RAPPORT

2026

RISIKOVURDERING:

Risiko for Norge ved utbruddet av ebolasykdom i DR Kongo 2026 – oppdatering

FHI
Folkehelseinstituttet

Risikovurdering

Risiko for Norge ved utbruddet av ebolasykdom i DR Kongo 2026 - oppdatering

FHI
Folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for smittevern
24. november 2026

Tittel:
Risiko for Norge ved utbruddet av ebolasykdom i DR Kongo 2026 - oppdatering

Forfattere:
Utbruddsgruppa

Oppdragsgiver:
Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonstype:
Risikovurdering

Bestilling:
Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:
ISBN 978-82-8406-615-8

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):
https://doi.org/10.21349/4qbg-6y51

Emneord:
Ebola, Blødningsfeber, Risikovurdering

INNHOLD

Innhold 3
Sammendrag 5
Sykdommen 5
Situasjonen 5
Risikovurdering 5
Anbefalinger om håndtering i Norge 6
1 Innledning 8
2 Bakgrunn 9
2.1 Viruset og sykdommen 9
2.2 Den aktuelle situasjonen 10
2.2.1 Situasjonen i DR Kongo 10
2.2.2 Situasjonen i Kenya 13
2.2.3 Situasjonen i Nigeria 13
2.2.4 Situasjonen i Uganda 13
2.2.5 Tilfeller utenfor Afrika 13
2.3 Risikovurderinger fra WHO og ECDC 14
3 Risiko for Norge 15
3.1 Generelt om risiko 15
3.2 Risiko for reisende fra Norge til berørte land 15
3.3 Medisinsk evakuering 16
3.4 Risiko ved reisende til Norge 16
3.5 Risiko for spredning i Norge 17
3.6 Oppsummert risikovurdering 18
4 Håndtering i Norge 20
4.1 Anbefaling om mål og prinsipper for beredskap og respons i Norge 20
4.2 Råd om tiltak i Norge 21
4.2.1 Årvåkenhet, tidlig oppdaging og varsling 21
4.2.2 Diagnostikk 21
4.2.3 Overvåking 21
4.2.4 Risikokommunikasjon og reiserådgiving 21
4.2.5 Smitteoppsporing 22
4.2.6 Innleggelse, smittevern i helsetjenesten og behandling 22
4.2.7 Medisinsk evakuering 22
4.2.8 Internasjonal støtte 22

4.3 Råd om tiltak som nå ikke bør iverksettes i Norge 22
4.3.1 Generelt om innreisetiltak 22
4.3.2 Screening ved innreise 23
4.3.3 Karantene for reisende fra utbruddsområdet 23
4.3.4 Innreiseforbud for reisende fra utbruddsområdet 23
Vedlegg A: Teoretisk grunnlag for risikovurdering 24
Sykdomsbyrde 24
Sykdommens alvorlighet 24
Spredningsevnen 24
Andre forhold 25
Vedlegg B: Risikovurderinger fra WHO og ECDC 27
WHOs risikovurdering 27
ECDCs risikovurdering 28
Vedlegg C: Anbefalinger fra WHO og ECDC 31
WHOs anbefalinger 31
ECDCs anbefalinger 32

SAMMENDRAG

Sykdommen

Ebolasykdom er en svært alvorlig sykdom med letalitet opp mot 50 prosent, men spredningsevnen er normalt ikke særlig høy, og med rette smitteverntiltak kan utbrudd raskt bringes under kontroll. Det viktigste er å finne syke personer og isolere dem samt følge opp deres nærkontakter.

Det finnes ingen vaksine eller spesifikk behandling mot BDBV. Behandlingen består i all hovedsak av symptomlindrende og organstøttende behandling som væsketilførsel, febernedsettende og intensivmedisinsk behandling ved behov. Tidlig behandling bedrer prognosen.

Situasjonen

Seks måneder etter at utbruddet av ebolasykdom forårsaket av bundibugyovirus ble oppdaget, pågår epidemien for fullt i nordøstlige DR Kongo, uten tydelig nedgang. Det er nå registrert om lag tolv tusen tilfeller, hvorav halvparten er døde. Utbruddet har nådd åtte provinser, med Ituri og Nord-Kivu på grensa til Uganda som de hardest rammede.

Den utfordrende sikkerhetssituasjonen, folkeforflytninger og et sårbart helsevesen hemmer responsen. Oppdaging av smittede og videre smitteoppsporing er vanskelig. Om lag to tredeler av kjente dødsfall skjer utenfor behandlingssentrene. Rundt 80 prosent av registrerte smittekontakter blir fulgt opp daglig, og i tillegg kan det være mange uregistrerte nærkontakter av pasienter. Om lag én av fire nye tilfeller er på forhånd registrert som kontakter.

WHO opprettholdt 18. november klassifiseringen av utbruddet som en internasjonal folkehelsekrise, etter at utbruddet først ble erklært som dette 17. mai. Myndighetene og partnerne styrker overvåking, smitteoppsporing og behandling. Det er fare for at prioriteringen av ebolaresponsen kan gå på bekostning av andre nødvendige helsetjenester. Det finnes ennå ingen godkjent vaksine mot bundibugyovirus, men både vaksiner og legemidler til behandling prøves ut nå.

I Uganda og Kenya har importerte tilfeller ført til begrenset videre smitte, og disse landene har nå eliminert viruset. Seks pasienter har vært behandlet i Europa: fem etter medisinsk evakuering og én etter at diagnosen ble stilt i Frankrike. Fem av dem var hjelpearbeidere. Alle seks ble friske og utskrevet, uten påvist videre smitte.

Risikovurdering

Samlet sett vurderer vi at ebolautbruddet i DR Kongo fortsatt medfører **veldig liten risiko for Norge**.

Situasjonen i DR Kongo er imidlertid uoversiktlig, og dette gir usikkerhet om det reelle omfanget av epidemien. Responsen på utbruddet møter betydelige operasjonelle utfordringer. Situasjonen i DR Kongo er dermed bekymringsfull.

Dersom situasjonen utvikler seg slik at utbruddene blir betydelig større eller spres til flere av DR Kongos naboland, vil vi vurdere risikoen for Norge på nytt.

Risikospørsmål	Risiko	Sann-synlighet	Kon-sekvens	Tiltro til vurderingen
1. Hva er risikoen ved at reisende fra Norge skal bli smittet under reise til berørte områder i Afrika … a) når de reisende ikke skal arbeide i ebolaresponsen? b) når de reisende skal arbeide i ebolaresponsen?	 Veldig liten Liten	 Veldig liten Liten	 Liten Liten	 Stor Moderat
2. Hva er risikoen for smitte til andre ved medisinsk evakuering av en pasient til Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor
3. Hva er risikoen ved noen få enkeltstående tilfeller blant reisende til Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor
4. Gitt enkelttilfeller blant reisende til Norge, hva er risikoen ved ei mindre klynge i Norge?	Liten	Liten	Moderat	Moderat
5. Gitt enkelttilfeller blant reisende til Norge, hva er risikoen ved et større utbrudd i den allmenne befolkningen i Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Stor	Moderat

*Begrepene skal forstås slik:
Sannsynlighet betyr sannsynligheten for at en hendelse inntrer, grovt vurdert i kategoriene veldig liten, liten, middels og stor.
Konsekvens betyr følgene av hendelsen for det norske samfunnet dersom den inntrer med det sannsynlige omfanget, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels og stor.
Risiko er produktet av sannsynlighet og konsekvens, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels og stor.
Tiltro er en beskrivelse av vår konfidens i kunnskapsgrunnlaget for vurderingen, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels eller stor. Der tiltroen til kunnskapsgrunnlaget er veldig liten eller liten, konkluderer vi ikke om risiko.

Anbefalinger om håndtering i Norge

Målet for håndteringen av ebolasykdom i Norge bør være at reisende fra Norge ikke skal smittes i utlandet, og at ingen skal bli smittet av ebolasykdom i Norge. Sykdommen skal fortsatt være eliminert fra Norge.

Det innebærer:

- Reisende bør unngå reise til utbruddsområdet. Hvis de likevel drar, må de kjenne til trusselen og smittereduserende atferd, og vite hva de skal gjøre dersom de får symptomer etter hjemkomst.
- Pasienter med mulig ebolasykdom i Norge må fanges opp av helsetjenesten tidlig, få tilbud om diagnostikk, behandling og smittevernveiledning slik at faren for videre smitte i Norge reduseres.

Forutsetninger for å nå målet er opplyst befolkning, velinformert helsepersonell, gode helsetjenester og god overvåking. Viktige tiltak i Norge er:

- Årvåkenhet, tidlig oppdaging og varsling
- Overvåking
- Risikokommunikasjon og reiserådgiving
- Smitteoppsporing
- Innleggelse, smittevern i helsetjenesten og behandling
- Internasjonal støtte

1 Innledning

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt og har etter smittevernloven ansvar for overvåking og annen kunnskapsproduksjon samt rådgivning innen smittevernet, herunder om vaksinasjon.

Etter Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer[1] har Folkehelseinstituttet ved utbrudd ansvar for situasjonsbeskrivelse, risikovurdering og forslag til smittevernstrategi med råd om tiltak.

Vi beskriver her kort situasjonen, vurderer risiko ved utbruddet av ebolasykdom forårsaket av bundibugyovirus (BDBV) i DR Kongo for Norge og gir anbefalinger til helsemyndighetene og råd til helsetjenesten om håndtering av situasjonen. Vi vurderer ikke risiko for de rammede landene, Europa eller verden for øvrig, men gjengir for disse områdene hovedpunkter fra WHO og ECDCs risikovurderinger.

Denne rapporten er en oppdatering av tilsvarende rapport fra juni 2026[2].

Vurderingene og anbefalingene gjelder inntil videre.

[1] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/
[2] https://www.fhi.no/publ/2026/risiko-for-norge-ved-utbruddet-av-ebolasykdom-i-dr-kongo-2026/

2 BAKGRUNN

2.1 Viruset og sykdommen[3]

Bundibugyovirus (BDBV) er én av seks typer ebolavirus hvorav fire kan gi sykdom hos mennesker. Viruset ble først identifisert i 2007 under et utbrudd i Bundibugyo-distriktet i det vestlige Uganda. Det andre utbruddet ble registrert i Den demokratiske republikken Kongo (DR Kongo) i 2012.

