

Apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom

23.7.2022

Innhold

1 Bakgrunn.....	2
2 Vurdering av apekopper som «allmennfarlig smittsom sykdom»	3
2.1 Kriterier.....	3
2.2 Smittevernstrategi mot apekopper i Norge.....	6
2.3 Bestemmelser om allmennfarlige smittsomme sykdommer og betydningen for apekopper ...	6
2.3 WHO's vurdering av utbruddet som alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse («PHEIC»)	12
2.4 Vurdering	12
3. Vurdering av apekopper som «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom»	14
3.1 Kriterier.....	14
3.2 Bestemmelser om alvorlige utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer og betydningen for apekopper	14
3.3 Vurdering	15
4 Skandinavisk sammenlikning	15
5 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	15

1 Bakgrunn

Siden medio mai har det pågått et stort, internasjonalt utbrudd av apekopper i land som sjelden eller aldri har hatt tilfeller. Utbruddet har nesten utelukkende rammet menn som har sex med menn. Spredningen ser ut til å skje ved intim kontakt, herunder sex. Så langt er det registrert over tretten tusen tilfeller, og det antas i tillegg å være en del ikke-erkjente tilfeller. I Norge er det nå registrert nær femti tilfeller hvorav minst halvparten er sikkert smittet i Norge.

Apekoppviruset er enzootisk i noen afrikanske land med stadige, mindre utbrudd blant mennesker etter smitte fra dyr. Smitte mellom mennesker er uvanlig, men kan skje ved direkte kontakt med hudlesjonene eller med indirekte kontakt med klær, sengetøy og håndklær som den smittede har benyttet. Smitte kan trolig også skje ved avsetning av store og mellomstore dråper med virus på eksponerte slimhinner, eksempelvis dråper fra hosting og nysing som treffer øyne eller munn, men det kan se ut til at dette er en lite effektiv smittemåte.

De første symptomene opptrer vanligvis 6 - 13 dager (opptil 21 dager) etter smitte: feber, hodepine, muskelsmerter, utmattelse og hovne lymfeknuter, men dette kan være nokså mildt. Noen få dager seinere kommer så et utslett, som ofte brer seg fra ansiktet, men kan også være nokså lokalisert, for eksempel i underlivet. Utslettet starter med flekker som blir til blemmer og til slutt skorper. Smittsomheten starter ved de første symptomene og varer til utslettet er borte og huden igjen er hel. Under det nåværende utbruddet har mange av pasientene hatt et annet klinisk forløp enn det som tidligere har vært beskrevet, med få prodromalsymptomer og utslett bestående av få, enkeltstående lesjoner ved eller i endetarmen, på ytre kjønnsorganer og i munnhule og svelg.

Sykdommen går normalt over av seg selv i løpet av 2-4 uker, men kan etterlate arr. Sykdommen kan hos noen gi alvorlig forløp og til og med dødsfall, men det er så langt ikke meldt om dødsfall i det pågående internasjonale utbruddet.

Isolering av smittede er effektivt for å begrense smittespredning. Smitteoppsporing og observasjon av nærkontakter vil sannsynligvis være effektivt for å oppnå tidlig isolering av smittede. Smittsomheten oppstår sannsynligvis først ved de første symptomene (altså samme latenstid som inkubasjonstid). Det er derfor ikke nødvendig med karantene (i betydningen selvisolering av nærkontakter), men vi anbefaler at høyrisikokontakter unngår tett kontakt med andre mennesker i 21 dager etter eksponeringen.

I notat 24. mai til departementet konkluderte vi slik om apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom:

«Departementet bør nøye vurdere hvorvidt apekopper skal klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom. Et mulig utbrudd i Norge vil slik vi nå vurderer det, kunne håndteres uten at sykdommen er en allmennfarlig smittsom sykdom. Folkehelseinstituttet anbefaler derfor at man ikke går videre med dette nå, men ser ingen betydelig negative sider ved den motsatte konklusjonen.»

