

Risikovurdering Skien kommune 14.03.21

Forrige risikovurdering for Skien kommune er datert 08.03.20

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 innleggelse 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 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 14.03.21:

 **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 9-10 (per 14.03.21) ser risikobildet sånn ut nasjonalt: ([Sykdomspulsen \(fhi.no\)](https://www.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	152,3	N3	IK	IK	Økende	3,8	N1	16,3 (58/356)	N3
Oslo	401,9	N5	IK	IK	Økende	11,0	N3	88,2 (15/17)	N5
Rogaland	65,3	N2	IK	IK	Økende	0,6	N1	21,7 (5/23)	N3
Møre og Romsdal	13,6	N1	IK	IK	Synkende	0,0	N1	0,0 (0/26)	N1
Nordland	59,9	N2	IK	IK	Synkende	3,7	N1	4,9 (2/41)	N1
Viken	244,4	N4	IK	IK	Økende	5,5	N3	54,9 (28/51)	N5
Innlandet	44,5	N1	IK	IK	Usikker	1,3	N1	8,7 (4/46)	N1
Vestfold og Telemark	186,3	N3	IK	IK	Økende	5,2	N3	30,4 (7/23)	N3
Agder	101,3	N3	IK	IK	Synkende	2,3	N1	24,0 (6/25)	N3
Vestland	38,7	N1	IK	IK	Usikker	0,5	N1	4,7 (2/43)	N1
Trendelag	15,3	N1	IK	IK	Sannsynlig synkende	0,8	N1	2,6 (1/38)	N1
Troms og Finnmark	52,0	N2	IK	IK	Synkende	0,8	N1	5,1 (2/39)	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, 2021-03-14 09:48:22

Vi ser at R-tallet er erstattet med kolonne for «Trend i antall nye tilfeller», og at denne aktuelt er beregnet «økende» for Vestfold og Telemark. Trenden er for flere andre fylker i landet nå «økende».

Vi ser at Vestfold og Telemark nå er vurdert å ligge i risikonivå N3.

For uke 9-10 (per 14.03.21) 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	186,3	N3	IK	IK	Økende	5,2	N3	30,4 (7/23)	N3
Horten	294,4	N4	IK	IK	Sannsynlig økende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Holmestrand	211,9	N4	IK	IK	Økende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Tønsberg	473,5	N5	IK	IK	Økende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Sandefjord	169,4	N3	IK	IK	Usikker	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Larvik	109,5	N3	IK	IK	Usikker	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Porsgrunn	38,3	N1	IK	IK	Økende	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Skien	67,1	N2	IK	IK	Økende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Notodden	30,8*	N1	IK	IK	Synkende	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Færdar	560,2	N5	IK	IK	Sannsynlig økende	IK	IK	100,0 (1/1)	N5
Siljan	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Bamble	50,0*	N2	IK	IK	Sannsynlig økende	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Kragene	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Drangedal	73,7*	N2	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Nome	15,4*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Midt-Telemark	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Tinn	35,7*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Hjartdal	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Seljord	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Kviteseid	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Nissedal	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Fyresdal	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Tokke	0,0*	N1	IK	IK	Usikker	IK	IK	0,0 (0/1)	N1
Vinje	53,2*	N2	IK	IK	Sannsynlig økende	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, 2021-03-14 09:48:22

For uke 9-10 (per 14.03.21) ser risikobildet slik ut for **Skien**:

⬇️ Last ned datagrunnlag

Indikatorer for covid-19	Kilde	Benevning	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	Totalt
Dato for mandag	Kalender	Dato	2021-02-01	2021-02-08	2021-02-15	2021-02-22	2021-03-01	2021-03-08	-
Indikator									
Covid-19 assosierte dødsfall	MSIS/DÅR	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Nya sykehusinnleggelser	NIRaR	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Nya tilfeller	MSIS	Antall	5	11	19	11	17	20	869
Nya tilfeller per 14. dag (nullerende)	MSIS	Per 100 000	25/100k	29/100k	55/100k	55/100k	51/100k	67/100k	IK
Re (effektivt reproduksjonsnummer)	RHI	Re for fylke	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Re KI	RHI	Re for fylke	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Vaksineindikator									
Personer delvis vaksinert	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	4 783
Personer fullvaksinert	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	2 800
Totalt antall administrerte doser	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	7 583
Prøveindikator									
Førstegangstestede	MSIS leb	Antall	281	261	319	270	426	284	22 721
Personer testet	MSIS leb	Antall	770	720	825	690	1 044	651	35 191
Personer testet per 100 000	MSIS leb	Per 100 000	1 396/100k	1 306/100k	1 496/100k	1 251/100k	1 893/100k	1 181/100k	63 817/100k
Tester	MSIS leb	Antall	854	793	918	827	1 087	726	37 979
Andel positive blant personer testet	MSIS leb	Andel (%)	0,6%	1,5%	2,3%	1,6%	1,6%	1,5%	2,3%
Andel positive blant tester	MSIS leb	Andel (%)	0,6%	1,4%	2,1%	1,8%	1,6%	1,4%	2,2%

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

- **Antall påvist smittet: 20**
- **Antall testet: 1485**

Helhetlig vurdering av smittesituasjonen i Skien kommune uke 8-9 (per 08.03.21):

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: 67 opp fra 51 i uke 9 = **N2***
- *Trend i antall nye tilfeller: «**Økende**»*
- *Antall testet: 1485 (kommunens egne tall) = **økende***
- *Andel positive blant de testede siste 14 dager antatt rel. uendret (ned fra 1,6 til 1,4%) = **N3-4***
- *Antall sykehusinnleggelser per 14 dager per 100.000 innbyggere (Fylkesvis): 5,2 økende = **N3***
- *Incidens 50 eller mer/100.000 innbyggere, og flere enn 10 tilfeller siste 14 dager: **N5***
- *Beskrivelse av risikonivå (tabell 5): «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» = **N2***

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

Tall for Skien

📄 Last ned datagrunnlag

Indikatorer for covid-19 vaksinasjon	Kilde	Benevning	2021-05	2021-06	2021-07	2021-08	2021-09	2021-10	Totalt
Totalt Vaksiner									
Totalt antall administrerte doser	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	7 583
Delvis vaksinerte									
Personer delvis vaksinert	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	4 783
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
Fullvaksinerte									
Personer fullvaksinert	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	2 800
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
Totalt Vaksiner Kjønn									
Kvinner delvis vaksinerte	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Menn delvis vaksinerte	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Kvinner fullvaksinert	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Menn fullvaksinert	SYSVAK	Antall	IK	IK	IK	IK	IK	IK	IK
Vaksinedistribusjon									
COMIRNATY	FHI	Antall	1 062	984	738	828	810	0	5 663
MODERNA	FHI	Antall	0	0	0	0	0	0	0
ASTRAZENECA	FHI	Antall	0	0	100	400	200	0	700

Folkhelseinstituttet (SYSVAK)

Situasjonsbeskrivelse per 14.03.21, gjeldende ca 1 uke frem i tid gitt ingen store endringer i mellomtiden:

Epidemiologisk vurdering:

Smittebildet i Skien utgjøres nå hovedsakelig av personer som er smittet i områder i Norge med høyere smittespredning enn Skien, og av smittede nærkontakter av disse. Noen tilfeller har også brakt smitten inn fra utlandet, men dette er fremdeles en liten andel – antakelig som resultat av opprettholdt nasjonale strenge innreise –og karanteneregler.

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

Mutert virusvariant

Den største endringen i den epidemiologiske situasjonen er aktuelt at den engelske mer smittsomme virusvarianten nå har begynt å overta smittebildet også her i Skien. Flere kommuner i gamle Vestfold har aktuelt hatt strenge nasjonale tiltakspakker sv.til covid-19 forskriftens kapittel 5A og 5B, grunnet kraftig oppbluss av smitte. Det er sannsynlig at smitten fra disse kommunene vil spre seg til Grenlandskommunene, inkl.Skien kommune.

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». Sistnevnte tiltak har skapt en del uro fordi denne formen for karantene ennå ikke er forskriftsfestet, og fordi det er noe utfordrende å vurdere hvem som bør anbefales slik «ventekarantene», og på bakgrunn av dette har nok noen flere blitt satt i «ventekarantene» initielt enn dem som egentlig skulle ha blitt det. Dette justeres fortløpende inn ettersom smittesporingsarbeidet tilpasser seg de nye arbeidsformene.

