

## Risikovurdering Skien kommune 12.04.21

Forrige risikovurdering for Skien kommune er datert 05.04.20

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<br>(Kontroll)               | Ingen eller få påviste tilfeller, men mulighet for oppblussing.   |
| Nivå 2<br>(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<br>(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<br>(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 innleggelse og dødsfall. Kapasitet for smittesporing og testing er overbelastet. |
| Nivå 5<br>(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 innan 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 12.04.21:

 **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 13-14 (per 12.04.21) ser risikobildet sånn ut nasjonalt: ([Sykdomspulsen \(fhi.no\)](http://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          | 173,0  | N3   | 3,7   | N3   | Usikker                      | 6,6   | N3   | 19,4 (69/356)   | N3   |
| Oslo                 | 414,3  | N5   | 6,2   | N5   | Usikker                      | 18,2  | N5   | 100,0 (15/15)   | N5   |
| Rogaland             | 115,4  | N3   | 2,8   | N3   | Usikker                      | 3,9   | N1   | 39,1 (9/23)   | N3   |
| Møre og Romsdal      | 50,8   | N2   | 1,4   | N3   | Usikker                      | 2,6   | N1   | 15,4 (4/26)   | N3   |
| Nordland             | 15,8   | N1   | 0,7   | N3   | Usikker                      | 0,0   | N1   | 0,0 (0/41)  | N1   |
| Viken                | 324,2  | N4   | 6,4   | N5   | Usikker                      | 12,3  | N3   | 60,8 (31/51)  | N5   |
| Innlandet            | 62,6   | N2   | 1,9   | N3   | Usikker                      | 3,0   | N1   | 13,0 (8/46)   | N3   |
| Vestfold og Telemark | 87,5   | N2   | 2,4   | N3   | Sannsynlig synkende          | 3,1   | N1   | 39,1 (9/23)   | N3   |
| Agder                | 36,3   | N1   | 1,1   | N3   | Økende                       | 0,0   | N1   | 8,0 (2/25)  | N1   |
| Vestland             | 87,0   | N2   | 1,9   | N3   | Økende                       | 1,9   | N1   | 11,6 (3/43)   | N3   |
| Trøndelag            | 27,4   | N1   | 0,7   | N3   | Økende                       | 0,4   | N1   | 5,3 (2/38)  | N1   |
| Troms og Finnmark    | 15,7   | N1   | 0,6   | N3   | Sannsynlig synkende          | 0,0   | 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, 2021-04-12 09:36:03

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

For uke 13-14 (per 12.04.21) 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 | 87,5   | N2   | 2,4   | N3   | Sannsynlig synkende          | 3,1   | N1   | 39,1 (9/23)   | N3   |
| Horten               | 80,0   | N2   | 2,2   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Holmestrand          | 92,0   | N2   | 2,4   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Tønsberg             | 129,8  | N3   | 2,6   | N3   | Sannsynlig synkende          | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Sandefjord           | 116,6  | N3   | 2,8   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Larvik               | 29,5   | N1   | 0,9   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Porsgrunn            | 84,9   | N2   | 2,5   | N3   | Synkende                     | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Skien                | 110,6  | N3   | 3,4   | N3   | Sannsynlig synkende          | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Notodden             | 61,6*  | N2   | 2,6   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Færdar               | 81,6   | N2   | 1,8   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Stjøen               | 0,0*   | N1   | 0,0   | N1   | Usikker                      | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Bamble               | 85,6   | N2   | 3,6   | N3   | Sannsynlig synkende          | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Kragerø              | 105,6  | N3   | 4,6   | N3   | Sannsynlig økende            | IK  | IK   | 100,0 (1/1)   | N5   |
| Direngedal           | 122,8*   | N3   | 8,1   | N5   | Sannsynlig økende            | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Nome                 | 0,0*   | N1   | 0,0   | N1   | Usikker                      | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Midt-Telemark        | 57,4*  | N2   | 2,3   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Tinn                 | 17,8*  | N1   | 0,7   | N3   | Usikker                      | 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   | 1,2   | N3   | Usikker                      | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Kviteseid            | 82,3*  | N2   | 2,7   | N3   | Sannsynlig økende            | 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                | 0,0*   | N1   | 0,0   | N1   | Usikker                      | IK  | IK   | 0,0 (0/1)   | N1   |
| Vinje                | 26,6*  | N1   | 1,0   | N3   | 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, 2021-04-12 09:36:03



