuner og Fylkesmannen.

Risikovurderingen består tre delvurderinger og kan munne ut i en plassering av kommunen på ett av fem risikonivåer:

A. Epidemiologisk situasjon må bestemmes:

1. Et utbrudd med flere tilfeller knyttet til samme smittekilde eller smittesituasjon, eventuelt en massesmittehendelse.
2. Flere tilfeller med ukjent eksponering.
3. En generell økning.

Vurderingen bygger på en beskrivelse av utbruddet basert på overvåkingen (trinn 1), smitteoppsporingen og etterforskningen (trinn 3). Fire indikatorer er særlig viktige:

Indikator	Formål	Risikonivå				
		1	2	3	4	5
Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler hyppighet av påviste tilfeller	Under 50	50-99	100-199	200-399	400 eller høyere
Andel som har ukjent smittesituasjon blant de nye tilfellene	Måler indirekte størrelsen på den skjulte delen av epidemien	< 5 %		5 - 15 %	≥ 15 %	
Andel positive blant de testede i gjennomsnitt siste to uker	Måler prevalens blant de testede	< 0,5 %		0,5 - 5 %	≥ 5%	
Antall nye innleggelser per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler hyppighet av alvorlig sykdom	< 5		5 - 20	≥ 20	

I tillegg må man vurdere:

1. om utviklingen er synkende, stabil eller økende uke for uke; en vedvarende eller rask økning taler for et høyere risikonivå
2. hvilke grupper som er rammet
3. om tilfellene er del av kjente utbrudd, og i så fall hvor og når smitten skjedde, hvem som er omfattet, om særlig utsatte grupper er rammet, og hvor mange nærkontakter som er involvert.

B. Spredningspotensialet:

Vurdering av spredningspotensialet *i fravær av nye eller forsterkede tiltak* i denne aktuelle situasjonen basert på erfaring fra liknende utbrudd, analyse av smittekjeden, andel med ukjent smitteeksponering, anslag over spredningspotensialet R og faren for massesmittehendelser.

Også faren for overbelastning av testings- eller smitteoppsporingskapasiteten må vurderes. Hvis kapasiteten er for lav, kan testing og smitteoppsporing bli for lite effektive, og man kan gå inn i en negativ spiral med rask smittespredning.

C. Forventet sykdomsbyrde: Faren for spredning til andre kommuner og inn i sykehjem eller andre helsetjenester må også vurderes. Vurdering av forventet sykdomsbyrde *dersom utbruddet utvikler seg videre*, basert på kjent kunnskap om spredningspotensialet og sykdomsalvorligheten samt den tilgjengelige kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten for å gi riktig behandling på riktig nivå og oppslutning om allerede pågående smitteverntiltak. Vi anbefaler dialog med sykehuset om denne vurderingen.

Risikovurderingen består dermed av en enkel beskrivelse av utbruddet eller situasjonen og en konklusjon av risikonivå (se tabell under) som produktet av sannsynligheten for forverring uten tiltak og konsekvensene av slik forverring.

Kommunelegen har ansvar for å vurdere risikoen ved utbrudd og den generelle smittesituasjonen.

Risikonivåer	Beskrivelse
Nivå 1 (Kontroll)	Ingen eller få påviste tilfeller, men mulighet for oppblussing.
Nivå 2 (Kontroll med klynger)	Lokale og regionale utbrudd som kontrolleres. Insidensen er gjerne noe varierende som følge av utbrudd. Tilfellene kan være begrenset til visse grupper, og bare en liten andel (under 10 %) har ukjent smittesituasjon. Testing og smittesporing håndteres greit.
Nivå 3 (Økende spredning)	Økende insidens utenom avgrensede utbrudd og fare for rask akselerasjon i insidens. Tilfellene er dels sporadiske og dels klynger i ulike miljøer. Rundt 10 – 20 % har ukjent smittesituasjon. Kapasitet for smittesporing og testing er under press.
Nivå 4 (Utbredt spredning)	Høy og raskt økende insidens utenom avgrensede utbrudd. Press sykehusenes kapasitet. Økende insidens eller flere utbrudd i sårbare grupper. Rundt 20 – 30 % har ukjent smittesituasjon. Økende insidens av innleggelser og dødsfall. Kapasitet for smittesporing og testing er overbelastet.
Nivå 5 (Ukontrollert spredning)	Ukontrollert spredning i samfunnet og fare for å overskride sykehusenes kapasitet. Akselererende insidens utenom kjente utbrudd. Mer enn 30 % har ukjent smittesituasjon. Smittesporing er ikke gjennomførbart for mange tilfeller pga. kapasitetsmangel.

Risikovurderingen bør gjentas hver uke, og kommunen bør oppdatere risikonivået på kommunens hjemmeside. Risikovurderingen er grunnlaget for de videre trinnene.

Statsforvaltaren skal holde oversikt over nivå og tiltak i kommunene, og vil legge ut samlet oversikt over kommunenes risikonivå på egen hjemmeside. Kommunene skal sende sin ukereport til Statsforvalteren innen kl.12.00 hver mandag, og . Statsforvaltaren sender samla statusrapport til HDIR og FHI, med kopi til kommunane innen hver tysdag kl.09.00. Status for fylket vil presenteres i møte med kommunane og Statsforvalteren hver onsdag kl.10.00. Dette gjer også grunnlag for en sams vurdering av behov for sameinte tiltak der det er behov.

