

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 22/20646-6
Saksbehandler: Hilde Skagestad
Dato: 25.07.2022

Vurdering av om apekopper bør klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom etter smittevernloven

Det vises til vår anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet av 24.05.2022 om ikke å inkludere apekopper - sykdom forårsaket av apekoppevirus i forskrift 1. januar 1995 nr. 100 som allmennfarlige smittsomme sykdommer § 1.

Helsedirektoratet anbefalte imidlertid Helse- og omsorgsdepartementet å inkludere apekopper i forskrift 20. juni 2003 nr. 740 om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften) som varslingspliktig og meldingspliktig sykdom. MSIS-forskriften ble 1. juni 2022 endret slik at apekopper ble varslingspliktig.

Siden vår forrige anbefaling i mai 2022, har antallet smittede økt globalt. Per 25. juli 2022 er det 49 bekreftede smittetilfeller med apekopper i Norge. Alle tilfellene er menn, og majoriteten identifiseres som MSM og er i aldersgruppen 20-69 år (de fleste mellom 20-49 år). 28 er smittet i Norge tilknyttet et bestemt miljø, mens 19 er smittet i utlandet. 2 har uavklart smittevei. Alle smittede er definert som høyrisikokontakt.

Siden 1. januar 2022 og fram til 25. juli er det globalt rapportert smitte til 18095 tilfeller, hvorav 17852 tilfeller i land som tidligere ikke har rapportert apekopper som endemisk. Kun 243 tilfeller er registrert fra land som historisk har rapportert apekopper. Alle tilfellene er laboratoriebekreftede. Av 75 land totalt har 69 av landene ikke tidligere rapportert om apekopper.

WHO's regiondirektør for Europa Hans Kluge uttalte 1. juli i år:

"So let me be clear. There is simply no room for complacency – especially right here in the European Region with its fast-moving outbreak that with every hour, day and week is extending its reach into previously unaffected areas. ... Monkeypox has illustrated yet again how diseases endemic to or emerging in a few countries can swiftly expand into outbreaks that impact distant regions, and indeed the entire world. This outbreak once again tests the political resolve of individual Member States and the European Region as a whole. Let us not squander this opportunity but capitalize on the experience of COVID-

19 to do what is right – quickly and decisively, for the benefit of our entire Region and beyond."

Verdens helseorganisasjon (WHO) klassifiserte 23. juli 2022 epidemien med apekopper som en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (PHEIC). WHOs generaldirektør Ghebreyesus uttalte i den forbindelse:

"WHO's assessment is that the risk of monkeypox is moderate globally and in all regions, except in Europe where we assess the risk as high".

Dette gir grunn til å foreta en ny vurdering av om apekopper skal klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom. FHI har oversendt sin vurdering til Helse- og omsorgsdepartementet lørdag 23. juli 2022. De vurderer at apekopper kan oppfylle kriteriene for allmennfarlig smittsom sykdom og anbefalt at departementet vurderer dette. I likhet med FHI mener vi det er viktige fordeler ved å foreta en slik klassifisering nå.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet diskuterte i møte 7. juli i år målsetning for håndteringen av epidemien. Det var enighet om at målet er å stanse alle utbrudd og forebygge at apekopper blir en endemisk sykdom i landet. Man må regne med importtilfeller og framtidige mindre utbrudd.

De viktigste tiltakene mot epidemien er informasjon, tilbud om testing, isolasjon av smittede, smittesporing, informasjon til nærkontakter og eventuelt sykmelding til de som arbeider med fysisk kontakt med andre mennesker i sitt arbeid. Når vaksinen blir tilgjengelig, vil man i første omgang målrette bruken. Å gjøre apekopper til allmennfarlig smittsom sykdom vil kunne være et nyttig verktøy i denne strategien.

Helsedirektoratet vurderer, som under den tidlige fasen av hiv-pandemien, at kommunikasjonsstrategien bør ha to mål: 1) å forebygge stigmatisering og diskriminering gjennom informasjon til den generelle befolkning og 2) målrettet informasjon til og samarbeid med de gruppene som nå er under høyest risiko for å bli smittet.

Den internasjonale målsettingen må understøttes av nasjonale tiltak i hvert enkelt land. I Norge er det iverksatt informasjonstiltak til helse- og omsorgstjenesten og til særlig berørte miljøer for å stanse den pågående spredningen. Det planlegges nå for økt kommunikasjonsinnsats den nærmeste tiden.

Når det gjelder tiltak vurderes det også som særlig viktig å understøtte berørte personer med økonomiske rettigheter, for å bedre muligheten til å følge råd og anbefalinger. En av hovedutfordringene i det pågående utbruddet er at isolasjonsbehovet er relativt omfattende ved apekopper. Opp mot 3-4 uker i isolasjon kan være nødvendig for å unngå videre smitte til andre. Dette skaper utfordringer knyttet til sykemelding ovenfor arbeidsgiver og gir behov for lavterskel-testing blant relativt mange nærkontakter til personer som har vært smitteførende uten å isolere seg.

Gratis testing og behandling samt tilrettelegging for fravær fra jobb i isolasjonsperioden, vurderes som avgjørende for å bryte smittekjedene effektivt.