Reservoaret for viruset er antakelig fruktflaggermus. Disse blir ikke syke selv, men bærer viruset og kan overføre det til andre pattedyr ved direkte kontakt med fruktflaggermus eller deres kroppsvæsker. Mennesker kan smittes ved kontakt med kroppsvæsker fra fruktflaggermus eller andre syke dyr, herunder ved slakting og spising.

Rapportert letalitet hos mennesker ved BDBV-infeksjon er på 30-50 prosent og avhenger av blant annet tilgang på helsehjelp og avansert medisinsk behandling. Under utbruddet nå har 31 av 35 pasienter behandlet i Uganda, Kenya eller Europa overlevd.

Smitteveien for BDBV mellom mennesker er som for andre ebolavirus, nemlig gjennom direkte kontakt med blod eller andre kroppsvæsker (spytt, urin, oppkast, avføring m.m.) via slimhinner eller skadet hud, for eksempel ved pleie av syke, herunder i helsetjenesten ved inadekvat bruk av personlig beskyttelsesutstyr. Smitte skjer også ved begravelsesritualer som omfatter direkte kontakt med avdøde personer.

Smittsomheten oppstår ved symptomdebut, dvs. at latenstida er lik inkubasjonstida på normalt 6-11 dager (men med variasjon fra 2 til 27 dager).

Prodromalfasen likner influensaliknende sykdom med symptomer som feber, sykdomsfølelse, svakhet, muskel- og leddsmerter og hodepine. I denne fasen kan sykdomsbildet forveksles med malaria og flere andre sykdommer. Deretter følger mage-tarm-symptomer som oppkast, diaré, magesmerter og manglende matlyst. Det kan også oppstå utslett, røde øyne, forvirring, tungpustethet og etter hvert blødninger fra kroppsåpninger. Pasientene kan dø av multiorgansvikt og væsketap.

BDBV kan fortsatt være til stede i såkalte immunprivilegerte områder av kroppen etter at sykdommen er over, blant annet i testikler, sentralnervesystemet og øyets kammervæske. Dette kan trolig hos noen innebære risiko for seksuell smitte en periode etter klinisk tilfriskning.

Det finnes ingen godkjent vaksine eller spesifikk behandling mot BDBV, men det pågår utprøving av vaksiner i dette utbruddet. Behandlingen består i all hovedsak av symptomlindrende og organstøttende behandling som væsketilførsel, febernedsettende og intensivmedisinsk behandling ved behov. Tidlig behandling bedrer prognosen.

Utbrudd kan bringes under kontroll gjennom tidlig identifisering og diagnostikk (med PCR) og isolering av pasienter under strenge infeksjonsforebyggende tiltak. Nærkontakter spores opp og

[3] Oversikten bygger på WHO og ECDCs risikovurderinger, oppdateringer og faktaark.

følges opp i 21 dager etter eksponering. Begravelser må gjennomføres på en trygg, men verdig måte. Lokalsamfunnet må involveres i håndteringen gjennom god risikokommunikasjon.

2.2 Den aktuelle situasjonen[4]

WHOs nyeste utbruddsrapport[5] er fra 20. november. Det overordnede bildet er at utbruddet som ble erklært 15. mai 2026 fortsetter med stor styrke og stadig større utbredelse i DR Kongo, og at det er store utfordringer i å bekjempe epidemien i en utfordrende sikkerhetssituasjon. Uganda, Kenya og Nigeria har hatt importtilfeller, men stoppe videre spredning. Det er foreløpig ingen vaksine tilgjengelig.

WHOs generaldirektør fastslo 17. mai 2026 at utbruddet utgjorde en internasjonal folkehelsekrise (*Public Health Emergency of International Concern, PHEIC*) og opprettet en krisekomité (*emergency committee)* i henhold til Det internasjonale helsereglementet (IHR). Statusen ble videreført senest 18. november.

Bundibugyovirus fra utbruddet i DR Kongo og Uganda er gensekvensert. Foreløpige analyser viser at de er forskjellige fra tidligere utbrudd. Det tyder på at utbruddet skyldes en ny zoonotisk overføring fra dyr til menneske med påfølgende smitte mellom mennesker[6], men eksakt kilde, og tidlig smittekjede undersøkes fortsatt. Det antas at utbruddet kan ha startet allerede i februar og så spredd seg i tre måneder for det ble erkjent[7] etter en rask vekst i mai drevet av folks forflytninger i inkubasjonsfasen[8].

2.2.1 Situasjonen i DR Kongo

I DR Kongo er det per 17. november meldt 11 613 bekreftede tilfeller, hvorav 5 678 er registrert døde og 3 148 tilfrisknede.

Utbruddet omfatter nå 68 helsesoner i åtte provinser. De siste 21 dagene meldte 48 av helsesonene om nye tilfeller (se figur 1). Av 1 417 nye tilfeller i perioden ble 668 meldt i Ituri og 635 i Nord-Kivu, henholdsvis 13 % færre og 8 % flere enn i foregående 21-dagersperiode. Ituri var fortsatt hardest rammet samlet sett, men Nord-Kivu hadde flest tilfeller den siste uken: 235, en økning på 40 % fra uken før. Sud-Kivu og Sud-Ubangi hadde ikke meldt nye tilfeller på over 42 dager. Det samlede reproduksjonstallet for epidemien i DR Kongo antas å ligge rundt 1,2.

Seks måneder etter utbruddets start er epidemien fortsatt geografisk utbredt. Mange dødsfall skjer utenfor behandlingssentrene. Utfordrende sikkerhetssituasjon, folkeforflytninger, mistillit til

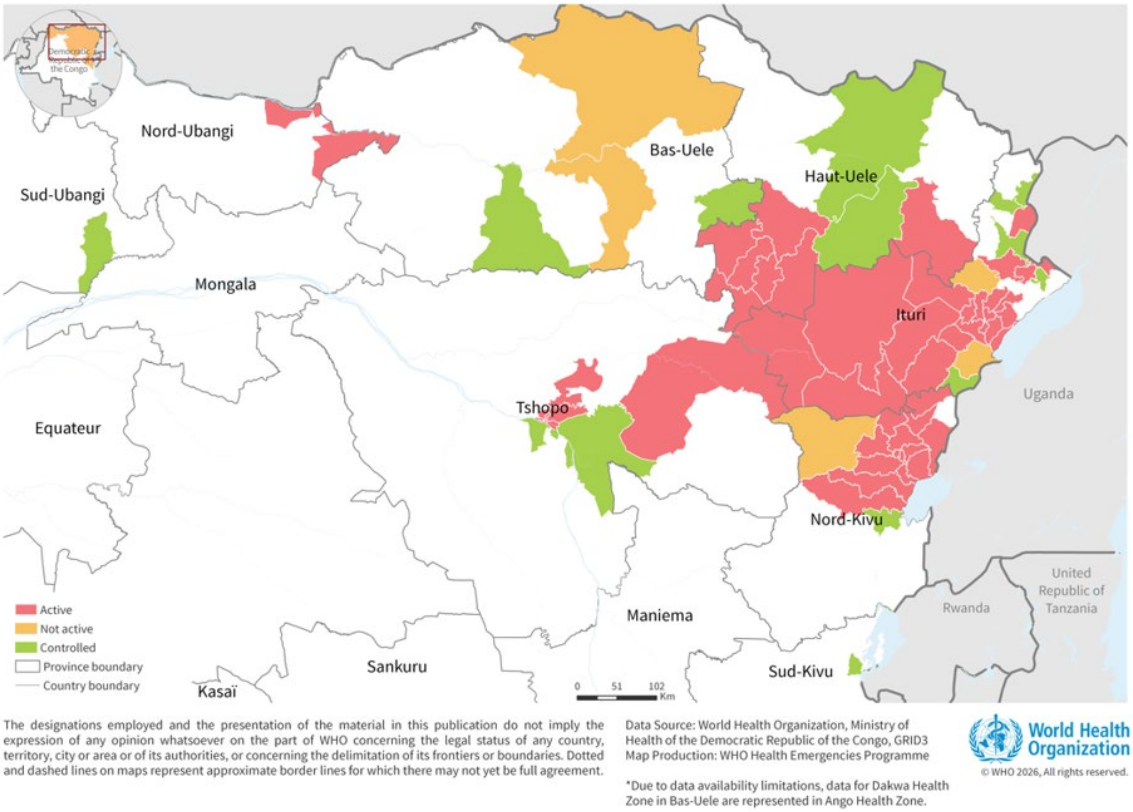
---

[4] Oversikten bygger på WHOs risikovurderinger og utbruddsrapporter og nettsidene til helsemyndighetene i DR Kongo (https://insp.cd/category/activite-cousp/), Kenya (https://www.health.go.ke/kenya-confirms-first-imported-case-bundibugyo-ebola-virus-disease), Uganda (https://health.go.ug/) og Nigeria (https://evdmicrosite.ncdc.gov.ng/en).
[5] WHO. Disease Outbreak News. Ebola disease caused by Bundibugyo virus- Democratic Republic of the Congo, Kenya and Nigeria. WHO: Geneva; 2026. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON630
[6] Amuri-Aziza A et al. Emergence of a Bundibugyo virus variant in the 2026 outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. Nat Med 2026; 32, 3617–21. https://doi.org/10.1038/s41591-026-04628-8
[7] Wawina-Bokalanga T et al. Temporal and phylodynamic analyses of the 2026 Bundibugyo virus disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo. medRxiv 2026.10.07.26365001; https://doi.org/10.64898/2026.10.07.26365001
[8] Ebengo DM et al. Early epidemiological and spatial assessment of the Bundibugyo virus outbreak 2026. Science 2026: aej4586 https://doi.org/10.1126/science.aej4586

helsemyndighetene[9] og et sårbart helsevesen hemmer responsen, særlig tidlig påvisning, smitteoppsporing og behandling. De siste 14 dagene ble i gjennomsnitt 81 % av registrerte kontakter fulgt opp daglig, mot målet på 95 %. I tillegg kan det være mange smittekontakter som ikke blir oppgitt og registrert og dermed heller ikke fulgt opp. Om lag ett av seks nye tilfeller er på forhånd registrert som kontakter, noe som tyder på at smitteoppsporingen fungerer for dårlig.