5. Tiltaksvurdering - FHI

Det skal vurderes hvilke tiltak som skal iverksettes for å redusere risikoen identifisert i forrige ledd. Kommunelegen har ansvar for tiltaksvurderingen, eventuelt i samarbeid med nabokommuner og Fylkesmannen.

Basert på risikovurderingen skal kommunelegen og kommunen vurdere tiltak for å håndtere risikoen:

- **Tiltak for å redusere sannsynligheten for forverring** tar sikte på å redusere spredningen og kontrollere epidemien, altså smitteverntiltak. (I tillegg kommer tiltak for å forenkle smitteoppsporingen, for eksempel at medarbeidere i nøkkeltjenester loggfører nærkontakter eller at utesteder fører gjestelister.)
- **Tiltak for å redusere konsekvensene av forverring** kan være å styrke kompetansen og kapasiteten i kommunens helse- og omsorgstjenester, eventuelt med støtte fra sykehuset, slik at flest mulig kan få riktig behandling på riktig nivå.

1. **Smitteverntiltak som bør forsterkes ved alle utbrudd**, inkludert utbrudd forårsaket av virusvarianter med større spredningsevne:

Grunnleggende tiltak ved alle utbrudd er:

- *Forsterking av testing, isolering, smitteoppsporing og karantene:* Økning av testing for eventuelle flere smittede bør alltid gjøres, enten generelt i kommunen eller mer målrettet etter utbruddets karakter. Dette bidrar til oversikt og til isolering av og rådgivning til flere smittede slik at de ikke smitter andre. Det må vurderes om god isolering er mulig i hjemmet. Funn av smittede følges av intensiv smitteoppsporing og nærkontaktene tilbys råd, testing (med en gang og etter 7 dager) og karantene. I tillegg kan nærkontaktens husstandsmedlemmer være i ventekarantene fram til nærkontakten har fått negativt svar på første test
- *De nasjonale tiltakene* som følger av [covid-19-forskriften](#).
- *Kommunikasjon:* Påminnelser til befolkningen om å holde hendene reine, holde 1 meters avstand til andre og holde seg hjemme ved sykdom, altså de vanlige smittevernradene, er viktig.
- *Ressurser og kompetanse:* Styrking av arbeidet med kompetent personell for å sikre kapasitet til prøvetaking, smitteoppsporing, oversikt og oppfølging.

Smitteverntiltak som kan vurderes ved utbrudd

Kommunens valg av tiltak mot et utbrudd bør være veloverveid og bygge på en god situasjonsforståelse og risikovurdering (se trinn 4) og gjerne rådføring med Folkehelseinstituttet. Siden hvert utbrudd og hver kommune er unik, må tiltakspakka være tilpasset slik at den er tilstrekkelig for å få situasjonen under kontroll uten for stor tiltaksbyrde.

Tiltakene mot et utbrudd etter et arrangement vil være ulike tiltakene mot et skoleutbrudd som igjen vil være ulike tiltakene mot en generell økning i kommunen.

Det er viktig med en god vurdering av hvor smitten skjer og hvem som smittes når tiltakene vurderes. Kommunene kan innføre omfattende og kraftige tiltak, men de må være målrettede og kortvarige for å kunne regnes som forholdsmessige.

2. Ved valg av ytterligere smitteverntiltak må følgende vurderes:

- Grunnleggende krav: Etter smittevernlovens grunnleggende krav, jf. § 1-5, skal smitteverntiltak med hjemmel i loven være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder. Bestemmelsen inneholder blant annet krav til det gjøres en forholdsmessighetsvurdering av tiltak etter loven, slik det er forutsatt i flere relevante menneskerettigheter. Tiltak med hjemmel i smittevernloven er straffbare jf. § 8-1, og dette må det tas hensyn til ved utforming av tiltakene.
- Menneskerettigheter: Et tiltak som berører menneskerettighetene må være hjemlet i lov (som i smittevernloven), det må søke å nå de formålene som er nedfelt i bestemmelsen, og det må være nødvendige i et demokratisk samfunn. Det må velges tiltak som er minst inngripende for enkeltindividet, det må etableres avhjelpende tiltak der det er mulig, og det må være forholdsmessighet mellom mål og middel.
- Smitteverneffekt: Den forventede smitteverneffekten må vurderes. Generell kunnskap om smitteverntiltakenes effekt vil bli bedre etter hvert, basert på blant annet erfaringer fra den nasjonale håndteringen mars-mai 2020, erfaringer fra andre land og simuleringsmodeller.
- Forventet oppslutning: Befolkningens og virksomhetenes forventede oppslutning om tiltakene må vurderes.
- Målretting: Der trusselen er knyttet til en bestemt virksomhet eller institusjon, for eksempel et sykehjem, og det ikke er holdepunkter for mer vidtgående spredning, kan tiltak i første omgang iverksettes der.
- Forholdsmessighet: Smitteverntiltakenes omfang må stå i forhold til trusselen, både i styrke og omfang. Tiltakene skal være tilstrekkelige, men ikke mer. Det må vurderes om formålet også kan oppnås ved tiltak som er mindre inngripende overfor den enkelte. Tiltaket må heller ikke gis lengre varighet enn nødvendig, og det må gjøres jevnlig vurderinger av behovet for å opprettholde det.
- Tiltaksbyrden: Tiltakenes ringvirkninger for individer, virksomheter og samfunn, altså forhold som totaldødelighet, samfunnsøkonomiske forhold og sosiale og helsemessige konsekvenser, må vurderes. Det er særlig viktig å vurdere konsekvenser av tiltak som rammer tilbudene til sårbare grupper, som funksjonshemmede, pasienter med psykiske lidelser og rusmisbrukere. Kompenserende tiltak bør vurderes.
- Kapasitet i helsetjenesten: Lav kapasitet i helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller i sykehuset kan tilsi sterkere tiltak.