Så langt har alle smittetilfellene i Norge vært blant menn som har sex med menn. Helsedirektoratet har sammen med FHI hatt flere møter med interesseorganisasjoner for LHBT-miljøet og sexarbeidere og etablert en god dialog og et godt samarbeid. I sist møte 6. juli anbefalte Helseutvalget for homofile, Hiv-Norge, Chem-friendly og infeksjonsmedisinsk avdeling ved Ullevål universitetssykehus at apekopper gjøres til en allmennfarlig smittsom sykdom.

Sykdom forårsaket av apekoppviruset

Apekopper (eng. monkeypox) forårsakes av et zoonotisk virus, det vil si at sykdommen overføres mellom dyr og mennesker, og mellom mennesker. Sykdommen kan ramme alle organsystemer og gi symptomer som likner tradisjonelle "kopper" (variola-virus), men er klinisk mindre alvorlig enn koppesykdom.

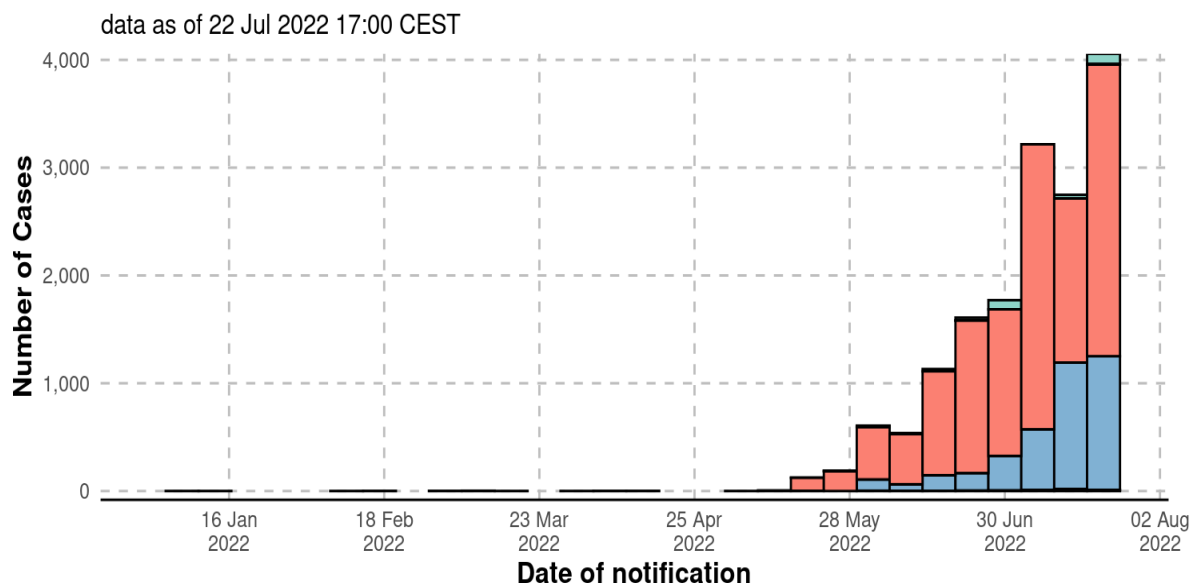
Etter at kopper ble utryddet gjennom WHO's vaksinasjonsprogram (1967-1980), har apekopper vært det mest fremtredende orthopox-viruset av betydning for folkehelsen i verden. Apekopper forekommer i dag primært i tropiske regnskogområder i Sentral- og Vest-Afrika, der det etter hvert også har spredd seg til mer urbaniserte områder med rotter, ekorn og andre smågnagere som naturlige verter. Endemiske utbrudd i disse regionene har vist seg å ha en dødelighet basert på kjente tilfeller (case fatality ratio) som historisk har variert mellom 0 - 11% i den generelle befolkningen, og den har vært høyere blant små barn.

De siste årene har case fatality ratio for apekopper vært rundt 3-5 %, ifølge WHO. Det finnes imidlertid to varianter av apekoppevirus som gir ulik sykkelighet og dødelighet. Den Sentral-Afrikanske varianten gir mest alvorlig sykdom og har høyest dødelighet (opp mot 10 %), mens den Vest-Afrikanske varianten har en dødelighet som har vært angitt mellom 0-4 % i endemiske utbrudd. Det er denne varianten som nå har forårsaket et utbrudd med spredning blant hovedsakelig unge menn Europa og USA.

Alvorlig sykdom av apekopper forekommer oftere hos barn enn hos voksne, og er relatert til omfanget av viruseksponering, helsestatus og sykdomskomplikasjoner. De mest fryktede sykdomskomplikasjonene er infeksjoner i hjernen (encephalitis) eller øynene, som i verste fall kan gi blindhet eller død. Alvorlige sekundærkomplikasjoner forekommer også, selv om sykdommen ikke krever sykehusinnleggelse for de fleste. Blant norske pasienter har det likevel vært behov for sykehusbehandling hos 1 av 10 pasienter med apekopper, primært på grunn av intense smerter.