Det legges til at «ventekarantenen» allerede har vist seg å være hensiktsmessig for å stanse videre smittespredning.

Vaksinering

Det kom i uke 10 flere motstridende informasjonen knyttet til vaksinering med AstraZeneca-vaksinen:

- det ble klart at AZ-vaksinen kunne gis til alle over 18 år, også dem over 65 og med underliggende sykdommer (med kun få unntak)
- det ble klart at prioriteringen av helsepersonell skulle stanse inntil videre
- det ble informert om 3 tilfeller av alvorlig sykdom hos personer under 50 år, som inntil videre er antatt å felles at de innenfor de siste 14 dagene hadde mottatt AZ-vaksinen, og at de ved innleggelse i sykehus hadde lavt antall blodplater
- all distribusjon og bruk av AZ-vaksinen er pausert i minst 14 dager mens sammenhengen mellom de 3 tilfellene av alvorlig sykdom knyttet til vaksinering med denne vaksinen, undersøkes

Skien kommune vaksinerer derfor i uke 11 og 12 kun med Pfizer-vaksinen, og fortsetter vaksineringen i prioriteringsgruppe 3.

Spredningspotensial i fravær av tiltak:

Smittetrykket i Skien er fremdeles relativt stabilt, men med en svak stigning i trenden siste 2-3 uker. Til tross for dette er smittetallene stadig lave, men altså høyere enn de to første ukene i februar, og aktuelt stigende. Det er nå også registrert smitteutbrudd ved STHF igjen, noe som kan være signal om at smittetrykket i befolkningen er stigende. I øvrig ingen smitte i kommunens HV.

Ressurskrevende TISK

Fremdeles har kommunen tilstrekkelig kapasitet på sitt f-TISK arbeid, men det nye utvidede sporingsarbeidet trekker mye mere ressurser enn tidligere TISK-arbeid, og det er derfor nødvendig å forberede kommunen på at smittesporingsarbeidet kan komme til å bli for belastet til å klare å holde smittesituasjonen under kontroll.

Ny lokal forskrift

Tatt i betraktning situasjonen på nasjonal basis – med økende smitte, og ikke minst situasjonen i våre nabokommuner i gamle Vestfold i tillegg til trenden i den aktuelle situasjonen i Skien og Grenland i øvrig – der økende del av smitten preges av den engelske virusvarianten – har kommuneoverlegene i Grenland lagt frem en anbefaling der kommunene anbefales å innen 24 timer kunne implementere en ny lokal forskrift som bør gjelde for alle de 4 Grenlandskommunene dersom en eller flere av kommunene opplever forverring i smittesituasjonen som tilsier at strenge befolkningsrettede tiltak vil være nødvendig.

Anbefalingen tar utgangspunkt i covid-19 forskriftens kapittel 5c, med noen modifikasjoner. Kommunedirektører og ordførere jobber nå med den praktiske håndteringen av forskriftsarbeidet, for å gjøre klart til rask implementering ved behov.

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.

Fordi vi fortsatt vet lite om vaksinenes effekt, er det vanskelig å vurdere vaksinens innvirkning på sykdomsbyrden, men det er antatt at minst 75% av alle i risikogrupper må være vaksinert før dødeligheten går ned som følge av vaksineringsen. Det er mulig at det vil kreves en enda høyere vaksinedekning for å oppnå beskyttelse mot utbrudd av nye epidemibølger. Likevel antas sykdomsbyrden 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.

Vi ser nå dog at smitteøkningen i hovedsak skjer blant de unge, som ennå ikke er vaksinert. Det er usikkert hvordan dette vil påvirke kapasiteten i helsevesenet, og den generelle sykdomsbyrden i samfunnet.

Tallfesta konklusjon av risikonivå: til tross for at de aktuelle tallene for Skien kommune fremdeles er lave, ser vi at trenden er stigende. Samtidig er nasjonal trend i negativ utvikling, og kommunen ligger helt i randsonen av et område med kraftig spredning av mutert mer smittsom virusvariant.