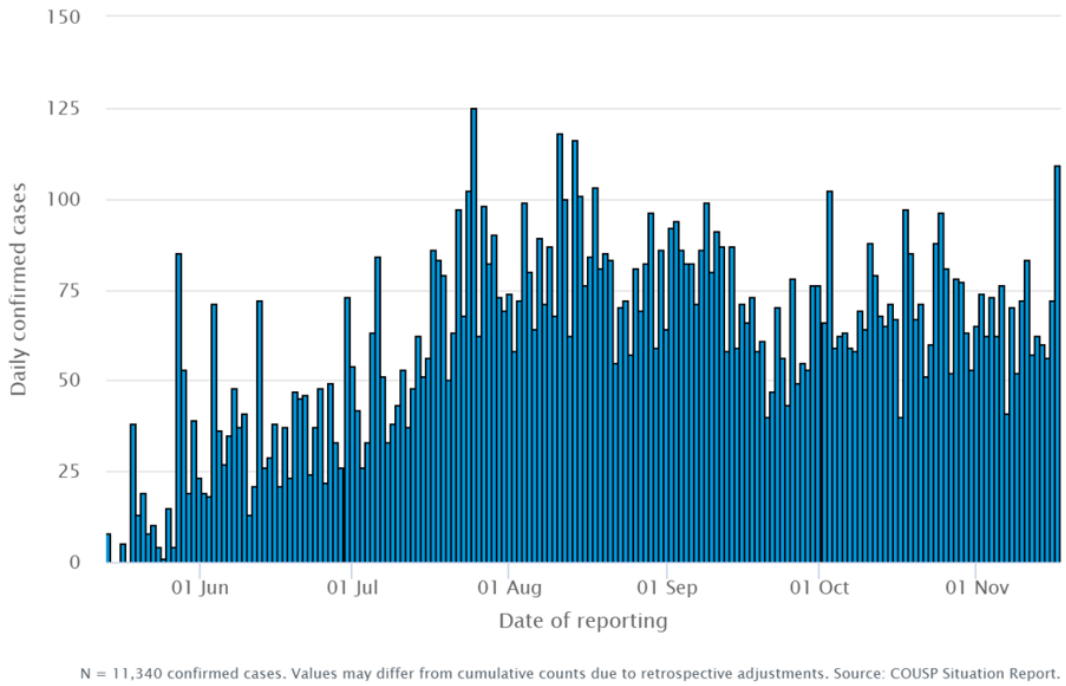
Av de 720 dødsfallene som ble meldt i løpet av de tre ukene fra 28. oktober, skjedde hele 452 (63 prosent) utenfor behandlingssentrene. Dette viser at det fortsatt er vanskelig å oppdage tilfeller tidlig. Dermed undervurderes epidemien, mange smittede mister muligheten til god behandling, og lokalsamfunn utsettes for smittefare under pleie og senere begravelse.

Kartet fra WHO (17. november) viser hvilke helsesoner i den nordøstlige delen av DR Kongo som har en pågående epidemi (rødt), en kontrollert epidemi (grønt) og tidligere epidemi (gult).



Figuren fra WHO (17. november) viser det daglige antallet bekreftede tilfeller, som siden august har ligget på 70 – 100. Det er ingen eksponentiell økning, men heller ingen tydelig nedgang. I tillegg er det betydelige mørketall.

[9] Park SJ et al. How mistrust emerged in real time in the Bundibugyo virus disease outbreak: 'Ebola business', social media and the history of mistrust in Ebola epidemics in eastern Congo. BMJ Global Health 2026; 11: e025522. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2026-025522



Helsemyndighetene i DR Kongo trapper opp innsatsen mot epidemien sammen med WHO og mange andre partnere og med betydelig internasjonal økonomisk bistand. De styrker overvåking, laboratorietesting, smittevernveiledning og smitteoppsporing, trygg pasientbehandling, forskning og samarbeid med lokalsamfunnene. Samtidig styrker de logistikken og arbeider for å opprettholde grunnleggende helsetjenester under den humanitære krisen. Det pågår forskning for å prøve ut flere vaksiner, postekseponeringsbehandling og behandling av syke. Den mest effektive måten å bremse og etter hvert stoppe utbruddet på er imidlertid å benytte de kjente virkemidlene, nemlig å finne og teste mistenkte tilfeller, isolere smittede og så spore opp følge opp deres nærkontakter før de eventuelt blir smittet[10].

Responsen møter betydelige operative utfordringer, herunder et svakt helsevesen, ustabil sikkerhetssituasjon, begrensninger i bevegelsesfrihet, utilstrekkelig kapasitet for isolering av pasienter, svak samferdselsinfrastruktur og høy befolkningstetthet i berørte områder. Det er derfor betydelig bekymring knyttet til den videre utviklingen.

I denne delen av DR Kongo er underernæring og andre smittsomme sykdommer, som meslinger, lungebetennelser, tuberkulose, HIV-infeksjon og malaria et betydelig folkehelseproblem. Det er fare for at den ordinære helsetjenesten svekkes når ressursene må flyttes til ebolaresponsen. Dermed kan dødeligheten av andre sykdommer og dødeligheten i forbindelse med svangerskap og fødsel øke. Når helsetjenesten ikke kan hjelpe mot alle de andre sykdommene som lokalbefolkningen, særlig barn, dør av i større antall, svekkes tilliten til helsetjenesten, også den som gjelder ebola.

[10] Andrews JR et al. Ring and community vaccination for Bundibugyo virus outbreak response: a stochastic network modelling study, Lancet Infect Dis 2026. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(26)00464-0.

2.2.2 Situasjonen i Kenya

Den 6. oktober meldte Kenyas helsemyndigheter om landets første importerte tilfelle. Pasienten var en kenyansk mann bosatt i DR Kongo som reiste via Uganda til Nairobi 3. oktober og døde på sykehus 5. oktober. Åtte personer ble smittet: fire familiemedlemmer og fire helsearbeidere som hadde pleiet ham. Alle åtte var identifisert som nærkontakter og var under oppfølging da de fikk symptomer. Sju av disse ni pasientene overlevde; den siste ble utskrevet 11. november. Det har ikke vært noen nye tilfeller etter 19. oktober. Utbruddet kan erklæres over 42 dager etter 11. november. Kenya fortsetter med forsterket overvåking og screening ved grenseovergangene.

2.2.3 Situasjonen i Nigeria

Nigeria bekreftet 20. oktober et importert tilfelle. Pasienten hadde reist fra Uganda via Addis Abeba, ankom Abuja 3. oktober, fikk symptomer 7. oktober og ble innlagt på et privatsykehus 11. oktober. Myndighetene ble varslet 19. oktober. Pasienten ble evakuert til Genève 26. oktober, overlevde og ble utskrevet 11. november etter to negative PCR-prøver. Det er fortsatt uklart når og hvor pasienten ble smittet.

Det er ikke påvist sekundærtilfeller i Nigeria. Alle de 62 identifiserte kontaktene ble fulgt opp i 21 dager til 13. november. Utbruddet kan erklæres over 42 dager etter 26. oktober. Nigeria fortsetter med forsterket overvåking og smitteverntiltak i helsetjenesten i denne perioden.

2.2.4 Situasjonen i Uganda

Uganda bekreftet et utbrudd 15. mai etter at smittede personer fra DR Kongo hadde søkt behandling i Uganda. Samlet var det 15 tilfeller blant reisende fra DR Kongo mens fire helsearbeidere og én sjåfør ble smittet i Uganda. To av de 20 smittede døde. Utbruddet ble erklært over 27. august.

Uganda forsøker å forebygge nye importerte tilfeller i landet ved å bidra til behandlingssentre i utbruddsområdet i DR Kongo slik at smittede personer ikke behøver å reise til Uganda for behandling. I tillegg er grensekryssinger fra DR Kongo begrenset til hjelpearbeidere og lastebilsjåfører som alle må screenes. Det er 21 dagers karantene for ugandere som vender hjem fra DR Kongo. Helsetjenesten i Uganda er styrket med årvåkenhet, testmuligheter og behandlingsmuligheter i sykehus.

2.2.5 Tilfeller utenfor Afrika

Det har ikke vært noen påviste tilfeller utenfor Afrika av personer som på egen hånd har reist til Europa.

Det er rapportert om seks personer med bekreftet ebolasykdom behandlet utenfor Afrika. Alle ble behandlet i Europa, og alle seks overlevde og er utskrevet. Fem ble medisinsk evakuert etter at diagnosen var stilt i Afrika: fire helse- eller hjelpearbeidere fra DR Kongo og én pasient fra Nigeria. Det sjette tilfellet var en lege som fikk diagnosen i Frankrike etter hjemkomst fra DR Kongo. Ingen av disse tilfellene har medført sekundærtilfeller.

Pasienter behandlet i Europa under utbruddet

- En amerikansk lege ble evakuert fra DR Kongo i mai og behandlet ved Charité i Berlin. Legen ble utskrevet 6. juni.
- En lege kom hjem fra et humanitært oppdrag i DR Kongo og fikk påvist ebola 24. juni. Legen ble behandlet ved Hôspital Bichat i Paris og så utskrevet frisk 4. juli.
- En amerikansk hjelpearbeider ble evakuert fra DR Kongo 13. juli og utskrevet frisk fra universitetssykehuset i Frankfurt 28. juli.
- En helsearbeider fikk påvist ebola i DR Kongo 29. september, evakuert til universitetssykehuset i Leiden 1. oktober og utskrevet 9. oktober.
- Pasienten som ble diagnostisert i Nigeria (se over) ble evakuert til universitetssykehuset i Genève 26. oktober og utskrevet 11. november.
- En britisk lege som deltok i utbruddsarbeidet i DR Kongo, ble evakuert til Royal Free Hospital i London 5. november og utskrevet 18. november.

I tillegg er ni nærkontakter med eksponeringer evakuert til Europa (seks til Tyskland, én til Tsjekkia, én til UK og én til Sveits.)

2.3 Risikovurderinger fra WHO og ECDC

WHO vurderer risikoen for videre spredning av utbruddet i DR Kongo som veldig stor, men risikoen som liten i Norge og resten av Europa.

ECDC vurderer risikoen for den allmenne befolkningen i Europa som veldig liten.

Se detaljert gjennomgang av WHO og ECDC sine risikovurderinger i vedlegg B.

3 RISIKO FOR NORGE

3.1 Generelt om risiko

FHI deler WHOs betydelige bekymring for utviklingen i DR Kongo der det er få tegn på bedring. Så lenge epidemien fortsetter i så stort omfang, kan ikke risikoen for Norge elimineres.