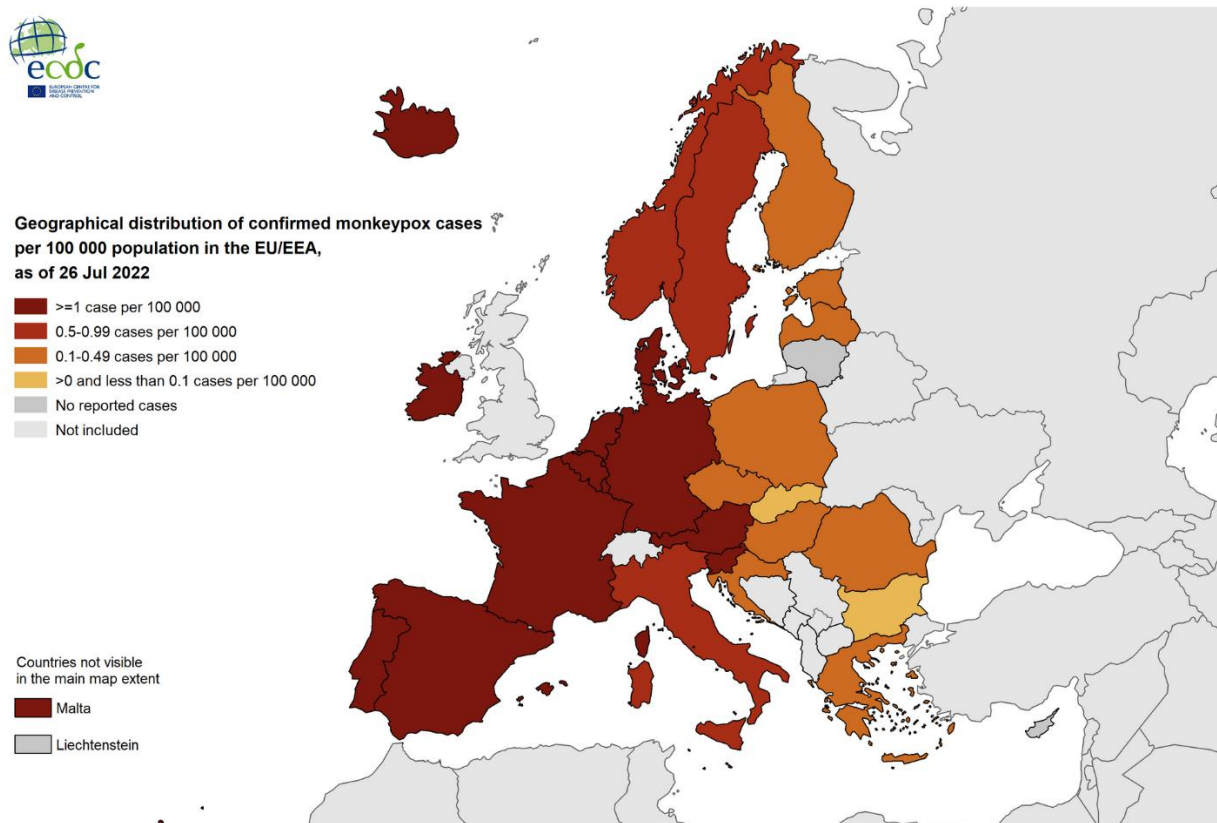
I mai 2022 startet et utbrudd der det for første gang ble rapportert om import- og innenlands smitte i flere land i Europa og andre deler av verden uten epidemiologisk tilknytning til endemiske områder i Afrika.

WHO publiserte 25. juli en oversikt over den globale spredningen.



Source: WHO

ECDC har publisert en oversikt med geografisk fordeling av bekreftede tilfeller av apekopper per 100 000 innbyggere i EU/EØS siden utbruddet startet og fram til 25. juli 2022.



UK.GOV publiserte totalantallet og nye tilfeller av apekopper i perioden 14-18 juli 2022.

UK nation	Confirmed cases	Change since last report (14 July 2022)
England	2,050	+272
Northern Ireland	13	+1
Scotland	51	+5
Wales	23	+3
Total	2,137	+281

Smittespredningen i Europa og USA er i hovedsak knyttet til seksuell aktivitet, hovedsakelig blant enkelte grupper av menn som har sex med menn (MSM).

Smitte skjer vanligvis ved nær kontakt med en smittet. Viruset smitter via hud, slimhinner eller luftveier. Person til person smitte kan forekomme ved:

- Direkte kontakt med utslett, sår- eller kroppsvæsker inkludert ved seksuell kontakt og kyssing
- Indirekte kontakt via
 - o Kontakt med klær, håndklær eller sengetøy som har vært brukt av en smittet person
 - o Gjenstander, overflater og avfall som har vært i direkte kontakt med sår- og kroppsvæsker fra den smittede
- Dråpesmitte, via hosting eller nysing fra en smittet. For at dråpesmitte skal forekomme kreves det vanligvis tett nærkontakt over lengre tid (timer).

Man er smitteførende fra symptomstart til skorpene har falt av og det er dannet ny hud under.