På dette tidspunktet var det ingen kjente tilfeller av apekopper i Norge og det var usikkerhet om hvordan utbruddet i Europa ville utvikle seg. Nå er det en rekke tilfeller og begrenset innenlands spredning i Norge.

I dette notatet oppdaterer vi derfor vår vurdering av apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom basert på utviklingen siden slutten av mai og aktuell risikovurdering.

2 Vurdering av apekopper som «allmennfarlig smittsom sykdom»

2.1 Kriterier

Allmennfarlig smittsom sykdom

En rekke av pliktene og tiltakene som er hjemlet i smittevernloven, er knyttet til at den aktuelle sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom. En slik definering gir også pasientene rettigheter, som for eksempel stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Det er et stort spenn i spredningspotensial og sykdomsalvorlighet blant sykdommene som i dag er definert som allmennfarlige smittsomme sykdommer¹. Enkelte seksuelt overførbare sykdommer, som genital chlamydiainfeksjon, gonoré og syfilis, regnes som slik, mens genital herpesinfeksjon ikke er det.

Kravene i loven

Etter smittevernloven § 1-4² bestemmer departementet hvilke sykdommer som skal defineres som allmennfarlige smittsomme sykdommer. Sykdommene må etter § 1-3 oppfylle minst ett kriterium fra hvert av to sett med tre kriterier:

Sykdommen må oppfylle minst ett av disse kriteriene,	og	sykdommen må oppfylle minst ett av disse kriteriene
1. Sykdommen er særlig smittsom		A. Sykdommen fører vanligvis til langvarig behandling, eventuelt sykehusinnleggelse, langvarig sykefravær eller rekonvalesens
2. Sykdommen kan opptre hyppig		B. Sykdommen kan få så stor utbredelse at sykdommen blir en vesentlig belastning for folkehelsen
3. Sykdommen har høy dødelighet eller kan gi alvorlige eller varige skader		C. Sykdommen utgjør en særlig belastning fordi det ikke fins effektive forebyggende tiltak eller helbredende behandling for den

¹ Per 18. juli 2022 er det følgende sykdommer: Alvorlig, akutt luftveissyndrom – sars; Botulisme; Chlamydiainfeksjon, genital; Covid-19 utløst av viruset SARS-CoV-2; Difteri; Flekktufus; Gonore; Gulfeber; Hemoragisk feber; Hepatitt A-virusinfeksjon; Hepatitt B-virusinfeksjon; Hepatitt C-virusinfeksjon; Hepatitt D-virusinfeksjon; Hepatitt E-virusinfeksjon; Hiv-infeksjon; Kikhoste; Kolera; Kopper; Legionellose; Lepra; Meningokokksykdom; Meslinger; Middle East Respiratory Syndrome – mers; Miltbrann; Paratyfoidfeber; Pest; Poliomyelitt; Rabies; Rubella; Shigellose; Syfilis; Tilbakefallsfeber; Tuberkulose; Tyfoidfeber; Sykdom forårsaket av meticillin-resistente gule stafylokokker; Sykdom forårsaket av multiresistente pneumokokker; Sykdom forårsaket av vancomycin-resistente enterokokker; Sykdom forårsaket av enteropatogen E. coli (enterohemoragisk E. coli/EHEC, enteroinvasiv E. coli/EIEC, enteropatogen E. coli/EPEC, enterotoksigen E. coli/ETEC, enteroaggregativ E. coli/EAggEC).

² I resten av dokumentet henviser alle paragrafer til smittevernloven der annet ikke er spesifisert.

Kriteriene åpner for betydelig skjønn med begreper som «særlig», «høy», «stor» og «vanligvis». Ordet «kan» benyttes i både 2, 3 og B, men uten noen kvantifisering. Menes en teoretisk mulighet, eller menes bare en reell sannsynlighet? Ingen av begrepene over har noen kvantifisering i epidemiologisk forstand. Videre omhandler kriteriene i de to settene delvis de samme forhold, for eksempel kriterium 2 og B, og 3 og A. Også innenfor hvert sett er det overlapp, særlig mellom 1 og 2 og mellom A og C.