[kommunelegehandboka-vedlegg-1-2020-03-11.pdf \(fhi.no\)](#) tiltakspakker for hvert risikonivå

[kommunelegehandboka-vedlegg-2-2021-01-29.pdf \(fhi.no\)](#) tiltakspakker i helsetjenesten for hvert risikonivå

I situasjoner der risikoen er uavklart, ikke passer med nivåinndelingen eller utbruddet skyldes en virusvariant med større spredningsevne, kan det være aktuelt å velge ett eller flere målrettede tiltak fra neste tiltaksnivå.

I situasjoner der risikonivået har vært stabilt og høyt i flere uker eller utbruddet skyldes en virusvariant med større spredningsevne, kan det også være aktuelt å velge ett eller flere tiltak fra neste tiltaksnivå i en kort periode. En slik kortvarig styrking av tiltakene kan være forholdsmessig for å snu en trend, men det bør ikke brukes tiltak som rammer barn, unge og sårbare grupper. Folkehelseinstituttet kan gi råd i slike situasjoner.

Tiltakene dreier seg dels om beskyttelse av risikogrupper, dels om kontaktredusering og dels om tilrettelegging for eventuell smitteoppsporing.

Tiltakene kan iverksettes som:

- *Anbefalinger.*
- *Interne regler gitt av virksomheter selv.*
- *Pålegg fra kommunen overfor enkeltpersoner eller enkeltvirksomheter, jf. smittevernloven § 4-1 (se trinn 6).*
- *Lokal forskrift gjeldende for alle personer eller virksomheter i en sektor, jf. smittevernloven § 4-1 (se trinn 6).*

Dersom det på risikonivå 4 eller 5 er nødvendig med **samordning mellom flere kommuner**, vil Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet bidra i statsforvalterens dialog med kommunene.

Er det behov for rask og koordinert opptrapping av tiltak, kan regjeringen beslutte tiltakene etter utredning og råd fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Da vil regjeringen innlemme de aktuelle kommunene i **covid-19-forskriftens kapittel 5A** (tilsvarer tiltak ved risikonivå 5), **kapittel 5B** (tilsvarer tiltak ved risikonivå 4) **eller kapittel 5C**. Kommunen må selv likevel vurdere og bestemme tiltak for barnehager og skoler.

[Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet \(covid-19-forskriften\) - Lovdata](#)

Risikovurderingen består av en enkel beskrivelse av utbruddet eller situasjonen og en konklusjon av risikonivå som produktet av sannsynligheten for forverring uten tiltak og konsekvensene av slik forverring.


[2020.12.16-fylkesvurdering-uke-49-og-50.pdf \(fhi.no\)](#)


De kvantitative indikatorene vil være omtrentlige, og vil ikke alene være nok til å bestemme risikonivå i kommunen. Det er dermed ikke en automatisk endring av risikonivå ved visse terskelverdier. En utdypende beskrivelse av lokale forhold vil være helt sentralt for å vurdere smittesituasjon og tiltaksnivå, da særlig knyttet til vurdering av kjente utbrudd, andel med ukjent smittevei og kapasitet i helsetjenesten til testing og smittesporing. Dette er beskrevet i Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommune.

Endring av tiltaksnivå kan derfor være aktuelt ved lavere insidensrater dersom det er mye ukjent smitte og smittesporingskapasiteten er under press, eller en kommune kan ha høyere insidensrater, men der smitteveiene er kjent og økningen er knyttet til et avgrenset utbrudd.

Helhetsvurdering lokalt vil være nødvendig.

Risikovurdering Skien per 05.04.21:

 **Nye terskelverdier er implementert. Se mer i Covid-19 risikonivå fanen.**

 **Befolkningstall for 2021 er implementert. Se mer i Covid-19 informasjon fanen.**

NB! Etter en gjennomgang av anbefalinger og systemer som brukes i enkelte andre land, og hvordan dette har fungert i Norge fram til nå, har det blitt gjort justering av indikatorer og terskelverdier for de ulike risikonivåene for følgende indikatorer

- Antall nye meldte tilfeller per 100 000 siste 14 dager
- Andel positive blant de testede siste to uker
- Antall nye innleggelses i sykehus med covid-19 som hovedårsak per 14 dager per 100 000 innbyggere

Terskelverdiene for de ulike risikonivåene for disse indikatorene er justert ned.

Tabellene under er justert med nivå terskelverdier.