Kondom forhindrer ikke smitte med apekopper i sykdomsperioden. Imidlertid er det påvist virus-DNA i sæd etter gjennomgått sykdom, og det er anbefalt å bruke kondom ved seksuell kontakt i 8 uker etter gjennomgått sykdom.

Symptomene kommer gjerne etter noen få dager, men kan debutere opptil 21 dager etter smitte. De første symptomene er vanligvis feber, tretthet og hodepine. Muskelsmerte og stivhet er vanlig. Etter noen dager utvikles et kløende, makulopapuløst utslett som over dager utvikler seg til vesikler og pustler. Disse tørker deretter inn og får skorpedannelse som til slutt faller av. Apekopper kan etterlate varige arr.

I det globale utbruddet i 2022 er det rapportert at utslettet i mange av tilfellene har startet genitalt/perianalt eller i/omkring munnen. Slike utslett kan medføre smertefull faryngitt og proktitt. Det er også rapportert om flere tilfeller med atypisk symptombilde der man kun finner få eller en enkelt lesjon.

For tidligere friske voksne trenger apekopper vanligvis ingen behandling og går over av seg selv i løpet av 2-4 uker. I Europa har i overkant av 8% av personer med bekreftet apekoppsmitte hatt behov for sykehusinnleggelse grunnet isolasjon (55%), smertebehandling, sårinfeksjoner eller sykdommen i seg selv.

Barn smittet med apekopper har høyere dødelighet enn voksne. Virus kan overføres til foster under graviditet, og det er risiko for intrauterin fosterdød. Gravide bør derfor skjermes for smitte. Immunsupprimerte og skrøpelige eldre er trolig mer utsatt for alvorlig sykdom.

EU-kommisjonen har godkjent en koppevaksine til forebyggende bruk mot apekopper hos voksne. Godkjenningen bygger på data fra dyrestudier som har vist at vaksinen beskytter mot apekopper hos primater. Disse dyrestudiene taler for at vaksinen beskytter mot apekopper hos mennesker. Vaksiner kan brukes både før og etter eksponering. Det er ikke vaksiner tilgjengelig i Norge per i dag, men vi forventer å få tilgang til et svært begrenset antall doser i løpet av sommeren. FHI har utarbeidet strategi for bruk av vaksinen i Norge.

Det finnes antiviralt legemiddel som er godkjent til bruk mot apekopper. Godkjenningen er basert på dyreforsøk som har vist signifikant effekt på overlevelse, samt studie på human populasjon med tanke på sikkerhet. Legemiddelet er ikke tilgjengelig i Norge per i dag.

Kunnskapen om apekoppviruset er foreløpig begrenset. Apekoppviruset er et DNA-virus. I en artikkel publisert i Nature 24. juni 2022 fant forskerne 50 nye mutasjoner sammenliknet med stammen som ga utbrudd i 2018. Det høye antallet mutasjoner er beskrevet som overraskende høyt. I artikkelen siteres det kun til en annen studie om apekoppers genom, noe som tilsier at kunnskapen om viruset er liten. Vi vet ikke hvorvidt endrede egenskaper hos viruset er en bidragende faktor til det globale utbruddet, og hvorvidt fremtidige mutasjoner vil kunne gi endret sykdomsbilde eller evne til å omgå immunforsvaret/effekt av vaksiner.

[Apekopper vurdert opp mot vilkårene for allmennfarlig smittsom sykdom](#)

Smittevernloven (smvl.) har til formål å *verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land*. Loven skal i tillegg bl.a. sikre at helsemyndighetene og andre myndigheter setter i verk nødvendige smitteverntiltak og samordner sin virksomhet i smittevernarbeidet. Det vises til smittevernlovens formålsbestemmelse, § 1-1.

Smittevernloven skjelner mellom smittsom sykdom, allmennfarlig smittsom sykdom og alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom. Det vises til definisjoner i smittevernloven § 1-3 nr. 1, 3 og 4. Flere av bestemmelsene i loven vil bare gjelde for de allmennfarlige smittsomme sykdommene, f.eks. §§ 2-1, 2-2 og 3-5 og 3-6 og hele kapittel 5.

Smittevernloven § 1-4 gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer § 1 inneholder en liste over hvilke sykdommer som til enhver tid er definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Smittevernloven § 1-3, nr. 3, definerer en allmennfarlig smittsom sykdom som *en sykdom som er særlig smittsom, eller som kan opptre hyppig, eller har høy dødelighet, eller som kan gi alvorlige eller varige skader*. Ett av disse fire alternative hovedkriteriene må være oppfylt jf. ordet "eller."

I tillegg må ett av følgende tre tilleggs-kriterier være oppfylt:

- a) vanligvis fører til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens, eller
- b) kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen, eller
- c) utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den.

Det er tilstrekkelig at et av hovedkriteriene og et av tilleggskriteriene er oppfylt. Følgende uttalelse fra forarbeidene (Ot.prp.nr.90 (1992-1993), på side 121, gir en viss veiledning til tolkningen av vilkårene:

Med allmennfarlig menes at en sykdom er, eller kan utgjøre en trussel mot folkehelsen og at særlig krevende forholdsregler må tas i bruk for å forebygge opptreden eller motvirke overføring av sykdommen. Det foretas hermed en avgrensning mot mindre alvorlige smittsomme sykdommer.