Skien kommune ligger fremdeles på risikonivå N2, men med stor fare for at risikonivået raskt kan øke.

Fra FHIs siste ukesrapport, uke 9 – nasjonal basis:

- Etter en nedgang i antall meldte tilfeller siden uke 1 har det vært en økning i antall meldte tilfeller siste tre uker. Økningen er på 28 % fra uke 8. Det høyeste antall meldte tilfeller i forhold til befolkningstallet i uke 9 ble observert i **aldersgruppene 13–19 år og 20–39 år**.
- Etter flere uker med relativt stabilt antall testede var det en **oppgang på 33 % sist uke**. **Andelen positive blant de testede har imidlertid vært relativt stabil siste to uker (uke 9; 2,55 % og uke 8; 2,66 %), men høyere enn i ukene 4-7.**
- Trenden i antall nye innleggelser i sykehus, med covid-19 som hovedårsak til innleggelsen, har vært økende de siste ukene. I uke 9 var det en **oppgang i antall nye innleggelser blant personer i alderen 40–59 år og 70–89 år**
- **Til tross for en økning i meldte tilfeller og en økende trend i antall nye innleggelser i sykehus fortsetter nedgangen i antall dødsfall.** Denne nedgangen korrelerer med den observerte nedadgående trenden i meldte tilfeller i aldersgruppen 80 år og eldre, og en markant nedgang i meldte dødsfall i sykehjem og lignende institusjoner. Dette kan være tidlige tegn på at de eldste har fått beskyttelse etter vaksinasjon, men kan også være en effekt av andre smitteverntiltak.
- Antall og andel smittet i utlandet er fortsatt lavt. De siste to ukene var informasjon om smittesituasjonen og smitteland tilgjengelig for 30 % av de meldte tilfellene. **Mest vanlig antatt smittested var privat husstand (40 %), arrangement privat (14 %), jobb (12 %), barnehage/skole (7 %) og organisert fritidsaktivitet (2 %).** Informasjon om smitteland for de meldte tilfellene har vært tilgjengelig for 32% de siste to ukene. **Andelen kjent smittet i utlandet siste to uker var 3%.** Datagrunnlaget er mangelfullt og må tolkes med forsiktighet.
- Der hvor informasjon var tilgjengelig indikerer data at **mest vanlig antatt smittested var privat husstand (45 %), jobb (14 %), arrangement privat (12 %), barnehage/skole (7 %) og organisert fritidsaktivitet (1 %)**
- Blant kvinner og menn i alderen 85 år og oppover er 86 % delvis vaksinerte og 75 % er fullvaksinerte. Data fra Beredskapsregisteret indikerer at omtrent 47 % av ansatte i somatiske sykehus med pasientnært arbeid er delvis vaksinerte med koronavaksinen.
- **Utbrudd med nye virusvarianter har mange steder blitt kontrollert med forsterket TISK og målrettede kontaktreducerende tiltak.** Enkelte utbrudd er omfattende og krevende å håndtere med omfattende smittesporing, testing og karantenesetting. **Det er viktig at kommunene rundt i landet opprettholder sin gode beredskap for raskt å oppdage og få kontroll på utbrudd lokalt, fortsetter vaksinasjon og vurderer fortløpende om ytterligere tiltak er nødvendig for å kontrollere spredningen i kommunen og behov for samordning i regionen.**
- Virusene som har vært vanligst de siste månedene, i gruppene B.1.177 og B.1.1.64, har avtatt i februar, mens **utbrudd med engelsk variant har økt** tilsvarende. Det oppdages stadig tilfeller av virus med endringer som man ellers finner i den sørafrikanske varianten og den brasilianske varianten, spesielt i importtilfeller fra Afrika. Disse er det viktig å følge opp og begrense smittespredning fra.

FHIs siste rapport [covid-19-epidemien-kunnskap-situasjon-prognose-risiko-og-respons-i-norge-etter-uke-51-publisert-21.12.2020.pdf \(fhi.no\)](#)

FHIs siste rapport [Nye varianter av SARS-CoV-2: kunnskap, risiko og respons. Andre oppdatering \(fhi.no\)](#)