Vi vurderer her risikoen ved ebola i Norge og for reisende til og fra Norge. Risikoen er knyttet til sannsynligheten for en hendelse og konsekvensene for det norske samfunnet dersom denne hendelsen inntreffer. Vi vurderer fem risikospørsmål. Se vedlegg A for nærmere grunnlag for risikovurderingen. Se vedlegg B for WHO og ECDC sine risikovurderinger.

Risikovurderingen er uforandret fra vår vurdering i juni.

Begreper i risikovurderingen

Sannsynlighet betyr sannsynligheten for at en hendelse inntrer, grovt vurdert i kategoriene veldig liten, liten, middels og stor.
Konsekvens betyr følgene av hendelsen for det norske samfunnet dersom den inntrer med det sannsynlige omfanget, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels og stor.
Risiko er produktet av sannsynlighet og konsekvens, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels og stor.
Tiltro til vurderingen er en beskrivelse av vår konfidens i kunnskapsgrunnlaget for vurderingen, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels eller stor. Der tiltroen til kunnskapsgrunnlaget er veldig liten eller liten, konkluderer vi ikke om risiko.

3.2 Risiko for reisende fra Norge til berørte land

DR Kongo er et svært stort land, på størrelse med Vest-Europa, fire ganger større enn Frankrike og like stort som alle nordiske land til sammen. Fra Bunia i Ituri-provinsen er det en minst femti timer lang kjøretur på tre tusen kilometer til hovedstaden Kinshasa.

I området finnes det helsepersonell og andre hjelpearbeidere som er sendt ut av norske organisasjoner for å drive hjelpearbeid, for eksempel i flyktningeleirer i det østlige Kongo. De seneste månedene har det i tillegg kommet et lite antall hjelpearbeidere som skal bidra direkte i utbruddshåndteringen. Alle disse er godt informert om nødvendige smitteverntiltak før utreise.

Utenom disse, er det få reisende fra Norge til DR Kongo og de berørte nabolandene. For de fleste vil det være veldig liten sannsynlighet for å bli smittet. Sannsynligheten øker naturlig nok hvis man blir involvert i stell av syke personer.

Et usikkerhetsmoment er den reelle utbredelsen av epidemien. Mye av spredningen forblir uoppdaget, og mange smittede oppdages først når de dør og i noen tilfeller heller ikke da.

Konsekvensen for reisende fra Norge dersom de smittes, er alvorlig. Det er usikkerhet knyttet til tilgjengelighet og kvalitet av behandlingen lokalt. Tidlig innsatt og optimal behandling i velutstyrte sykehus kan gi betydelig lavere dødelighet enn det som nå observeres i DR Kongo. Evakuering til Europa er imidlertid ikke garantert. For det norske samfunnet er konsekvensen liten.

Risikoen kan reduseres ved at privatpersoner følger UDs reiseråd[11] og lar være å reise til de berørte områdene nå. Hjelpearbeidere må følge rådene fra sine organisasjoner, FHI, WHO og lokale myndigheter. Uorganisert hjelpearbeid frarådes.

Risikospørsmål	Risiko	Sann-synlighet	Kon-sekvens	Tiltro til vurderingen
1. Hva er risikoen ved at reisende fra Norge skal bli smittet under reise til berørte områder i Afrika … a) når de reisende ikke skal arbeide i ebolaresponsen? b) når de reisende skal arbeide i ebolaresponsen?	 Veldig liten Liten	 Veldig liten Liten	 Liten Liten	 Stor Moderat

I FHIs Håndbok om virale hemoragiske febersykdommer[12] er det et eget oppsett for risikovurdering av personer *etter* konkrete eksponeringer. Den risikovurderingen gjøres for å fastsette hvordan personen bør følges opp etter eksponeringen.

3.3 Medisinsk evakuering

Dersom en norsk hjelpearbeider (eller andre norske personer) i området skulle få symptomer og eventuelt få diagnostisert infeksjon, er det ønskelig å frakte vedkommende hjem i samarbeid mellom norske og kongolesiske myndigheter samt WHO og hjelpearbeiderens arbeidsgiver. Dette er en omfattende og komplisert logistikkoperasjon.

Norske myndigheter og Oslo universitetssykehus har erfaring med slik evakuering fra et berørt område til den særlige isolasjonsenheten ved CBRNE-senteret ved Oslo universitetssykehus (Ullevål) der den evakuerte kan få god behandling i et miljø som beskytter andre pasienter, ansatte og samfunnet utenfor.

Risikospørsmål	Risiko	Sann-synlighet	Kon-sekvens	Tiltro til vurderingen
2. Hva er risikoen for smitte til andre ved medisinsk evakuering av en pasient til Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor

3.4 Risiko ved reisende til Norge

Siden det er få nordmenn som oppholder seg i eller reiser til de rammede områdene i DR Kongo, er det også få som reiser fra disse områdene til Norge. For lokalbefolkningen i DR Kongo er det svært vanskelig å ta seg til en flyplass med internasjonale flygninger i inkubasjonstida, som i Kinshasa, Goma eller Kampala.

[11] https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_drkongo/id2416057/
[12] https://www.fhi.no/ss/virale-hemoragiske-febre/handbok-om-virale-hemoragiske-febre/tiltak-ved-enkelttilfeller-eller-utbrudd/Risikovurdering-av-eksponerte/

Ved utreise fra aktuelle flyplasser i utbruddsområdet er det screening av reisende (for reiseopplysninger og symptomer) før avreise. Det er også screening på flere knutepunkt innenlands. Screeningen ved flyplassen i Kinshasa og Kampala skal fungere bra[13].

Helsepersonell og andre hjelpearbeidere som skal delta i utbruddshåndteringen blir av sine arbeidsgivere informert om sykdommen før avreise. Vi regner med at disse personene har lav terskel for å kontakte helsetjeneste før, under eller etter avreise fra Afrika.

Under det store utbruddet i Vest-Afrika 2013-16 med nesten tretti tusen bekreftede tilfeller og mange hundre europeere involvert i responsen lokalt, var det bare to reisende som kom til Europa (UK og Italia) og som senere ble ebolasyke her. Begge var helsepersonell som hadde arbeidet med ebolapasienter. Ingen av dem ga opphav til videre smitte i Europa.

Under det pågående utbruddet er det én reisende som har kommet til Europa og så blitt syk her (se avsnitt 3.2.5). Det ble ingen sekundærtilfeller.

Risikoen kan reduseres gjennom oppmerksomhet om sykdommen blant de reisende og helsepersonell i Norge slik at ebolasyke pasienter oppdages tidlig. Hvis epidemien i Afrika spres til flere land og blir betydelig større, kan risikoen øke. Det gjelder særlig hvis man får en lokal epidemi i Uganda nær hovedstaden Kampala[14].

Risikospørsmål	Risiko	Sann-synlighet	Kon-sekvens	Tiltro til vurderingen
3. Hva er risikoen ved noen få enkeltstående tilfeller blant reisende til Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor

3.5 Risiko for spredning i Norge

Hvis det, til tross for en veldig liten sannsynlighet (se avsnitt 3.4), skulle dukke opp en uanmeldt ebolasyk person i Norge, må vi vurdere risikoen knyttet til spredning i Norge.

Dersom denne personen har deltatt i utbruddshåndteringen lokalt som utsendt av norsk organisasjon, skal personen være godt informert om mulige symptomer og instruert om kontakt med norsk helsetjeneste. Da vil personen bli tatt hånd om på en trygg måte. Nærkontakter vil bli fulgt opp. Dersom personen har isolert seg ved de første symptomer, skal det være liten smittefare for nærkontaktene, men det kan ikke helt utelukkes at smitte har skjedd. Videre smitte utenfor denne kretsen er veldig lite sannsynlig.

Dersom denne personen er en privatperson som reiser uorganisert fra utbruddsområdet til Norge i inkubasjonstida, er situasjonen mindre oversiktlig. Personen vil ha opplevd

[13] ECDC. Fact-finding mission on airport exit screening - EU Health Task Force mission to Democratic Republic of Congo and Uganda in response to the Bundibugyo virus disease outbreak 2026. Stockholm: ECDC; 2026. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/fact-finding-mission-airport-exit-screening-eu-health-task-force-mission

[14] Fanelli F et al. Estimating importation risk of Bundibugyo Ebola virus disease to Europe under different outbreak expansion scenarios. J Travel Med 2026; 33: taag055. https://doi.org/10.1093/jtm/taag055

medieoppmerksomhet om utbruddet i DR Kongo. Personen vil også ha gjennomgått screening og fått informasjon på flyplassen. I Norge vil personen møte ytterligere medieoppmerksomhet om ebola. Vi regner det som sannsynlig at personen setter sine symptomer i sammenheng med oppholdet i DR Kongo og derfor raskt tar kontakt med helsetjenesten ved symptomer.

Helsetjenesten bør være godt orientert om utbruddet gjennom informasjon fra helsemyndighetene og massemedieoppslag. Vi regner med at helsetjenesten har økt årvåkenhet for febersykdom hos personer som har reist fra utbruddsområdet slik at mistenkte tilfeller blir trygt håndtert. Det kan likevel ikke utelukkes (dersom det veldig lite sannsynlige skulle skje at en slik pasient dukker opp i Norge) at nærkontakter eller helsepersonell blir eksponert og i verste fall smittet.

Utenfor Afrika har ebolasmitte skjedd bare tre ganger, alle knyttet til det store utbruddet i Vest-Afrika i 2013-16. De smittede var alle helsepersonell smittet under pleie av pasienter i sykehus: én i Spania ved pleie av en evakuert ebolapasient, og to i USA etter pleie av en reisende fra Liberia der ebola ikke ble vurdert de første dagene på sykehus.

Enhver spredning av ebola i Norge vil ha minst moderate konsekvenser i form av enorm oppmerksomhet og frykt og i verste fall restriksjoner fra andre land på reiser til eller fra Norge. Det ligger imidlertid ikke til rette for spredning av ebolasykdom i Norge. Effektivt smittevernarbeid med diagnostisering, isolering, smitteoppsporing og oppfølging av nærkontakter vil raskt stoppe et utbrudd.