Uttalelsen tilsier at sykdommen må være av en viss alvorlighet for å kunne defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Dette kan også utledes fra det faktum at en rekke av lovens fullmaktsbestemmelser inntreffer dersom en sykdom defineres som allmennfarlig smittsom sykdom. Behovet for å benytte disse bestemmelsene for å motvirke spredning av den aktuelle sykdommen, kan også tjene som et moment ved vurderingen av om en sykdom skal defineres som allmennfarlig eller ei.

Vurdering av hovedkriteriet: Særlig smittsom

Ordlyden "særlig" tilsier at det er en nokså høy terskel i forarbeidene, Ot.prp.nr.91 (1992-1993), side 122, står følgende:

Det første hovedkriteriet om at en sykdom er særlig smittsom, vil måtte bygge på generell og internasjonalt anerkjent viten om den enkelte sykdoms smittsomhet og den utbredelse den eventuelt kan få i en befolkning som ikke er beskyttet på kunstig vis.

Det er høy risiko for å bli smittet med apekopper ved nær kontakt med en person som er syk med apekopper; både ved direkte fysisk kontakt, men også ved indirekte smitte gjennom f. eks. klær, håndklær og sengetøy som har vært benyttet av en smittet person. Antallet smittede i Europa har økt raskt siden introduksjonen i begynnelsen av mai. I Norge har antallet registrerte smittede økt de siste 6 ukene, tross intensiv smittesporing og informasjonskampanjer. Det er påvist innenlands smitte og tilfeller uten kjente smitteveier.

Helsedirektoratet vurderer at apekopper oppfyller kriteriet "særlig smittsomt".

Vurdering av hovedkriteriet: "som kan gi alvorlige eller varige skader"

For barn, gravide og immunsvekkede, inkludert skrøpelige eldre, kan apekopper gi alvorlig sykdom. Dersom apekopper blir endemisk, vil sykdommen kunne ramme også disse gruppene.

Det vises til femte avsnitt på side tre for ytterligere omtale av risiko for alvorlig sykdom av apekopper.

Helsedirektoratet vurderer at kriteriet "smittsom sykdom som kan gi alvorlige eller varige skader" er oppfylt.

Vurdering av tilleggskriterier, jf. smittevernloven § 1-3 nr. 3, bokstav a, b og c:

Etter bokstav a må sykdommen *vanligvis føre(r) til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens.*

Forarbeidene (Ot.prp.nr.91 (1992-1993) inneholder følgende beskrivelse av tilleggsvilkåret:

Blant tilleggskriteriene er oppført et såkalt belastningskriterium, bokstav a, som henspiller på den belastning tilfeller av en bestemt sykdom betyr for helsetjenesten og samfunnet forøvrig (langvarig behandling, evt. sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens). Ved vurdering av en sykdom i forhold til dette kriteriet må det bygges på den erfaring vi har fått i vårt eget land om hvor belastende tilfeller av ulike smittsomme sykdommer har vært. Belastningen har nøye sammenheng med de krav vi stiller til forsvarlig undersøkelse, behandling, pleie og rehabilitering, særskilte beskyttelsesforanstaltninger for å hindre overføring av smitte til andre pasienter og personalet, m.v. Det må også tas i betraktning hva det koster å opprettholde permanente forebyggende tiltak mot de enkelte sykdommer, f.eks. rutinemessig vaksinasjon.

Apekopper er vanligvis en selvbegrensende sykdom som for de fleste ikke krever behandling. Tall publisert av Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) viser at over 8% av bekreftede tilfeller har hatt behov for innleggelse i sykehus grunnet isolering (55%) eller medisinsk behandling (45%), da hovedsakelig for behandling av smerter og sårinfeksjoner. Sykefravær vil for de fleste være knyttet til smittefare og isolasjon under sykdomsforløpet, og vil vanligvis være på 2-4 uker.

Helsedirektoratet er opptatt av å stoppe utbruddet og forebygge at apekopper blir endemisk i Norge. Hvis det skulle skje, vil dette kunne medføre betydelig belastning for helsetjenesten ved langvarig isolasjon ved sykdom som vil føre til langvarig sykefravær. Ved smitte vil det i praksis kunne bli arbeidsforbud for enkelte yrkesgrupper etter eksponering. Det vil også kunne utgjøre en belastning for helsetjenesten dersom sykehusopphold medfører behov for isolering og andre krevende forholdsregler.

Vaksinering av risikogrupper (både risiko for smitte og risiko for å bli alvorlig syk) for å holde sykdommen under kontroll, vil være en belastning for helsetjenesten.

De belastningene som oppstår for helsetjenesten hvis apekopper blir endemisk, kommer i tillegg til belastningen per i dag, som følge av innlagte pasienter med covid-19 og økt antall pasienter fra Ukraina innlagt på norske sykehus.

Etter bokstav b. er kriteriet at sykdommen *kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen*. Det vises her til redegjørelse for faktiske smittesituasjon ovenfor. Apekopper har spredt seg raskt til en rekke land som ikke har hatt sykdommen tidligere.