For uke 13-14 (per 12.04.21) 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 | -           |
| <b>Indikator</b>                       |          |              |            |            |            |            |            |            |            |             |
| 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          |
| <b>Vaksineindikator</b>                |          |              |            |            |            |            |            |            |            |             |
| 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      |
| <b>Prøveindikator</b>                  |          |              |            |            |            |            |            |            |            |             |
| 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 14: 33**
- **Antall testet uke 13: 906**

**Helhetlig vurdering av smittesituasjonen i Skien kommune uke 13-14 (per 12.04.21):**

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:* 136 (VGs tall) opp fra 119 i uke 13 = **N3**
- *Trend i antall nye tilfeller:* «**Sannsynlig synkende**» Merk: for fylket som helhet er trenden også «sannsynlig synkende»
- *Antall testet:* 906 (kommunens egne tall) = **fallende** fra 1009 i uke 13
- *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):* 3,1 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 14 fremdeles en lav andel med ukjent smittevei, under 10%.

Smitten ser fremdeles 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 stabilt/mulig synkende, og antall smittede med ukjent smittevei er fremdeles under 10%.

Likevel ser vi at antall som har testet seg er fallende siste to uker, og at vi forrige uke kun testet i underkant av 1000 personer. Samtidig er andelen positive prøver på et jevnt relativt høyt nivå (svarende til risikonivå N3-4), antakelig grunnet målrettet testing, men likevel som uromoment knyttet til lavt testantall.

Det er fremdeles relativt lite smitte blant skoleelever; gjennomsnittsalder blant de smittede i Skien i uke 13 og 14 er 33 år, og ca 20% av de smittede i Skien er under 20 år.

Innvandrerbefolkningene i Norge er hardt rammet. Personer født utenfor Norge er overrepresentert og utgjorde i uke 13 36 % av meldte tilfeller og 52 % av nye innlagte. De siste ukene har imidlertid antall nye innleggelses i sykehus økt blant personer født i Norge og gått ned blant personer født utenfor Norge.

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 \(fhi.no\)](https://www.fhi.no)

**Til tross for at smittetrykket i Skien kommune kan være synkende – og det fremdeles er et lavt antall med ukjent smittevei – ligger kommunen fremdeles på risikonivå N3**, da det gjennom de siste 2 ukene samtidig har vært en reduksjon i antall tester utført, og andel positive blant alle tester ligger på et nivå svarende til risikonivå 3-4.

Sterke befolkningsrettede restriksjoner ble innført 19.03.21 i form av nasjonal tiltakspakke etter covid-19 forskriftens kapittel 5A. Den 08.04.21 ble tiltaksnivået justert ned, og Grenland og Skien er fra og med 09.04.21 og til og med 22.04.21 underlagt nasjonal tiltakspakke etter forskriftens kapitte 5B. Håpet og målet er at disse restriksjonene skal kunne lempes så snart som mulig. Likevel er det vesentlig ikke å lempe restriksjonene for tidlig, men forsøke å finne det riktige tidspunktet for lemping, slik at man både unngår uforholdsmessige belastninger på samfunnet ved å opprettholde strenge tiltak for lenge, og samtidig unngår opp-bluss i smitte grunnet for tidlig lemping av smitteverntiltakene.