Tabell 3 viser indikatoren 14-dagersinsidens (per 100 000 innbyggere) ved de fem risikonivåene. Nye terskelverdier ble implementert 9. mars 2021.

Indikator	Formål	Risikonivå 1	Risikonivå 2	Risikonivå 3	Risikonivå 4	Risikonivå 5	Tilgjengelighet av data
Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler hyppighet av påviste tilfeller	Under 50	50-99	100-199	200-399	400 eller høyere	Kommune, BA-region og fylke

Tabell 4 viser andre indikatorer ved de fem risikonivåene. Nye terskelverdier ble implementert 9. mars 2021.

Indikator	Formål	Risikonivå 1-2	Risikonivå 3-4	Risikonivå 5	Tilgjengelighet av data
Andel positive blant de testede i gjennomsnitt siste to uker	Måler prevalens blant de testede	< 0,5%	0,5-4,9%	5% eller høyere	Kommune, BA-region og fylke
Antall nye innleggelses per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler forekomst av alvorlig sykdom	< 5	5-19,9	>=20	Fylke
Andel kommuner med insidens 50 eller over per 100 000 og flere enn 10 tilfeller de siste 14 dager	Måler geografisk utbredelse i fylket eller regionen	< 10%	10-49%	>=50%	Kommune, BA-region og fylke

Tabell 5 Beskrivelse av risikonivåer.

Risikonivåer	Beskrivelse
Risikonivå 1 (Kontroll)	Ingen eller få påviste tilfeller, men mulighet for oppblussing.
Risikonivå 2 (Kontroll med klynger)	Lokale og regionale utbrudd som kontrolleres. Insidensen er gjerne noe varierende som følge av utbrudd. Tilfellene kan være begrenset til visse grupper, og bare en liten andel (under 10%) har ukjent smittesituasjon. Testing of smittesporing håndteres greit.
Risikonivå 3 (Økende spredning)	Økende insidens utenom avgrensede utbrudd og fare for rask akselerasjon i insidens. Tilfellene er dels sporadiske og dels klynger i ulike miljøer. Rundt 10-20% har ukjent smittesituasjon. Kapasitet for smittesporing og testing er under press.
Risikonivå 4 (Utbredt spredning)	Høy og raskt økende insidens utenom avgrensede utbrudd. Press på sykehusenes kapasitet. Økende insidens eller flere utbrudd i sårbare grupper. Rundt 20-30% har ukjent smittesituasjon. Økende insidens av innleggelses og dødsfall. Kapasitet for smittesporing og testing er overbelastet.
Risikonivå 5 (Ukontrollert spredning)	Ukontrollert spredning i samfunnet og fare for å overskride sykehusenes kapasitet. Akselererende insidens utenom kjente utbrudd. Mer en 30-40% har ukjent smittesituasjon. Smittesporing er ikke gjennomførbart for mange tilfeller pga. kapasitetsmangel.

For uke 12-13 (per 05.04.21) ser risikobildet sånn ut nasjonalt: ([Sykdomspulsen \(fhi.no\)](https://sykdomspulsen.fhi.no))

Geografisk område	Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere		Andel positive blant de testede siste to uker		Trend i antall nye tilfeller	Antall nye innleggelses i sykehus med covid-19 som hovedårsak per 14 dager per 100 000 innbyggere		Andel kommuner/bydeler (antall/totalt antall i fylket) med insidens 50 eller over per 100 000 og flere enn 10 tilfeller de siste 14 dager	
	Verdi	Nivå	Verdi	Nivå		Verdi	Nivå	Verdi	Nivå
Hele landet	190,9	N3	3,3	N3	Synkende	6,9	N3	18,8 (67/356)	N3
Oslo	462,1	N5	4,9	N3	Synkende	21,8	N5	100,0 (15/15)	N5
Rogaland	133,0	N3	2,7	N3	Synkende	3,3	N1	30,4 (7/23)	N3
Møre og Romsdal	59,1	N2	1,2	N3	Usikker	2,3	N1	11,5 (3/26)	N3
Nordland	17,1	N1	0,6	N3	Synkende	0,4	N1	0,0 (0/41)	N1
Viken	360,4	N4	5,8	N5	Synkende	10,9	N3	64,7 (33/51)	N5
Innlandet	67,5	N2	1,7	N3	Synkende	3,8	N1	15,2 (7/46)	N3
Vestfold og Telemark	119,7	N3	2,7	N3	Synkende	4,7	N1	39,1 (9/23)	N3
Agder	28,5	N1	0,8	N3	Synkende	0,3	N1	0,0 (0/25)	N1
Vestland	77,0	N2	1,3	N3	Sannsynlig synkende	1,9	N1	14,0 (6/43)	N3
Trøndelag	16,6	N1	0,4	N1	Sannsynlig synkende	0,4	N1	2,6 (1/38)	N1
Troms og Finnmark	23,5	N1	0,7	N3	Sannsynlig synkende	0,8	N1	0,0 (0/39)	N1

* Antall <= 10

N1 = Risikonivå 1, N2 = Ruisikonivå 2, N3 = Risikonivå 3, N4 = Risikonivå 4, N5 = Risikonivå 5. For informasjon om risikonivå se tabell 5. Folkehelseinstituttet, 2021-04-05 09:34:06

Vi ser at R-tallet er erstattet med kolonne for «Trend i antall nye tilfeller», og at denne aktuelt er beregnet «synkende» for Vestfold og Telemark. For 1 uke siden var trenden også vurdert å være «synkende».