Både WHO og ECDC uttrykker at apekopper i dag først og fremst utgjør en trussel mot folkehelsen ved at sykdommen kan bli endemisk på nye kontinenter utenfor Afrika. Sannsynligheten for at smitte blant mennesker etter hvert vil spre seg via avføring i kloakken til rotter – og videre til andre smågnagere – er høyst reell. Dersom apekopper etablerer seg som et virus i slike dyrestander, vil man kunne få endemiske utbrudd i Europa og USA av en sykdom som tidligere ikke har eksistert på disse kontinentene. Det vil kunne påvirke helsetjenestens beredskap, behandlingstilbud og vaksinasjonsbehov. På sikt kan det i verste fall også oppstå behov for nye typer vaksiner og større vaksinasjonsprogrammer.

WHOs erklærte 23. juli 2022 utbruddet av apekopper som en internasjonal folkehelsekrise og pekte på at håndteringen av utbruddet må bli bedre i alle land som er rammet. En av hovedutfordringene i det pågående utbruddet er at isolasjonsbehovet er relativt omfattende ved apekopper. Opp mot 3-4 uker i isolasjon kan være nødvendig for å unngå videre smitte til andre. Dette skaper utfordringer knyttet til sykemelding ovenfor arbeidsgiver og gir behov for lavterskel-testing blant relativt mange nærkontakter til personer som har vært smitteførende uten å isolere seg.

Etter bokstav c) er kriteriet at sykdommen *utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den*. Spredning av apekopper kan forebygges med isolasjon av smittede i 2-4 uker. Det finnes vaksine (koppervaksine) som nylig har blitt godkjent til forebyggende bruk mot apekopper hos voksne, som kan forebygge sykdom både før og etter eksponering. Vaksinen er ikke tilgjengelig i Norge per i dag. Vi vil motta et lite antall vaksiner i løpet av sommeren, men dette vil ikke være tilstrekkelig til å vaksinere høyrisikogruppene. FHI har utarbeidet en vaksinasjonsstrategi. Det finnes også antiviralt legemiddel som for øyeblikket ikke er tilgjengelig i Norge.

Oppsummering

Helsedirektoratet vurderer at kravene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 for å klassifisere apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom er oppfylt. Vi viser til drøftelsen over av hovedkriteriene og tilleggskriteriene i bokstav a) og b). Vi vurderer at disse tilleggskriteriene er oppfylt.

Rettslige konsekvenser av at apekopper defineres som allmennfarlig smittsom sykdom

Smittevernlovens bestemmelser gir en rekke fullmakter, rettigheter og plikter for å kunne håndtere en situasjon med tiltakene nevnt nedenfor. Disse bestemmelsene (§§ 2-1, 2-2 og 3-5 og 3-6, 4-1, 4-2, og hele kapittel 5) vil bare kunne anvendes for en sykdom som defineres som

en allmennfarlig smittsom sykdom. Det vises til at grunnvilkåret i smittevernloven § 1-5 alltid må vurderes konkret før et nytt tiltak må benyttes. Bruken av tiltak må bygge på en klar medisinskfaglig begrunnelse, og være forholdsmessig.

En gjennomgang av samtlige bestemmelser som utløses av allmennfarlige smittsomme sykdommer er ikke formålstjenlig, men vi velger å kommentere noen bestemmelser.

§ 2-1 Informasjon og personlig smittevernveiledning til smittede personer.

Bestemmelsen presiserer legens plikt til å gi informasjon og personlig smittevernveiledning om den aktuelle sykdommen til en person som antas å ha en allmennfarlig smittsom sykdom. Bestemmelsen angir hva informasjonen og smittevernveiledningen som et minimum skal inneholde. Formålet med reglene om informasjon og smittevernveiledning er å forebygge smitte.

Informasjon og personlig veiledning til smittet person med apekopper vil være en naturlig del av en leges oppgave i konkret pasientrelasjon uansett om apekopper er definert som smittsom sykdom eller som allmennfarlig smittsom sykdom, jf. smvl. § 1-3 nr. 1 og 3. Dersom apekopper er definert som allmennfarlig skal det imidlertid spesielt informeres om pliktene etter smvl. § 5-1 og om adgangen til bruk av tvang.

§ 3-6 Legens plikt til å foreta smitteoppsporing.

En lege som har sikker kunnskap eller har mistanke om en allmennfarlig smittsom sykdom som skyldes overføring av smitte fra en person til en annen, skal foreta smitteoppsporing dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det.

Smitteoppsporing kan bidra til at hittil ukjente tilfeller av apekopper oppdages.

Smitteforebyggende forholdsregler kan da treffes, og videre spredning av apekopper motvirkes. Smitteoppsporing vil være et viktig tiltak for å begrense utbruddet av apekopper og begrense videre smitte.

§ 4-1. Kontaktreduserende tiltak

Når det er nødvendig for å forebygge en allmennfarlig smittsom sykdom eller for å motvirke at den blir overført, kan kommunestyret eller det organ kommunen har delegert oppgaven til, vedta ulike kontaktreduserende tiltak som nevnt i første ledd a-e. I hastesaker kan kommunelegen treffe tiltak jf. § 4-1 femte ledd, annet punktum.