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 | 2021-09 | 2021-10 | 2021-11 | 2021-12 | 2021-13 | 2021-14 | Totalt |
|--------------------------------------|--------|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| <b>Totalt Vaksiner</b>               |        |           |         |         |         |         |         |         |        |
| Totalt antall administrerte doser    | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | 11 733 |
| <b>Vaksinert med 1. dose</b>         |        |           |         |         |         |         |         |         |        |
| Personer vaksinert med 1.dose        | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | 8 693  |
| 16-44 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 45-54 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 55-64 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 65-74 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 75-84 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| >=85 år                              | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| <b>Vaksinert med 2. dose</b>         |        |           |         |         |         |         |         |         |        |
| Personer vaksinert med 2. dose       | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | 3 040  |
| 16-44 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 45-54 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 55-64 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 65-74 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| 75-84 år                             | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| >=85 år                              | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| <b>Totalt Vaksiner Kjønn</b>         |        |           |         |         |         |         |         |         |        |
| Kvinner vaksinert med 1. dose        | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| Menn vaksinert med 1. dose           | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| Kvinner vaksinert med 2. dose        | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| Menn vaksinert med 2. dose           | SYSVAK | Antall    | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK      | IK     |
| <b>Vaksinedistribusjon</b>           |        |           |         |         |         |         |         |         |        |
| COMIRNATY                            | FHI    | Antall    | 810     | 528     | 582     | 1 032   | 828     | 0       | 8 633  |
| MODERNA                              | FHI    | Antall    | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0       | 0      |
| ASTRAZENECA                          | FHI    | Antall    | 200     | 300     | 0       | 0       | 0       | 0       | 1 000  |

Folkehelseinstituttet, 2021-04-11 12:45:57 (SYSVAK)

Kommunen begynte 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 12.04.21, gjeldende ca 1 uke frem i tid gitt ingen store endringer:

### Epidemiologisk vurdering:

Siden forrige situasjonsbeskrivelse 05.04.21 er smittebildet i Skien kommune relativt uendret; det var økende antall smittede i uke 13, men ser vi bort fra denne uken, har antall smittede vært relativt stabilt siste 4-5 ukene (i overkant av 30 smittede/uke).

Andel smittede med ukjent smittevei er redusert betraktelig siden innføring av nasjonal tiltakspakke etter forskriftens kapittel 5A den 19.03.21, og ligger for uke 13 og 14 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 hadde initialt virkning til og med 06.04.21, men ble forlenget til og med 08.04.21.

Under møte med kommunene i Grenland, Statsforvalteren i Vestfold og Telemark, FHI og Helsedirektoratet den 07.04.21 ønsket 3 av 4 ordførere i Grenlandskommunene å avslutte tiltakene etter kapittel 5A, og fra og med 09.04.21 gå over til nasjonal tiltakspakke etter kapittel 5B. Dette ble fremmet som en anbefaling fra både Statsforvalteren og FHI, til Helsedirektoratet, som fremmet denne anbefalingen til Regjeringen – som besluttet dette tiltaket med varighet til og med 22.04.21.

De tidligere Vestfoldskommunene fikk i etterkant av dette også tilsvarende tiltakspakke pålagt, som har varighet til samme dato.

### *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.

Det jobbes nå også med oppfølging av personer som registreres i det nasjonale innreiseregistreringssystemet, slik kommunene er forpliktet til

[Oppdrag 337 - Nasjonalt telefonsenter for oppfølging av innreisende.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

*Telefonsenteret skal avlaste kommuneoverlegene og Arbeidstilsynet ved å ha en sifingsfunksjon tilknyttet opplysninger om innreisende i innreiseregisteret. Antallet innreisende overstiger kommuneoverlegenes og Arbeidstilsynets kapasitet til å ta kontakt med den enkelte, telefonsenteret vil derfor kunne bistå ved å kunne opprette kontakt med et stort antall innreisende. Ved å rapportere mistanke om manglende forståelse eller etterlevelse av regelverket, kan kommuneoverlegen ta ansvar for eventuell videre oppfølging. Oppfølging og kontroll kan da bli mer målrettet, og kommuneoverlegen vil kunne få bedre oversikt.*

### *Vaksinering*

Skien kommune vaksinerer nå prioriteringsgruppe 4. 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 stabilt/svakt fallende, og det er i all hovedsak nærkontakter som utgjør de smittede.

*Innvandrerbefolkningene*

Innvandrerbefolkningene i Norge er hardt rammet. Personer født utenfor Norge er overrepresentert og utgjorde i uke 13 36 % av meldte tilfeller og 52 % av nye innlagte. De siste ukene har imidlertid antall nye innleggelse i sykehus økt blant personer født i Norge og gått ned blant personer født utenfor Norge.