Vi ser at Vestfold og Telemark nå er vurdert å ligge på risikonivå N3 – altså lett fallende siden forrige risikovurdering.

For uke 12-13 (per 05.04.21) ser risikobildet slik ut for Vestfold og Telemark:

Geografisk område	Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere		Andel positive blant de testede siste to uker		Trend i antall nye tilfeller	Antall nye innleggelses i sykehus med covid-19 som hovedårsak per 14 dager per 100 000 innbyggere		Andel kommuner/bydeler (antall/totalt antall i fylket) med insidens 50 eller over per 100 000 og flere enn 10 tilfeller de siste 14 dager	
	Verdi	Nivå	Verdi	Nivå		Verdi	Nivå	Verdi	Nivå
Vestfold og Telemark	119,7	N3	2,7	N3	Synkende	4,7	N1	39,1 (9/23)	N3
Horten	196,3	N3	4,5	N3	Synkende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Holmestrand	112,0	N3	2,4	N3	Synkende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Tønsberg	205,2	N4	3,3	N3	Synkende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Sandefjord	138,3	N3	2,7	N3	Synkende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Larvik	37,9	N1	1,1	N3	Sannsynlig synkende	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Porsgrunn	87,6	N2	2,4	N3	Økende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Slien	110,6	N3	2,7	N3	Økende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Notodden	7,7*	N1	0,3	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Færder	166,9	N3	3,2	N3	Synkende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Siljan	0,0*	N1	0,0	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Bamble	228,3	N4	4,8	N3	Usikker	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Kragerø	134,4	N3	4,1	N3	Synkende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Drangedal	122,8*	N3	4,6	N3	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Nome	0,0*	N1	0,0	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Midt-Telemark	47,8*	N1	1,1	N3	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Tinn	17,8*	N1	0,7	N3	Sannsynlig synkende	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Hjartdal	0,0*	N1	0,0	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Seljord	34,5*	N1	1,0	N3	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Kviteseid	0,0*	N1	0,0	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Nissedal	0,0*	N1	0,0	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Fyresdal	0,0*	N1	0,0	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Tokke	92,4*	N2	3,1	N3	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Vinje	0,0*	N1	0,0	N1	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1

* Antall <= 10

N1 = Risikonivå 1, N2 = Ruisikonivå 2, N3 = Risikonivå 3, N4 = Risikonivå 4, N5 = Risikonivå 5. For informasjon om risikonivå se tabell 5. Folkehelseinstituttet, 2021-04-05 09:34:06

For uke 12-13 (per 05.04.21) ser risikobildet slik ut for **Skien**:

Indikatorer for covid-19	Kilde	Benevning	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12	2021-13	2021-14	Totalt
Dato for mandag	Kalender	Dato	2021-02-22	2021-03-01	2021-03-08	2021-03-15	2021-03-22	2021-03-29	2021-04-05	-
Indikator										
Covid-19 assosierte dødsfall	MSIS/DÅR	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Nye sykehusinnleggelseser	NIPaR	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Nye tilfeller	MSIS	Antall	11	17	32	34	31	30	IK	977
Nye tilfeller per 14. dag (rullerende)	MSIS	Per 100 000	55/100k	51/100k	89/100k	120/100k	118/100k	111/100k	IK	IK
Re (effektivt reproduksjonsnummer)	FHI	Re for fylke	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Re KI	FHI	Re for fylke	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Vaksineindikator										
Personer vaksinert med 1. dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	7 320
Personer vaksinert med 2. dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	3 009
Totalt antall administrerte doser	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	10 329
Prøveindikator										
Førstegangstestede	MSIS lab	Antall	270	421	593	546	551	314	IK	24 399
Personer testet	MSIS lab	Antall	690	1 044	1 404	1 415	1 420	807	IK	39 586
Personer testet per 100 000	MSIS lab	Per 100 000	1 251/100k	1 893/100k	2 546/100k	2 566/100k	2 575/100k	1 463/100k	IK	71 787/100k
Tester	MSIS lab	Antall	827	1 087	1 635	1 582	1 758	994	IK	43 222
Andel positive blant personer testet	MSIS lab	Andel (%)	1,6%	1,6%	2,3%	2,4%	2,2%	3,7%	IK	2,4%

Kommentarer: tabellen er ikke til enhver tid oppdatert. Kommunens tall er:

- **Antall påvist smittet uke 13: 45**
- **Antall testet uke 13: 1009**

Helhetlig vurdering av smittesituasjonen i Skien kommune uke 12-13 (per 05.04.21):

Ut fra parametere knyttet til et av de 5 risikonivåene, ligger Skien kommune nå slik:

- *Antall nye tilfeller per 14 dager per 100.000 innbyggere:* 119 (VGs tall) opp fra 108 i uke 12 = **N3**
- *Trend i antall nye tilfeller:* «**Økende**» Merk: for fylket som helhet er trenden «fallende»
- *Antall testet:* 1009 (kommunens egne tall) = **fallende** fra 1272 i uke 11
- *Andel positive blant de testede siste 14 dager* = fremdeles **N3-4** (altså under 4,9%)
- *Antall sykehusinnleggelseser per 14 dager per 100.000 innbyggere (Fylkesvis):* 4,7 synkende = **N1**
- *Incidens 50 eller mer/100.000 innbyggere, og flere enn 10 tilfeller siste 14 dager:* **N5**
 - *Beskrivelse av risikonivå (tabell 5):* aktuelt nivå **N2** «Lokale og regionale utbrudd som kontrolleres. Insidensen er gjerne noe varierende som følge av utbrudd. Tilfellene kan være begrenset til visse grupper, og bare en liten andel (under 10%) har ukjent smittesituasjon. Testing og smittesporing håndteres greit.»