Lovens § 1-4 første ledd, bokstav b gir eksempelvis rettslig grunnlag for å stenge virksomheter som samler flere mennesker, eller innføre begrensninger i aktiviteten der.

Bokstav e gir rettslig grunnlag for å pålegge private eller offentlige aktører om å innføre hygienetiltak, som desinfisering osv.

Apekopper smitter i liten grad ved vanlig sosial omgang. Vi anser det derfor i utgangspunktet ikke som sannsynlig at det vil være behov for å innføre generelle kontaktreduserende tiltak.

§ 4-2: Forbud mot utførelse av arbeid og rett til sykepenger etter folketrygdloven

En smittet person med en allmennfarlig smittsom sykdom som gjennom sitt arbeid eller ved deltagelse i undervisning er en alvorlig fare for overføring av smitte til andre, kan forbys å utføre dette arbeidet eller delta i undervisningen for opptil tre uker dersom hensynet til smittevernet krever det. Vedtak om forbud mot utførelse av arbeid m.m. skal gjøres av kommunelegen sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen.

Det er gitt faglige råd om at personer som har vært eksponert for apekopper ikke bør ha kontakt med personer som har høy risiko for å utvikle alvorlig sykdom av apekopper (barn, gravide, personer med nedsatt immunforsvar, inkludert skrøpelige eldre) i inkubasjonstiden som er 21 dager etter siste eksponering. Dette vil for mange ansatte som jobber i f.eks. barnehage, helsestasjon eller helseinstitusjon medføre at de ikke vil kunne utføre sine vanlige arbeidsoppgaver i denne perioden. I spesielle tilfeller vil denne perioden ha en varighet på 7 uker. Det vises til eksempel nedenfor. I hvilken grad det er mulig med tilrettelagt arbeid vil variere. Det vil også være en terskel for noen å ta opp behovet for tilrettelagt arbeid med lege eller arbeidsgiver med tanke på stigma som er knyttet til apekopper.

Arbeids- og velferdsdirektoratet uttaler i epost at

"Personer som har utviklet apekopper, kan ha rett til sykepenger etter alminnelige regler i folketrygdloven § 8-4 første ledd, hvor det ytes sykepenger til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom. Det må vurderes om arbeidet kan gjennomføres med tilrettelegging, jf folketrygdloven §8-8.

Personer som har vært i kontakt med en smittet uten å selv utvikle symptomer på sykdommen, antas ikke å være arbeidsufør og har dermed ikke rett til sykepenger. Det må allikevel vurderes om tilrettelegging av arbeidet er aktuelt.

Dersom det blir nedlagt forbud mot den enkelte eller grupper, jf smittevernloven §4-1 og §4-2, vil folketrygdloven §8-4 andre ledd bokstav F kunne gi rett til sykepenger.

Rundskrivnet til folketrygdloven §8-4 første ledd og §8-4 andre ledd bokstav F inneholder noen utvidede tolkninger av bestemmelsene som kom inn som følge av et akutt behov for regelverksavklaring i oppstarten av covid-19-pandemien. Dette var før vi fikk den midlertidige forskriften som utvider sykepengerettighetene i folketrygdloven §8-4 første ledd. Vi vil etter sommeren gå gjennom rundskrivnet for å normalisere dette til slik det var før covid-19-pandemien. Vi vil da legge til grunn tolkningen av bestemmelsene som nevnt ovenfor"¹

Eksempel: Person A og B bor i samme husstand. Person B jobber i barnehage. Person A blir syk med apekopper, og person B har ikke mulighet til sikker isolasjon i hjemmet og må regnes for å være kontinuerlig eksponert i hele sykdomsperioden til person A. Etter 4 uker er person A frisk og ikke lenger smitteførende. Person B er anbefalt å ikke ha kontakt med barn fra første eksponering og til det har gått 21 dager etter siste eksponering; noe som i dette tilfellet vil utgjøre 7 uker.

¹ E-post fra Arbeids- og velferdsdirektoratet 30.06.2022.

Dersom det blir nedlagt forbud mot utføring av arbeid, jf. smittevernloven § 4-2, eller pålegg om stengning av virksomheter (arbeidsplass) jf. § 4-1, vil folketrygdloven § 8-4 andre ledd, bokstav f, kunne gi rett til sykepenges. Det vises til vedlegg.

§ 3-5 og 5-1: Legens undersøkelsesplikt og plikter for en smittet person

Lege vil ved mistanke om allmennfarlig smittsom sykdom etter samtykke fra pasienten ha en særlig plikt til å foreta undersøkelse og bringe på det rene om personen er smittet.

Ved utbrudd med apekopper er det nødvendig med rask diagnose, isolasjon av den smittede og smitteoppsporing for å begrense utbrudd og hindre videre smittespredning. Det vil derfor være viktig at personer som mistenker smitte med apekopper, oppsøker lege raskt og følger råd om isolasjon og samarbeider til smitteoppsporing. Dersom pasienten ikke oppsøker lege, kan utbruddet få større omfang.