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 \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/no/tema/covid-19/ettersporing-og-utvikling/covid-19-etter-fodeland-fra-mars-2020-til-februar-2021)

*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.

Aktuelt er det lagt arbeid inn i en informasjonskampanje knyttet til Ramadan-feiringen.

**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 videreføring av befolkningsrettede restriksjoner ved nasjonale tiltakspakker (nå etter kapittel 5B i covid-19 forskriften gjeldende til 22.04.21), håper vi at spredningspotensialet og sykdomsbyrden knyttet til aktuell smittesituasjon, fortsatt 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 13 – nasjonal basis:

- I uke 13 **fortsetter nedgangen i antall meldte tilfeller** siden toppen i uke 11, en nedgang på 14 % siden uke 12. Trenden er imidlertid usikker ettersom tallene er preget av en betydelig reduksjon (44 %) i antall personer testet gjennom påskeferieuka.
- Siste uke økte andelen positive blant de testede med 55 % (4,4 % i uke 13 mot 2,9 % i uke 12).
- Etter flere uker med økning i antall nye innleggelses i sykehus med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, har **antall nye innleggelses vært relativt stabilt siste to-tre uker**. Av de nye innleggelsene siste uke var 81 % fra Oslo og Viken, og i disse fylkene er det rapportert om en økning i antall nye innleggelse fra uke 12 til uke 13. Antall nye innleggelses økte i aldersgruppen 50 – 69 år i uke 13.
- Siste uke var det en **liten økning i antall dødsfall**. Det er foreløpig meldt om 11 dødsfall i uke 13, mot 8 i uke 12.
- Antall nye innleggelses og dødsfall har vært relativt stabilt de siste uker, mens trenden i antall meldte tilfeller siste uke er usikker på grunn av den store reduksjonen i antall testede. Data for inneværende uke vil gi et bedre bilde av den epidemiologiske situasjonen etter påskeferien.
- Epidemien rammer landets kommuner veldig ulikt:
  - 1) Østlandet har om lag 3/4 av tilfellene. I Oslo og en rekke andre kommuner har smittetrykket vært høyt i flere måneder. Her trengs vedvarende sterk innsats med testing og smittesporing samt ekstra kontaktreduserende tiltak.
  - 2) Enkelte kommuner ellers i landet opplever utbrudd, men disse blir som regel nokså raskt brakt under kontroll med økt testing og smittesporing eventuelt ekstra kontaktreduserende tiltak.
  - 3) De fleste av landets kommuner har ingen eller svært få tilfeller. I disse kommunene trengs årvåkenhet og rask reaksjon ved tegn på utbrudd.
- De siste to ukene var informasjon om smittesituasjonen tilgjengelig for 35 % av de meldte tilfellene **Mest vanlig antatt smittested var privat husstand** (58 %), private arrangement (10 %), jobb (9 %) og barnehage/skole (5 %). For 367 tilfeller (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 13 36 % av meldte tilfeller og 52 % av nye innlagte. De siste ukene har imidlertid antall nye innleggelses i sykehus økt blant personer født i Norge og gått ned blant personer født utenfor Norge.
- I de siste 4 ukene ligger **andelen med den engelske virusvarianten i Norge på ca. 83 %** når både bekreftede og sannsynlige prøver inkluderes, men fordeler seg ulikt mellom landets fylker. Andelen er høyest i Vestland (96 %), Oslo (93 %), Trøndelag (90 %) og Vestfold Og Telemark (89 %), og lavest i Nordland (19 %).

Andelen med den sør-afrikanske virusvarianten i Norge ligger på ca. 2 % når både bekreftede og sannsynlige prøver inkluderes, denne varianten er hovedsakelig rapportert fra Nordland (76 %) fylke.

Den engelske virusvarianten er nå altså dominerende i mange deler av landet. Siden denne varianten har større underliggende spredningsevne, vil det kreves bedre effektivitet av tiltakene (tidsriktig gjennomføring og etterlevelse av forsterket TISK) og eventuelt nye tiltak for å holde epidemien nede.