Risikospørsmål	Risiko	Sann-synlighet	Kon-sekvens	Tiltro til vurderingen
4. Gitt enkelttilfeller blant reisende til Norge, hva er risikoen ved ei mindre klynge i Norge?	Liten	Liten	Moderat	Moderat
5. Gitt enkelttilfeller blant reisende til Norge, hva er risikoen ved et større utbrudd i den allmenne befolkningen i Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Stor	Moderat

3.6 Oppsummert risikovurdering

Samlet sett vurderer vi at ebolautbruddet i DR Kongo nå medfører **veldig liten risiko** for Norge.

Situasjonen i DR Kongo er imidlertid uoversiktlig, og dette gir usikkerhet om det reelle omfanget av epidemien. Responsen på utbruddet møter betydelige operasjonelle utfordringer. Situasjonen i DR Kongo er dermed bekymringsfull.

Hvis situasjonen utvikler seg slik at utbruddene blir betydelig større eller spres til flere av DR Kongos naboland, vil vi vurdere risikoen for Norge på nytt.

Risikospørsmål	Risiko	Sann-synlighet	Kon-sekvens	Tiltro til vurderingen
1. Hva er risikoen ved at reisende fra Norge skal bli smittet under reise til berørte områder i Afrika …				

Risikospørsmål	Risiko	Sann-synlighet	Kon-sekvens	Tiltro til vurderingen
a) når de reisende ikke skal arbeide i ebolaresponsen? b) når de reisende skal arbeide i ebolaresponsen?	Veldig liten Liten	Veldig liten Liten	Liten Liten	Stor Moderat
2. Hva er risikoen for smitte til andre ved medisinsk evakuering av en pasient til Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor
3. Hva er risikoen ved noen få enkeltstående tilfeller blant reisende til Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor
4. Gitt enkelttilfeller blant reisende til Norge, hva er risikoen ved ei mindre klynge i Norge?	Liten	Liten	Moderat	Moderat
5. Gitt enkelttilfeller blant reisende til Norge, hva er risikoen ved et større utbrudd i den allmenne befolkningen i Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Stor	Moderat

*Begrepene skal forstås slik:
Sannsynlighet betyr sannsynligheten for at en hendelse inntrer, grovt vurdert i kategoriene veldig liten, liten, middels og stor.
Konsekvens betyr følgene av hendelsen for det norske samfunnet dersom den inntrer med det sannsynlige omfanget, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels og stor.
Risiko er produktet av sannsynlighet og konsekvens, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels og stor.
Tiltro er en beskrivelse av vår konfidens i kunnskapsgrunnlaget for vurderingen, grovt vurdert som veldig liten, liten, middels eller stor. Der tiltroen til kunnskapsgrunnlaget er veldig liten eller liten, konkluderer vi ikke om risiko.

4 HÅNDTERING I NORGE

FHI anbefaler overfor Helse- og omsorgsdepartementet mål og prinsipper for håndteringen og gir råd til helsemyndighetene, helsetjenesten og befolkningen om tiltak. Vi bygger våre anbefalinger og råd på situasjonsbildet, risikovurderingen, WHO og ECDC sine risikovurderinger og på publisert kunnskap og vår generelle smittevernkompetanse.

Se vedlegg C for anbefalingene fra WHO og ECDC.

4.1 Anbefaling om mål og prinsipper for beredskap og respons i Norge

Målet for håndteringen av ebolasykdom i Norge bør være at reisende fra Norge ikke skal smittes i utlandet, og at ingen skal bli smittet av ebolasykdom i Norge. Sykdommen skal fortsatt være eliminert fra Norge.

Det innebærer at:

- Reisende bør unngå reise til utbruddsområdet. Hvis de likevel drar, må de kjenne til trusselen og smitteredusерende atferd, og vite hva de skal gjøre dersom de får symptomer etter hjemkomst.
- Pasienter med mulig ebolasykdom i Norge må fanges opp av helsetjenesten tidlig, få tilbud om diagnostikk, behandling og smittevernveiledning slik at faren for videre smitte i Norge reduseres.

Forutsetninger for å nå målet er opplyst befolkning, velinformert helsepersonell, gode helsetjenester og god overvåking. Følgende prinsipper kan legges til grunn:

- Beredskapen bør, som annet smittevernarbeid, følge **beredskapsprinsippene** (ansvar, likhet, nærhet og samvirke). Alle med rolle i smittevernet mot eventuell spredning i Norge, bør være forberedt på å håndtere en slik situasjon.
- Beredskapen bør være **integrert** i det øvrige smittevernet og den øvrige helsetjenesten og i mest mulig grad uten særordninger.
- Beredskapen bør være **målrettet** slik at råd, forberedelser og tiltak rettes mot grupper som er mest utsatt for å bli smittet og tjenester som kan bli involvert ved smitte.
- Beredskapen bør bygge på oppdatert **kunnskap** om egenskaper ved smittestoffet, sykdommen og immunitet. Overvåkingen sammen med vedvarende læring gir god situasjonsforståelse som grunnlag for risikovurdering og tiltaksvurdering. Det samlede overvåkings- og kunnskapssystemet skal understøtte gode råd og gode beslutninger.
- Håndteringen av eventuelle pasienter og nærkontakter i Norge må være **forholdsmessig** og respektere deres menneskerettigheter samtidig som helsepersonell og samfunnet beskyttes.
- Håndteringen i Norge bør ta hensyn til, ta **internasjonal** lærdom av og understøtte den europeiske og globale håndteringen av utbruddet i DR Kongo.

4.2 Råd om tiltak i Norge

Kjernen i håndteringen er å hindre at nordmenn smittes før hjemreise fra utbruddsområdet, og at eventuelle smittede personer som er kommet til Norge, oppdages og tas hånd om før de har smittet noen andre.

Råd og informasjon fra Folkehelseinstituttet

FHI har informasjon og råd til helsepersonell i Norge, hjelpearbeidere på vei til utbruddsområdet og, befolkningen, herunder personer med kongolesisk opphav.

På denne samlesiden lenkes det videre til blant annet informasjon for helsepersonell, medisinsk-mikrobiologiske laboratorier, hjelpearbeidere og befolkningen.

For befolkningen finnes informasjon også på Helsenorge: Ebola- og marburgsykdom - Helsenorge

Følgende tiltak er sentrale:

4.2.1 Årvåkenhet, tidlig oppdaging og varsling

Helsepersonell må kjenne til sykdommens symptomer og når man skal mistenke ebolasykdom. Smittevernvakta ved FHI bør konsulteres allerede ved mistanke med tanke på risikovurdering av eksponeringen og rådgivning om laboratorieundersøkelser og smittevern rundt pasienten. Påviste tilfeller skal umiddelbart varsles til kommuneoverlegen og FHI, som vil varsle videre til nasjonale og internasjonale helsemyndigheter.

4.2.2 Diagnostikk

Nasjonalt beredskapslaboratorium ved FHI tilbyr diagnostikk for ebolavirus, inkludert bundibugyovirus. Laboratoriet har døgnkontinuerlig vaktordning. Analysetiden er vanligvis to til tre timer fra prøven er mottatt ved laboratoriet.

FHI har testet et inaktiveringsmedium og anbefalt at medisinsk-mikrobiologiske laboratorier i Norge anskaffer dette. Korrekt inaktivering forenkler transporten av prøver betydelig.

4.2.3 Overvåking

Folkehelseinstituttet vil fortsette overvåkingen av den internasjonale situasjonen basert på blant annet samarbeid med ECDC og WHO, og holde andre helsemyndigheter orientert. FHI vil også gjennom varsler fra helsetjenesten overvåke situasjonen i Norge.

4.2.4 Risikokommunikasjon og reiserådgiving

Folk bør absolutt ikke reise til de berørte provinsene av DR Kongo. Dersom man likevel gjør det, må man forberede seg godt, og følge råd fra både norske og lokale myndigheter. FHI har utarbeidet informasjonsmateriell til personer i Norge med kongolesisk opphav.

Personer som sendes ut fra hjelpeorganisasjoner for å bistå i ebolaresponsen, bør følge råd fra sin organisasjon og FHI før, under og etter reisen. FHI kan bidra til vurderingene.

Personer som har vært i utbruddsområdene og som får feber eller andre symptomer etter hjemkomst, må kontakte helsetjenesten som så kan få hjelp til vurderingene fra FHI.

4.2.5 Smitteoppsporing

Dersom et tilfelle av ebolasykdom skulle påvises i Norge, anbefaler vi at kommuneoverlegen overtar ansvaret for smitteoppsporingen fra den diagnostiserende legen. I lys av sykdommens alvorlighet, vil FHIs feltepidemiologiske gruppe tilby kommuneoverlegen bistand, om nødvendig på stedet for å sikre at alle kontaktpersoner som har vært i mulig smittefare, oppspores og følges opp etter rutinene i VHF-håndboka. FHI tilbyr bistand til kommunikasjonsarbeidet, herunder kommunikasjonsfaglig rådgivning, mediehåndtering og tekster til nettsider og sosiale medier.

4.2.6 Innleggelse, smittevern i helsetjenesten og behandling

Dersom et tilfelle av ebolasykdom skulle påvises i Norge, må pasienten legges inn på sykehus der faste rutiner skal følges for å forebygge smitte til personell og andre pasienter og for å gi optimal behandling. CBRNE-senteret ved Oslo universitetssykehus (OUS) skal kontaktes for råd om medisinsk håndtering, herunder behov for forebyggende behandling, transport og valg av egnet behandlingssted. CBRNE-senteret koordinerer Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte (NMUH), som transporterer pasienter med VHF til høysikkerhetsisolatet ved OUS.

4.2.7 Medisinsk evakuering

Dersom en norsk person blir smittet i DR Kongo, for eksempel under hjelpearbeid, vil personen bli forsøkt evakuert til Norge.

4.2.8 Internasjonal støtte

Risikoen for Norge elimineres helt når utbruddet i DR Kongo og naboland er over. Norske myndigheter kan bidra til dette gjennom økonomisk støtte til DR Kongos helsemyndigheter, WHO og hjelpeorganisasjoner i området.

4.3 Råd om tiltak som nå ikke bør iverksettes i Norge

4.3.1 Generelt om innreisetiltak

Slik situasjonen er nå, anbefaler vi ikke grensetiltak i form av innreisescreening, karantene eller innreiseforbud. Dette er i overensstemmelse med WHO og ECDCs råd.