Vi har lokale og regionale utbrudd som kontrolleres, og insidensen varierer med utbruddene. Vi har også god kapasitet på testing og smittesporing.

Det er for uke 13 også en betydelig fallende andel smittede med ukjent smittevei, fallende fra nærmere 40% til under 10%.

Smitten kan de siste ukene dog i økende grad se ut til å speile nasjonal trend der rundt 35% av alle smittede har fødeland utenfor Norge. Dette kan av flere årsaker gi ulike utfordringsbilder knyttet til smittespredningspotensialet.

Tallfesta konklusjon av risikonivå: Smittetrykket i Skien kommune er siste 2 ukene økende, men antall smittede med ukjent smittevei har falt betraktelig, og den økningen i antall vi ser knyttet til de siste 2 ukene, utgjøres hovedsakelig av smitte inn i et begrenset antall storfamilier der alle husstandsmedlemmer fortløpende har blitt påvist smittet, etter å ha blitt testet som nærkontakter.

Innvandrerbefolkningene i Norge er hardt rammet. Personer født utenfor Norge er overrepresentert på landsbasis, og utgjorde i uke 12 37 % av meldte tilfeller og 57 % av nye innlagte. I enkelte grupper er det en stor andel av de som tester seg som tester positivt. Dette er en trend som har vedvart over lang tid.

Smitten kan i Skien de siste ukene i økende grad se ut til å speile nasjonal trend på dette området. Dette kan av flere årsaker gi ulike utfordringsbilder knyttet til smittespredningspotensialet, se i øvrig [Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021 \(fhi.no\)](#)

Det er inntil videre lite smitte blant skoleelever; gjennomsnittsalder blant de smittede i Skien i uke 12 og 13 er 30 år. 29% av de smittede er under 20 år i Skien.

Til tross for at smittetrykket i Skien kommune ser ut til å være stigende, ligger kommunen fremdeles på risikonivå N3, med fortsatt fare for at risikonivået kan øke.

Sterke befolkningsrettede restriksjoner er innført for å slå ned smitteøkningen og gjenvinne kontroll, og håpet og målet er at disse restriksjonene skal kunne lempes så snart som mulig. Likevel er det vesentlig ikke å lempe restriksjonene for tidlig, og fordi man erfaringsmessig har sett smitteøkning i etterkant av ferier, kan være nyttig å beholde restriksjonene tilstrekkelig lenge til at man ser konsekvensene av påskeferiens aktivitetsmønster.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark konkluderte – etter et møte den 31.03.21 med kommunene i fylket, der også representanter fra FHI og Helsedirektoratet var tilstede – med å sende en anbefaling til Helsedirektoratet om at tiltakene etter covid-19 forskriftens kapittel 5A burde forlenges for Grenlandskommunene slik at de varer til og med 08.04.21, slik at man i noe større grad ser evt. konsekvenser av økt mobilitet hos befolkningen gjennom påskeuken. Deretter har kommunene selv ytret ønske om å gå over til nasjonalt vedtatt tiltakspakke etter kapittel 5B. Det skal være et nytt møte med Statsforvalter, kommunene, FHI og Helsedirektoratet den 07.04.21 der videre plan skal diskuteres.

Det har fra regionale og sentrale myndigheter vært signalisert et tydelig ønske om at kommuner i samme bo/arbeidsregion samordner sine tiltak.

Vaksineringsstatus er nå innlemmet som paramenter i «Håndbok for kommuneleger», som ledd i risikovurderingene:

Tall for Skien

Indikatorer for covid-19 vaksinasjon	Kilde	Benevning	2021-08	2021-09	2021-10	2021-11	2021-12	2021-13	2021-14	Totalt
Totalt Vaksiner										
Totalt antall administrerte doser	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	10 329
Vaksinert med 1. dose										
Personer vaksinert med 1.dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	7 320
16-44 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
45-54 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
55-64 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
65-74 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
75-84 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
>=85 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Vaksinert med 2. dose										
Personer vaksinert med 2. dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	3 009
16-44 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
45-54 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
55-64 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
65-74 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
75-84	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
>=85 år	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Totalt Vaksiner Kjønn										
Kvinner vaksinert med 1. dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Menn vaksinert med 1. dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Kvinner vaksinert med 2. dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Menn vaksinert med 2. dose	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Vaksinedistribusjon										
COMIRNATY	FHI	Antall	828	810	528	582	1 032	0	IK	7 805
MODERNA	FHI	Antall	0	0	0	0	0	0	IK	0
ASTRAZENECA	FHI	Antall	400	200	300	0	0	0	IK	1 000

Folkehelseinstituttet, 2021-04-05 12:45:55 (SYSVAK)

Kommunen begynner vaksinasjon av prioriteringsgruppe 4 i uke 13/14. Personer med «stjernesykdommer» og personer tilknyttet rusmiljøet i Skien, prioriteres blant de første i denne gruppen. Det er totalt ca 6500 personer som skal tilbys vaksine i prio.gruppe 4 i Skien.