En fare i denne sammenhengen er stigmatisering av smittede. Dersom smittede ikke tør eller ønsker å oppsøke lege, vil utbruddet sannsynligvis få større omfang. God informasjon til befolkningen, og til risikomiljøer spesielt, vil øke sannsynligheten for at smittede oppsøker lege og samarbeider med hensyn til isolasjon og smitteoppsporing.

Bestemmelsen i § 5-1 gir særlige plikter til personer som har grunn til å anta at de er smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom. Pliktene omfatter å oppsøke lege for *undersøkelse*, bistå i smitteoppsporing ved å gi *opplysninger om hvor smitten kan komme fra*, og til å motta og *følge smittevernveiledningen* legen gir for å *unngå videre spredning*, og plikt til å *isolere seg* dersom dette er nødvendig.

Vanligvis vil pasient samarbeide med lege, men bestemmelsen gir plikt til å ta imot og følge personlig smittevernveiledning fra legen. Defineres apekopper som en allmennfarlig smittsom sykdom, kan dette bidra til at legen blir særlig bevisst på dette i møtet med en pasient, og kan informere pasienten om plikten til å motta smitteveiledning.

Plikten pasienten har til å bistå i smittesporing ved å gi opplysninger om hvor smitten kommer fra, jf. § 5-1 annet ledd, kan dessuten bidra til legens arbeid med smitteoppsporing etter lovens § 3-6.

§ 6-2 Dekning av tjenester og tiltak

Smittevernloven § 6-2 hjemler en rekke forskrifter som sikrer gratis tjenester og tiltak ved en allmennfarlig smittsom sykdom. Dersom apekopper defineres som allmennfarlig smittsom sykdom, vil forskriftene om stønader etter honorartakstene/godtgjørelse ved undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlig smittsomme sykdommer samt stønad til bestemte legemidler, inntre.

Departementet kan bestemme at tjenester eller tiltak etter loven skal være gratis for den som er i fare for å bli smittet med smittsomme sykdommer, eller som allerede er det. Det er ikke et vilkår at sykdommen er definert som allmennfarlig: at den er smittsom, jf. § 1-3 nr. 1, er tilstrekkelig.

Forarbeidene (ot.prp.nr. 91 (1992-1993), side 168, forutsetter at *særlig tjenester og tiltak overfor allmennfarlig smittsomme sykdommer skal være gratis*. Hensynet bak regelen er dels at økonomiske overveielser ikke skal hindre folk i å søke nødvendig legehjelp, dels at flere av lovens plikter er gitt ut fra hensynet til samfunnet.

- [Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege](#)
[29.06.2022 nr. 1269 Helse- og omsorgsdepartementet](#)
- [Poliklinikkforskriften](#)
[19.12.2007 nr. 1761 Helse- og omsorgsdepartementet](#)
- [Forskrift om dekning av laboratorieutgifter mv.](#)
[27.06.2003 nr. 959 Helse- og omsorgsdepartementet](#)
- [Blåreseptforskriften](#)
[28.06.2007 nr. 814 Helse- og omsorgsdepartementet](#)

Status i andre skandinaviske land

Sverige har 20. mai 2022 erklært apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom.

Danmark har foreløpig definert apekopper som smittsom sykdom.

Anbefaling

Helsedirektoratet vurderer at kravene i smittevernloven § 1-3 nr. 3 for å klassifisere apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom er oppfylt.

Helsedirektoratet anbefaler departementet å fastsette i forskrift at apekopper defineres som allmennfarlig smittsom sykdom.

Vedlegg: E-post fra Arbeids- og velferdsdirektoratet 30.06.2022.

Vennlig hilsen

Heidi Stien e.f.
fung. divisjonsdirektør

Anne Louise Valle
fagdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Kontaktperson

FOLKEHELSEINSTITUTTET
MATTILSYNET
Veterinærinstituttet

Utbrudd Utbrudd

Mottaker	Kontaktperson	Adresse	Post
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET	Krisestab HOD	Postboks 8011 Dep	0030 OSLO

[REDACTED]

[REDACTED]

[The following text is a dense, continuous block of illegible characters and symbols, likely representing a corrupted or redacted document. It contains no discernible words or structure.]

The first part of the paper discusses the importance of understanding the cultural context of the research. It highlights the need for researchers to be sensitive to the values and beliefs of the communities they are studying. This is particularly important in the field of education, where cultural differences can significantly impact learning outcomes. The paper then moves on to discuss the challenges of conducting research in culturally diverse settings. It notes that researchers often face difficulties in establishing rapport with participants and in interpreting their responses. To address these challenges, the paper suggests several strategies, including the use of local researchers and the development of culturally appropriate research instruments. The final part of the paper discusses the importance of ethical considerations in cross-cultural research. It emphasizes the need for researchers to obtain informed consent from participants and to ensure that their research does not cause harm to the communities they are studying.

The first of these is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The second is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The third is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent.

The fourth is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The fifth is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The sixth is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent.

The seventh is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The eighth is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The ninth is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent.

The tenth is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The eleventh is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent. The twelfth is the fact that the system is not in a steady state. The system is in a state of flux, and the variables are changing. This is a dynamic system, and the variables are interdependent.