Nytten av slike tiltak er sannsynligvis svært liten fordi det er svært lite sannsynlig at noen smittede vil komme uanmeldt til Norge. Nordmenn i området er i hovedsak hjelpearbeidere. Dem har vi god kontroll på ved hjemreise.

Logistikken ved slike tiltak er vanskelig fordi eventuelle reisende ikke kommer direkte til norsk flyplass, men har mellomlandet på én eller flere andre flyplasser i Europa, Tyrkia eller Gulfen først. Eventuelle tiltak må derfor starte med å identifisere dem som kommer fra utbruddsområdene. Det er ingen enkel oppgave. Man må kanskje rett og slett spørre alle om de har vært i DR Kongo eller Uganda og følge opp bare de som svarer ja.

Etter et halvt år og over elleve tusen kjente tilfeller, har det kommet bare én smittet person til Europa (utenom medisinske evakueringer). Vedkommende var lege som hadde arbeidet med

ebolapasienter i DR Kongo, og som ble syk etter hjemkomst til Frankrike. Legen ble raskt diagnostisert, isolert og behandlet, og det oppsto ingen sekundærtilfeller. Under utbruddet i Vest-Afrika 2013-16 med tretti tusen tilfeller kom bare to smittede til Europa utenom medisinske evakueringer. Begge var helsepersonell som hadde arbeidet med ebolapasienter. Ingen av dem ga opphav til videre smitte i Europa.

Effekten av slike tiltak kan bli at folk feilaktig oppfatter import av ebola som en betydelig trussel i Norge ved at viruset smitter lett.

4.3.2 Screening ved innreise

Vi anbefaler ikke noen form for screening på grensene. Screening av tilreisende har ved slike utbrudd vist seg å være lite nyttig, logistisk utfordrende og dermed kostbart og har dessuten dårlig signaleffekt. Det er også svært lite målrettet. (Screening ved avreise fra flyplasser nær utbruddsområdene er mer målrettet, for der vil en større andel av de reisende faktisk ha vært i utbruddsområdene.)

Måling av kroppstemperatur er nokså enkelt, men vil gi en del positive svar som må følges opp. I tillegg gir det kun et øyeblikksbilde, og utelukker ikke ev. sykdomsutvikling på et senere tidspunkt. Svært få eller ingen av personene med feber, vil vise seg å ha ebolasykdom.

En negativ test for infeksjon hos personer tidlig i inkubasjonsfasen (før symptomer) vil ikke utelukke senere sykdomsutvikling. Et slikt opplegg er kostbart og krever betydelige personellressurser.

4.3.3 Karantene for reisende fra utbruddsområdet

Vi anbefaler ikke noen form for karantene for reisende fra utbruddsområdet. Smittsomheten oppstår først ved symptomer, så det er tilstrekkelig at personene følger med på sine symptomer og kontakter helsetjenesten ved feber eller andre tidlige symptomer.

Hjemvendte helsepersonell og andre hjelpearbeidere får opplæring om hvordan de skal forholde seg de første ukene etter hjemkomst, herunder dersom de får symptomer.

Dette er i denne situasjonen et lite målrettet og et uforholdsmessig tiltak.

4.3.4 Innreiseforbud for reisende fra utbruddsområdet

Vi anbefaler heller ikke å stenge grensene for reisende fra noen land. Dette er i denne situasjonen et lite målrettet og et uforholdsmessig tiltak. De reisende som måtte komme fra utbruddsområdene vil være hjemvendte nordmenn og veldig få utlendinger. Sannsynligheten for at noen av dem skal være smittet, er svært liten.

WHO ber landene ikke innføre slike tiltak fordi det kan skade de affiserte landene. Slike restriksjoner kan føre til at andre av DR Kongos naboland som måtte få tilfeller, prøver å skjule disse for å unngå restriksjoner. Det er også et dårlig signal til alle land som i framtida opplever utbrudd: varsler dere WHO, får dere ulemper tilbake.

VEDLEGG A: TEORETISK GRUNNLAG FOR RISIKOVURDERING

Vi forklarer her noen forhold og begreper som har betydning for risikovurderingen i kapittel 4.

Sykdomsbyrde

Den potensielle sykdomsbyrden i Norge er sentral. Sykdomsbyrden av ebolasykdom i Norge avhenger av virusets spredningsevne i befolkningen og alvorligheten av sykdommen hos dem som blir smittet. Sykdomsbyrden kan bestå også av ettervirkninger av sykdom. Belastningen av epidemien er også sykefraværet og helsetjenesteforbruk samt oppfølgingen av nærkontakter.

Sykdommens alvorlighet

Sykdomsalvorligheten kan angis ved dødsrisiko (letalitet) blant de syke eller blant alle smittede.

Sykdomsalvorlighet bestemmes av virusets virulens, altså virusets iboende evne til å gi sykdom, av pasientens immunstatus (herunder ernæringsstatus), av behandlingens kvalitet og trolig av andre faktorer ved pasienten, som alder og graviditet. Letaliteten avhenger av tilgang på helsehjelp og kan reduseres med god og rask støttebehandling. Under ebolautbruddet i Vest-Afrika var letaliteten under 20 prosent for pasienter behandlet i Europa eller USA[15]. Alle de seks evakuerte som nå er blitt behandlet i Europa, har overlevd.

Den observerte letaliteten i tidligere utbrudd med bundibugyovirus har vært rundt 30 – 50 prosent[16]. Den observerte sykdomsalvorligheten avhenger av hvor god overvåkingen i området er, altså om man har oversikt over alle som har dødd av sykdommen (telleren) og alle smittede (nevneren). Som vi har sett, er det stor usikkerhet knyttet til dette i DR Kongo nå. I dette utbruddet anslår man letaliteten til i underkant av 50 prosent, men med store lokale variasjoner. Pasientene som ble oppdaget og behandlet i Kenya og Uganda og pasientene som ble evakuert til Europa. har hatt betydelig lavere letalitet, nemlig 11 prosent (4/35).

Spredningsevnen

Spredningsevnen av et smittestoff som smitter mellom mennesker i en befolkning, kan uttrykkes med det effektive reproduksjonstallet R_e som (i teorien) uttrykker hvor mange personer en gjennomsnittspasient smitter. Det påvirkes av fire faktorer: smittsomheten β, kontakthyppigheten c, varigheten av smittsom periode D og andelen mottakelige i befolkningen x:

$$R_e = \beta\, c\, D\, x$$

---

[15] Uyeki TM et al. Clinical management of ebola virus disease in the United States and Europe. N Engl J Med 2016; 374: 636-46. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1504874

[16] Van Kerkhove M et al. A review of epidemiological parameters from Ebola outbreaks to inform early public health decision-making. Sci Data 2015; 2: 150019. https://doi.org/10.1038/sdata.2015.19 og Nash R, Bhatia S, Morgenstern C et al. Ebola virus disease mathematical models and epidemiological parameters: a systematic review Lancet Infect Dis 2024; 24, e762-e73. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00374-8

- **Smittsomheten** varierer med en rekke faktorer, herunder nærhet, type og varighet av kontakt, mengden av utskilt virus, egenskaper ved viruset og dets smittemåte, og grad av mottakelighet hos den usmittede. Ved ebola er smittsomheten forbundet med virusmengden i blodet. Det er direkte kontakt med kroppsvæsker fra ebolasyke som er smittefarlig.
- **Kontakthyppigheten** betegner hvor hyppig syke og usmittede møtes på en slik måte at smitte kan skje.
- **Varigheten** av smittsom periode er en iboende egenskap ved viruset. Ebola har sannsynligvis en smittsom periode som varer fra de første symptomene (feber, sykdomsfølelse, kvalme, magesmerter), gjennom sykdomsfasen (med oppkast, diaré, blødninger) og til viruset er borte fra blodet. Virusmengden øker på gjennom sykdomsforløpet og er størst når pasienten er på sitt sykeste. Dette dreier seg primært om to-tre uker, men virus er påvist i andre kroppsvæsker lenge etter dette. Kontakt med kroppsvæsker fra døde pasienter er også smittefarlig.
- **Andelen mottakelige** i befolkningen har stor betydning for om viruset kan spre seg. Det er sannsynligvis nær null immunitet i verdens befolkning mot ebolavirus.

Reproduksjonstallet påvirkes dermed både av biologiske forhold, altså viruset og dets interaksjon med kroppens forsvar, og av sosiale forhold, som befolkningstettheten og interaksjoner mellom folk. Dette innebærer at spredningspotensialet ikke bestemmes av viruset alene, men også av samfunnsmessige forhold, og at det vil variere fra samfunn til samfunn.

Ved flere tidligere ebolautbrudd i Afrika har R_e vært mellom 1 og 2 i tidligere faser av utbruddet og så blitt presset ned under 1 når utbruddshåndteringen har kommet i gang[17]. Det viktigste tiltaket har vært å redusere hyppigheten av ukontrollert kontakt mellom syke og usmittede ved tidlig diagnostisering og isolering av syke basert på klinisk mistanke etterfulgt av laboratorietesting. Nøye oppfølging av eksponerte kontaktpersoner etter smitteoppsporing er viktig for å få isolert dem umiddelbart dersom det viser seg at er smittet og blir syke.

Andre forhold

Det kan være betydelig variasjon, eller heterogenitet, i personers smittsomhet gjennom sykdomsforløpet, deres kontakthyppighet og varigheten av den smittsomme perioden. Dermed er det også betydelig variasjon i hvor mange nye personer de smittede smitter; noen smitter flere, de fleste smitter få.

Massesmittehendelser

Når en smittekilde smitter mange personer på kort tid på et sted eller under et arrangement, kaller vi det en massesmittehendelse (*super spreading event*). En massesmittehendelse kan

[17] Muzembo BA et al. The basic reproduction number (R_0) of ebola virus disease: A systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis 2024; 57: 102685. https://doi:10.1016/j.tmaid.2023.102685 og Van Kerkhove M et al. A review of epidemiological parameters from Ebola outbreaks to inform early public health decision-making. Sci Data 2015; 2: 150019. https://doi.org/10.1038/sdata.2015.19 og Nash R et al. Ebola virus disease mathematical models and epidemiological parameters: a systematic review Lancet Infect Dis 2024; 24, e762-e73. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00374-8

oppstå når en smittet person i en høysmittsom fase har høyrisikokontakt med mange andre over kort tid. Det kan for eksempel skje ved udiagnostisert sykdom når flere personer deltar i pleie av en syk person eller ved begravelser der flere personer steller eller berører den døde. Dette har vært en viktig utfordring ved tidligere utbrudd av ebolasykdom.