Situasjonsbeskrivelse per 05.04.21, gjeldende ca 1 uke frem i tid gitt ingen store endringer:

Epidemiologisk vurdering:

Siden forrige situasjonsbeskrivelse 29.03.21 er smittebildet i Skien kommune noe endret; det har vært økende antall smittede siste to ukene (især uke 13), men andel smittede med ukjent smittevei er redusert betraktelig, og ligger for uke 13 under 10%.

Smittebildet preges fremdeles hovedsakelig av at husstandsmedlemmer smitter hverandre, og i noen grad også smitter inn i arbeidsplasser, skoler og sosiale settinger.

Kommunen har hatt enkelte smittede knyttet til helse –og omsorgstjenester, men alle tilfellene har blitt slått ned som enkelttilfeller, og har ikke medført smittespredning innad i helsetjenester.

Nasjonalt pålagt tiltakspakke etter covid-19 paragrafens kapittel 5A

Kommunene i Grenland fikk 19.03.21 innført en nasjonalt pålagt tiltakspakke etter covid-19 paragrafens kapittel 5A. Tiltakene har virkning til og med 06.04.21.

De tidligere Vestfoldskommunene har også tilsvarende tiltakspakke pålagt, som har varighet til samme dato.

Kommunene i Viken fylke som har tiltakspakke 5A, har disse med virkning til 11.04.21.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark fremmet en mulig anbefaling om at tiltakspakkene for både Grenland og de tidligere Vestfoldskommunene forlenges med virkning tilsvarende kommunene i Viken, dels for å

- hindre mobilitet av mennesker over i nabokommuner som har mildere restriksjoner dels for å
- forhindre at et evt. «etterslep» av smitte etter påskeferien skal gjøre en allerede ustabil smittesituasjon ytterligere ustabil, evt.være det som utløser et større smitteutbrudd som øker smittetrykket betydelig og kan være medvirkende til å overskride TISK-kapasitet i kommunene

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark konkluderte – etter et møte den 31.03.21 med kommunene i fylket, der også representanter fra FHI og Helsedirektoratet var tilstede – med å sende en anbefaling til Helsedirektoratet om at tiltakene etter covid-19 forskriftens kapittel 5A burde forlenges for Grenlandskommunene slik at de varer til og med 08.04.21, slik at man i noe større grad ser evt.konsekvenser av økt mobilitet hos befolkningen gjennom påskeuken. Dette på bakgrunn av at kommunene i Grenland så fort som mulig ønsket å komme ned på tiltakspakke etter forskriftens kapittel 5B, grunnet relativt moderat smittetrykk i regionen.

Det skal være et nytt møte med Statsforvalter, kommunene, FHI og Helsedirektoratet den 07.04.21 der videre plan skal diskuteres.

Det har fra regionale og sentrale myndigheter vært signalisert et tydelig ønske om at kommuner i samme bo/arbeidsregion samordner sine tiltak.

f-TISK

Inntil videre har Skien kommune klart å holde smitten – også mindre utbrudd med den engelske virusvarianten – under kontroll, ved hjelp av f-TISK; mange er blitt satt i karantene og testet, og mange er blitt anbefalt «ventekarantene

Vaksinering

Skien kommune vaksinerer nå ferdig prioriteringsgruppe 3, og begynner vaksinasjon av prioriteringsgruppe 4 i uke 13/14. Personer med «stjernesykdommer» og personer tilknyttet rusmiljøet i Skien, prioriteres blant de første i denne gruppen. Det er totalt ca 6500 personer som skal tilbys vaksine i prio.gruppe 4 i Skien.

Spredningspotensial i fravær av tiltak:

Smittetrykket i Skien ser aktuelt ut til å være stigende, men det er nå i all hovedsak nærkontakter som utgjør økningen. Dette gjenspeiler seg i at andel positive prøver har gått opp, som tegn på at vi tester mer målrettet mot der vi forventer å finne smitte. Andel smittede med ukjent smittevei har falt fra nærmere 40%, til nå under 10%.

Innvandrerbefolkningene

Innvandrerbefolkningene i Norge er hardt rammet. Personer født utenfor Norge er overrepresentert på landsbasis, og utgjorde i uke 12 37 % av meldte tilfeller og 57 % av nye innlagte. I enkelte grupper er det en stor andel av de som tester seg som tester positivt. Dette er en trend som har vedvart over lang tid.

Smitten kan i Skien de siste ukene i økende grad se ut til å speile nasjonal trend på dette området. Dette kan av flere årsaker gi ulike utfordringsbilder knyttet til

smittespredningspotensialet, se i øvrig [Covid-19 etter fødeland fra mars 2020 til februar 2021 \(fhi.no\)](#)

Ressurskrevende TISK

Fremdeles har kommunen tilstrekkelig kapasitet på sitt f-TISK arbeid, og rammesetter det meste av smitten. Men det nye utvidede sporingsarbeidet trekker mere ressurser enn tidligere TISK-arbeid, og det er derfor laget planer for kraftig oppskalering av dette arbeidet ved økt smittetrykk.

Krisekommunikasjon

Det er avgjørende at befolkningen fortsetter å være lojale ovenfor nasjonale og lokale anbefalinger og regler. Kommunens kommunikasjonsavdeling jobber konstant med informasjon ut til befolkningen knyttet til dette.

Sykdomsbyrde dersom utbruddet utvikler seg videre:

Dersom f-TISK arbeidets kapasitet overskrides, og/eller smitteutviklingen knyttet til mer smittsomme virusvarianter medfører en kraftig eksponensiell smitteøkning, vil vi tross påbegynt vaksineringsrisikere økt sykdomsbyrde; vi vet av erfaring at når smittetrykket i samfunnet øker, rammer smitten også kommunens institusjoner – inkludert sykehjem og sykehus. Dette kan ved uttalt smitte fremdeles overskride kapasiteten ved institusjonene, og ramme befolkningens helsetilbud. Sykdomsbyrden antas å gradvis gå ned ettersom de mest sårbare vaksineres, og når alle over 65 år er fullvaksinert, antas sykdomsbyrden å bli mye mindre selv med samme smittespredning i hele befolkningen.

Med innføring av de nye nasjonale tiltakene etter kapittel 5A i covid-19 forskriften gjeldende fra 19.03.21, håper vi at spredningspotensialet og sykdomsbyrden knyttet til aktuell økning i smittesituasjon, reduseres betraktelig.

Det vil på den andre siden være viktig å oppheve de sterke tiltakene som rammer befolkningen hardt, på et riktig tidspunkt sett i lys av smittesituasjonen i kommunen, nabokommunene og på landsbasis.

Fra FHIs siste ukesrapport, uke 12 – nasjonal basis:

- Etter fem uker med økning i antall meldte tilfeller, var det en **nedgang i uke 12 på 11% siden uke 11**.
- **Andelen positive blant de testede gikk i uke 12 ned i alle aldersgruppene med unntak av barn 0–5 år gamle hvor den var stabil**. I uke 12 var andelen positive høyest i aldersgruppen 0–5 år og lavest blant personer ≥ 80 år. Det høyeste antall meldte tilfeller i forhold til befolkningstallet i uke 12 ble observert i aldersgruppene 13–19 år (180 per 100 000) og 20–39 år (149 per 100 000).
- Sist uke ble det testet rekordmange personer for SARS-CoV-2 (201 452). Dette skyldes en økning i antall testede personer i aldersgruppen 20–39 år. Etter en lengre periode med økning i andel positive blant de testede, var det en nedgang fra 3,39 % i uke 11 til 2,89 % i uke 12.
- Etter flere uker med økning i antall nye innleggelser i sykehus, med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, har **antall nye innleggelser vært relativt stabilt siste to uker**. Dette gjelder også Oslo og Viken, de to fylkene med høyeste antall nye innleggelser per uke. Det har vært en økende trend i aldersgruppene 20 – 79 år de siste ukene, og denne økningen fortsatte blant aldersgruppene 30–49 år i uke 12. Dette er de høyeste antallene rapportert i disse aldersgruppene på en uke siden begynnelsen av pandemien.

Den 23. mars publiserte FHI en nettsak om en ny undersøkelse som viser at **den britiske varianten av koronaviruset er assosiert med en 2,6-ganger høyere risiko for å bli innlagt på sykehus med covid-19 som hovedårsak**. Økt risiko ble sett i alle aldersgrupper over 20 år, men med små tall i de yngre aldersgruppene.

- Etter flere uker med nedgang, har **antall dødsfall vært stabilt de siste tre ukene**. Det er foreløpig meldt om 8 dødsfall i uke 12, mot 9 i uke 11.
- De siste to ukene var informasjon om smittesituasjonen tilgjengelig for 37 % av de meldte tilfellene. Mest vanlig antatt smittested var privat husstand (50 %), barnehage/skole (12 %), jobb (10 %), privat arrangement (9 %), og organisert fritidsaktivitet (1 %). For 10 % var antatt smittested ukjent. Datagrunnlaget er mangelfullt og må tolkes med forsiktighet.
- **Innvandrerbefolkningene i Norge er hardt rammet**. Personer født utenfor Norge er overrepresentert og utgjorde i uke 12 37 % av meldte tilfeller og 57 % av nye innlagte. Dette er en trend som har vedvart over lang tid: **Andelen meldte tilfeller blant utenlandsfødte var 35 % de siste 4 ukene (uke 9–12), og 37 % i løpet av de foregående 4 ukene (uke 5–8)**. Blant de utenlandsfødte var det i uke 12 flest personer som er født i Polen (220), Irak (148), Pakistan (138), Somalia (127), Syria (107), Afghanistan (87), Eritrea (85), Russland (83), Tyrkia (64), Iran (58), Sverige (57), Litauen (47), Filippinene (44), Marokko (41), Bosnia-Hercegovina (37), Etiopia (36), India (36), Serbia og Montenegro (35), Palestina (28) og Sri Lanka (27).