Skjult smitte

Ebolavirus smitter først når symptomene oppstår, og kun gjennom kontakt med kroppsvæskene til en syk. Latenstida (mellom smitte og egen smittsomhet) er dermed lik inkubasjonstida (mellom smitte og egne symptomer)[18]. Dersom diagnosen forsinkes fordi de første symptomene (feber, sykdomsfølelse) er uspesifikke, kan pasienter fortsette med nærkontakt med andre mens de er smittsomme.

Andelen av tilfeller som blir smittet av personer som har uspesifikke symptomer, kan være betydelig. Derfor er opplysning, tidlig diagnostikk og isolering helt avgjørende for å stanse videre spredning. Dersom befolkningen ikke får vite om eller ikke tror på helseopplysningen, vil de ikke oppsøke helsetjenester og dermed heller ikke bli diagnostisert og isolert. Og dermed kan man heller ikke finne deres smittekontakter gjennom smitteoppsporing. Det kan også være at pasienter ikke vil bidra til smitteoppsporing fordi de da påfører andre ulempen med stigmatisering, oppfølging eller karantene.

[18] Velásquez GE et al. Time from infection to disease and infectiousness for Ebola virus disease, a systematic review. Clin Infect Dis 2015; 61: 1135-40. https://doi.org/10.1093/cid/civ531.

VEDLEGG B: RISIKOVURDERINGER FRA WHO OG ECDC

WHOs risikovurdering

WHO oppdaterte 14. august sin risikovurdering om utbruddet[19] og justerte vurderingene noe 17. november[20]. WHO deler landene inn i fem grupper etter smittesituasjon, reiseaktivitet fra områder med smittespredning i samfunnet og evne til å håndtere et utbrudd.

Områder	Risiko	Begrunnelse
DR Kongo	Veldig stor	DR Kongo er det eneste landet med dokumentert pågående epidemi. Utbruddet sprer seg til nye områder, deler av smitten forblir uoppdaget, og det forekommer smitte i helsetjenesten. En utfordrende sikkerhetssituasjon og begrenset kapasitet hemmer responsen.
Land med bekreftede tilfeller, men uten pågående epidemi	Stor	Importerte tilfeller kan føre til videre smitte før de oppdages, og nye tilfeller kan bli importert.
Land med omfattende eller moderat reiseaktivitet fra områder med pågående epidemi og samtidig svak responskapasitet	Stor	Stor mobilitet i befolkningen, grensepasseringer gjennom både formelle og uformelle kanaler, muligheten for at importerte tilfeller ikke oppdages, ulik kapasitet til overvåking og utbruddshåndtering, humanitære utfordringer og begrenset tilgang til berørte områder øker sannsynligheten for at smitte oppdages sent og sprer seg videre.
Land med omfattende reiseaktivitet fra områder med pågående epidemi og samtidig sterk responskapasitet	Liten	Tilfeller kan bli importert, men et velfungerende helsevesen og god beredskap gjør videre spredning i samfunnet lite sannsynlig.
Alle andre land	Liten	Det er ikke påvist vedvarende smitte utenfor DR Kongo. Fortsatt overvåking og beredskap er nødvendig for raskt å oppdage importerte tilfeller og begrense videre smitte.

WHO vurderer risikoen for videre spredning av utbruddet i DR Kongo som veldig stor og viser til den raske geografiske utbredelsen og det økende antallet berørte helsesoner. Nabolandene er særlig utsatt siden denne delen av Afrika er preget av omfattende befolkningsbevegelser mellom gruveområder, landsbyer og byer. Byen Bunia i DR Kongo er et viktig transport- og handelssentrum med forbindelser til andre provinser og naboland. De berørte områdene har 22 millioner innbyggere og ligger langs viktige transportkorridorer mot Uganda og Sør-Sudan. Handel, gruvedrift og forflytning av befolkning bidrar til økt risiko for videre spredning, særlig dersom

[19] WHO. Bundibugyo virus disease, Democratic Republic of the Congo (with exportation to the Republic of Uganda). WHO: Geneva; 2026. https://www.who.int/publications/m/item/who-rapid-risk-assessment-ebola-disease-caused-by-bundibugyo-virus--democratic-republic-of-the-congo-v4

[20] WHO. Disease Outbreak News. Ebola disease caused by Bundibugyo virus- Democratic Republic of the Congo, Kenya and Nigeria. WHO: Geneva; 2026. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON630

smitte ikke oppdages i grenseområdene. Risikoen for nabolandene avhenger særlig av deres kapasitet til å oppdage tilfeller tidlig og stoppe videre smittespredning.

ECDCs risikovurdering

ECDC har ennå ikke oppdatert sin risikovurdering fra 21. mai 2026[21], men har 23. oktober gitt en tilleggsvurdering for smitte Nigeria og Kenya[22]. Hovedpunktene fra de to vurderingene gjengis her:

Risikospørsmål	Risiko	ECDCs kommentar
1. Hva er risikoen for smitte blant personer fra EU/EØS som bor i eller reiser i **berørte områder**?	Liten	Selv om den epidemiologiske informasjonen fortsatt er begrenset og det er betydelig usikkerhet, vurderes risikoen for smitte blant personer fra EU/EØS som bor eller reiser i berørte områder som lav, forutsatt at de følger anbefalte forholdsregler. Smitte krever direkte kontakt med blod, sekreter, organer eller andre kroppsvæsker fra levende eller døde smittede mennesker eller dyr. Slike eksponeringer er lite sannsynlige for vanlige reisende eller utstasjonerte personer fra EU/EØS i de berørte områdene.
1b. Hva er risikoen for smitte blant personer fra EU/EØS som bor i eller reiser i **Kenya og Nigeria**?	Liten	Overføring av Bundibugyo-ebolavirus (BDBV) forutsetter direkte kontakt med organer, blod, sekreter eller andre kroppsvæsker fra smittede mennesker eller dyr, enten de er levende eller døde. Slik eksponering anses som lite sannsynlig for reisende fra EU/EØS eller personer fra EU/EØS som bor og arbeider i Kenya og Nigeria. Sannsynligheten for å bli smittet vurderes derfor som lav for disse personene forutsatt at de følger anbefalte smitteforebyggende tiltak i både Kenya og Nigeria. Selv om infeksjon med BDBV kan føre til alvorlig sykdom på individnivå, vurderes konsekvensene på befolkningsnivå som små.
2. Hva er risikoen for smitte blant personer fra EU/EØS som arbeider i kontakt med pasienter eller lokalsamfunn i **berørte områder**?	Liten	Ansatte i humanitære, religiøse og andre organisasjoner – særlig helsepersonell som har direkte kontakt med pasienter eller lokalsamfunn – har større sannsynlighet for å bli eksponert for viruset. Dersom de følger anbefalte smittevernrutiner og infeksjonsforebyggende tiltak, vurderes også smitterisikoen for denne gruppen som lav.
2b. Hva er risikoen for smitte blant personer fra EU/EØS som arbeider humanitær virksomhet eller i	Liten	For personer fra EU/EØS som arbeider innen humanitær virksomhet eller i helsetjenesten i de berørte områdene, vurderes sannsynligheten for smitte som lav til moderat. Personer som har hatt direkte kontakt med de rapporterte tilfellene i disse landene, har økt risiko for smitte. Når det gjelder Nigeria, tyder medieoppslag på at pasienten kan tilhøre det europeiske diplomatiske miljøet. De epidemiologiske undersøkelsene pågår imidlertid fortsatt, og informasjonen er foreløpig begrenset. Selv

[21] European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief. Ebola disease outbreak caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo and Uganda – 2026. 21 May 2026. ECDC: Stockholm; 2026. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EBOLA%20TAB%20NEW%20FINAL_0.pdf

[22] European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief. Importation of Ebola disease caused by Bundibugyo virus to Kenya and Nigeria. 23 October 2026. ECDC: Stockholm; 2026. Importation of Ebola disease cases caused by Bundibugyo virus to Kenya and Nigeria

Risikospørsmål	Risiko	ECDCs kommentar
helsetjenesten i **Kenya og Nigeria**?		om infeksjon med BDBV kan føre til alvorlig sykdom på individnivå, vurderes konsekvensene på befolkningsnivå som små for personer fra EU/EØS som bor i eller reiser til berørte områder i Kenya og Nigeria.
3. Hva er risikoen ved videre smitte i EU/EØS etter import fra **berørte områder**?	Veldig liten	Den mest sannsynlige måten viruset kan introduseres til EU/EØS på, er gjennom personer som er smittet i berørte områder og reiser til Europa. Erfaringene fra ebolautbruddet i Vest-Afrika i 2013–2016, det største registrerte utbruddet til nå, viser at importerte tilfeller til Europa var svært få, til tross for titusenvis av tilfeller i utbruddsområdene og omfattende internasjonal innsats. De fleste tilfellene som ble registrert i Europa, var personer som ble medisinsk evakuert for behandling. På bakgrunn av disse erfaringene forventes importerte tilfeller til EU/EØS å være svært sjeldne, om de forekommer i det hele tatt. Sannsynligheten for videre smitte innen EU/EØS vurderes som svært lav, fordi eventuelle tilfeller sannsynligvis vil bli oppdaget og isolert raskt, og nødvendige smitteverntiltak vil bli iverksatt. Selv om BDBV kan forårsake alvorlig sykdom hos den enkelte, forventes konsekvensene for folkehelsen i EU/EØS å være svært begrensede fordi antallet tilfeller vil være svært lavt. Den samlede risikoen for BDBV for befolkningen i EU/EØS vurderes derfor som svært lav.
3b. Hva er risikoen for den allmenne befolkningen i EU/EØS etter tilfellene i **Kenya og Nigeria?**	Veldig liten	Den mest sannsynlige måten BDBV kan introduseres til EU/EØS på, er gjennom smittede personer som reiser fra berørte områder til et EU/EØS-land. Siden WHO erklærte utbruddet som en internasjonal folkehelsekrise (PHEIC), har tre pasienter med BDBV-infeksjon blitt medisinsk evakuert til EU/EØS, og ett importert tilfelle er registrert i Frankrike. Alle tilfellene har vært blant helsepersonell som har arbeidet med humanitær innsats. Pasientene har fått nødvendig behandling i høysikkerhetsisolater i EU-land, og alle er nå friske. Det er ikke registrert sekundærsmitte blant husstandsmedlemmer eller kontakter i helsetjenesten i EU. Basert på disse opplysningene, samt erfaringene fra det omfattende ebolautbruddet i Vest-Afrika i perioden 2013–2016, vurderes sannsynligheten for sekundærsmitte og vedvarende smittespredning av BDBV i EU/EØS etter et importert tilfelle som svært lav. Under utbruddet i Vest-Afrika ble det registrert et svært begrenset antall importerte eller medisinsk evakuerte tilfeller (n = 8) i EU/EØS. I tillegg ble det registrert ett tilfelle av innenlands smitte i Spania, som følge av smitteoverføring i helsetjenesten (nosokomial smitte). Den svært lave sannsynligheten for videre smittespredning begrunnes med at eventuelle importerte tilfeller forventes å bli raskt identifisert og isolert, og at anbefalte smitteverntiltak vil bli iverksatt. Når det gjelder pasienten i Nigeria, som ifølge tilgjengelige opplysninger ser ut til å tilhøre det europeiske diplomatiske

Risikospørsmål	Risiko	ECDCs kommentar
		miljøet i landet, er det økt sannsynlighet for at personer fra EU/EØS kan ha vært eksponert for smitte. Infeksjon med BDBV kan føre til alvorlig sykdom hos den enkelte, og håndtering av slike pasienter kan medføre betydelige driftsmessige konsekvenser for helseinstitusjonene som behandler dem. De folkehelsemessige konsekvensene på befolkningsnivå i EU/EØS forventes imidlertid å være svært små, ettersom det forventes svært få tilfeller, og EU/EØS-landene har robuste helsetjenester og folkehelsesystemer. Samlet vurderes risikoen knyttet til BDBV som svært lav for den generelle befolkningen i EU/EØS.

VEDLEGG C: ANBEFALINGER FRA WHO OG ECDC

WHOs anbefalinger

Den 24. august publiserte WHO en oppdatering av de midlertidige anbefalingene (*temporary recommendations*) som første gang ble gitt 26. mai. Vi går her gjennom anbefalingene for uberørte land som Norge. Oppdaterte anbefalinger er ventet fra WHO 4. desember.

WHOs anbefaling	**FHIs kommentar**
Make arrangements to detect, assess, report and manage travellers with unexplained febrile illness arriving from areas with community BDV transmission. These include, but are not limited to, disseminating accurate and up to date information regarding the BVD epidemic and the definition of BVD cases to public and private health care facilities, including travel clinics, general practitioners, and authorities at points of entry; identifying laboratories to conduct testing for BDBV; identifying isolation facilities allowing for safe assessment and clinical care. [Extended with rephrasing, incorporating a temporary recommendation previously under this Section]	Dette er ivaretatt og i tråd med gjeldende nasjonale råd og anbefalinger. Det er publisert informasjon om utbruddet på fhi.no og HelseNorge, i tillegg finnes råd til helsevesenet, helse- og bistandsarbeidere og befolkningen. Det er avholdt informasjonsmøter med helsevesenet og bistandsorganisasjoner. Kommuner utpekt som *Point of entry*-kommuner og andre aktuelle myndigheter mottar jevnlig oppdateringer. FHI beredskapslaboratorium har diagnostikk for ebolavirus, inkludert bundibugyovirus, og samarbeider med Folkhälsomyndigheten i Sverige ved behov for verifisering av resultater. Høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus (OUS), Ullevål sykehus, er førstevalg for innleggelse av pasienter med mistenkt eller bekreftet viral hemoragisk febersykdom (VHF) som smitter mellom mennesker.
Provide non-governmental organizations and other entities deploying personnel internationally to respond to the BVD epidemic with information on risk, measures to minimize the risk of exposure, and advice for managing a potential exposure. [Extended]	Vi har kontakt med bistandsorganisasjoner, som er godt kjent med rutiner knyttet til arbeid med ebolapasienter. FHI har i samarbeid med Helsedirektoratet og CBRNE-senteret utarbeidet informasjon til organisasjoner som sender personell for å bidra i utbruddsresponsen. Vi har også tilrettelagt for frivillig registrering av personer som returnerer fra utbruddsområdet. FHI har også etablert kontakt med den norske ambassaden i Kinshasa.
Prepare to facilitate the evacuation and repatriation of nationals (e.g., health workers) who have been exposed to BVD cases. [Extended]	Dette ivaretas av rette myndigheter.
Provide the general public with accurate and up to date information regarding the BVD epidemic and measures to reduce the risk of exposure, including discouraging travel to areas with community BDV transmission. [Extended with rephrasing]	Informasjon til befolkningen er publisert på fhi.no og Helsenorge. Publikumsinformasjon er oversatt til kongo-swahili, swahili, fransk og engelsk og tilgjengeliggjort gjennom kongolesiske nettverk i Norge. UD advarer mot reise til området.
Provide, at points of entry, incoming travellers from areas with community BDV transmission, with information about measures to take should they develop symptoms compatible with BVD within 21 days after arrival. [Extended with rephrasing]	Det går ingen direktefly fra DR Kongo til Norge, men FHI har gitt informasjon direkte til bistandsorganisasjoner og har etablert kontakt med det norsk-kongolesiske miljø for informasjonsdeling. DR Kongo og Uganda har iverksatt utreisescreening fra sine internasjonale flyplasser og vi antar at reisende har fått nødvendig informasjon på første flyreise ut av DR Kongo. Ullensaker kommune er godt forberedt og øver

WHOs anbefaling	FHIs kommentar
	regelmessig på mottak av person med mistenkt viral hemoragisk feber på Oslo lufthavn, senest i mai i år.
Coordinate with conveyance operators to facilitate timely communication, prior to arrival, of any suspected BVD cases on board conveyances, and to identify contacts associated with conveyances on an international voyage. Conduct international contact tracing operations as necessary, including by obtaining relevant information from the operators; identifying contacts associated with conveyances on an international voyage; and communicating with States Parties known as transit or final destination of those contacts. [Modified]	Dette er ivaretatt gjennom gjeldende råd og regelverk og øves på årlig.
At the time these temporary recommendations are issued, neither the suspension of flights from States Parties with community BDV transmission, nor denial of entry to travellers and conveyances arriving from those States Parties, are recommended. [Extended]	Det er ingen direkte flygninger fra DR Kongo eller Uganda til Norge. Det er heller ikke innført reiserestriksjoner.
Report to WHO, through the relevant WHO IHR Contact Point, the implementation of any international traffic related measure adopted. [Extended]	Det er ikke innført slike tiltak i Norge. Hvis det skulle skje, vil FHI rapportere til WHO.
Notify to WHO immediately, through the relevant WHO IHR Contact Point in the WHO Regional Offices, any suspected, probable or confirmed BVD case, as per WHO case definitions available here. [Extended]	FHI vil ivareta dette. Sykdommen er varslingspliktig.
In the presence of a probable or confirmed BVD case, take actions based on the temporary recommendations for States Parties with community BDV transmission. [Modified]	Ved et ev. tilfelle i Norge vil FHI ivareta dette.

ECDCs anbefalinger

Den 27. mai ga ECDC anbefalinger til landene i EU og EØS[23]. Anbefalingene ble i hovedsak gjentatt 23. oktober[24]. Vi går her gjennom anbefalingene.

[23] European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief. Ebola disease outbreak caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo and Uganda – 2026. 21 May 2026. ECDC: Stockholm; 2026. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EBOLA%20TAB%20NEW%20FINAL_0.pdf

[24] European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief. Importation of Ebola disease cases caused by Bundibugyo virus to Kenya and Nigeria. 23. October 2026. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/importation-ebola-tab.pdf

ECDCs anbefaling	FHIs kommentar
Consider reviewing the standard operating procedures on isolation and treatment for BDBV disease cases, and on contact tracing and quarantine for contacts of cases. Readiness to rapidly detect imported cases, promptly isolate them, and implement appropriate infection prevention and control measures.	OUS har gått gjennom sine prosedyrer for trygg isolering og behandling av ebolapasienter. FHI har rutiner for å støtte kommuneoverleger i smitteoppsporing og oppfølging av nærkontakter.
Reviewing testing capacity and BDBV diagnostic procedures.	FHIs beredskapslaboratorium har diagnostikk for alle typer av ebolavirus og samarbeider med BSL-4-laboratoriet ved Folkhälsomyndigheten i Sverige ved behov for verifisering av resultater.
Increasing awareness among health professionals on: (i) the possibility of BDBV disease in travellers returning from affected areas; (ii) the clinical presentation of the disease and the need to ask about the travel history and contacts of people returning from affected areas; (iii) the availability of protocols for testing suspected cases; (iv) infection prevention and control (IPC) procedures and appropriate management of suspected or confirmed cases.	Helsetjenesten er oppdatert gjennom FHIs nettsider og lenker derfra samt i FHIs webinar for helsetjenesten og ved brev fra Helsedirektoratet med lenker til informasjonssider.
Increasing awareness among travellers to and residents of affected areas, as well as returning travellers.	Informasjon er gitt på Helsenorge, på UDs sider om reiseråd og på FHIs nettsider. I tillegg bidrar FHI til en rekke intervjuer i massemediene.
People from the EU/EEA living in or travelling to affected areas should follow the recommendations of local health authorities on the prevention and control of BDBV disease and apply the following precautionary measures: • Avoid contact with symptomatic patients, their bodily fluids, and the bodies or bodily fluids of deceased patients; • Avoid consumption of bushmeat and avoid contact with wild animals, whether alive or dead; • Wash and peel fruits and vegetables before consumption; • Wash hands regularly with soap or antiseptics hand-rubs; • Ensure safe sexual practices.	Informasjon er gitt på Helsenorge, på UDs sider om reiseråd og på FHIs nettsider. I tillegg bidrar FHI til en rekke intervjuer i massemediene.
Countries can provide information to departing as well as returning travellers through posters, pamphlets, or other means of communication, outlining the above advice as well as information on how to access healthcare in case they develop symptoms.	Det vurderes at dette ikke er relevant ved norske flyplasser ettersom reisende vil ha vært innom andre flyplasser før siste etappe til Norge.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no