Det er videre uklart hva som menes med «særlig smittsom». Her gir forarbeidene til smittevernloven litt veiledning. I NOU 1990:2³ heter det fra Helsedirektoratet (vår understreking):

«Sykdommen er særlig smittsom og kan derfor raskt få stor utbredelse i befolkningen – enten fordi den smitter lett fra person til person ved dråpesmitte, eller fordi mange personer kan bli smittet samtidig ved å bli infisert fra samme kilde f.eks. matvarer og drikkevann, noe som kan resultere i eksplosive utbrudd.»

Det kan virke som om kriteriet ikke er ment å dekke sykdommer som smitter primært ved intim kontakt, selv om den smitemåten kan være effektiv.

En rekke sykdommer som i dag ikke er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, *kan* omfattes av definisjonen. For eksempel oppfyller forkjølelse med rhinovirus og RSV-infeksjon kriteriene 1, 2, og C mens influensa kan vurderes å oppfylle kriteriene 1, 2 og B. Loven skal derfor ikke tolkes slik at alle sykdommer som kan sies å oppfylle kriteriene, *må* defineres som allmennfarlig smittsom sykdom.

I praksis er det det antatte behovet for de tiltakene en slik definering åpner for, som må være avgjørende for om en sykdom skal defineres som allmennfarlig smittsom sykdom, altså om det er nødvendig og tjenlig for smittevernet. Slik har loven vært anvendt før, og slik må det være også med apekopper. En slik tolkning er også forenlig med lovens forarbeider, jf. Helsedirektoratets omtale i NOU 1990:2 av allmennfarlige smittsomme sykdommer som sykdommer «som kan utgjøre en trussel mot folkehelsen og som krever særlige forholdsregler».

Risikovurdering

Folkehelseinstituttets risikovurdering er nå slik:

Dette er første gang apekopper har gitt opphav til et vedvarende utbrudd utenfor endemiske områder, og hvor smitten hovedsakelig kan knyttes til seksuell kontakt. Dermed er det stor usikkerhet om den videre utviklingen. Det er fortsatt mye vi ikke vet om virusets spredningsevne i en slik situasjon. Risikovurderingen vil derfor måtte oppdateres etter hvert som det kommer ny kunnskap.

Det er nødvendig å vurdere risikoen separat for to deler av befolkningen:

Deler av MSM-miljøet

Folkehelseinstituttet vurderer at det er stor sannsynlighet for videre spredning av apekopper blant menn som har sex med menn (MSM) med mange intime nærkontakter. Vi vurderer at det en epidemi kan opprettholdes i norske MSM-miljøer selv uten stadige nye importerte tilfeller. Sykdommen krever sykehusinnleggelse i under 10 % av tilfellene (for isolasjon, smertebehandling eller for sykdommen selv). Konsekvensene for helsetjenesten og ellers vurderes derfor som små som følge av spredningen i dette miljøet i Norge. **Den samlede risikoen vurderes derfor som moderat.**

³ NOU 1990:2 On Lov om vern mot smittsomme sykdommer, kapittel 5.3.

Den allmenne befolkningen

Vi vurderer at det er moderat sannsynlighet for at enkelte personer i den allmenne befolkningen i Norge skal bli smittet i utlandet eller i Norge, men at det er svært liten sannsynlighet for en epidemi av apekopper i den allmenne befolkningen i Norge. Konsekvensene er små av denne spredningen i Norge, men enkelte mer alvorlige tilfeller kan oppstå blant barn, gravide eller immunsvekkede. **Den samlede risikoen vurderes derfor som liten.**

Konkret vurdering

Vår vurdering etter kriteriene over er slik (grønt = ikke oppfylt, rødt = oppfylt, gult = usikkert):

Apekopper må oppfylle minst ett av disse kriteriene,	og	apekopper må oppfylle minst ett av disse kriteriene
1. Apekopper er normalt lite smittsomt mellom mennesker, men vi ser nå at sykdommen smitter ganske effektivt ved intim kontakt mellom menn som har sex med menn. I den allmenne befolkningen ser vi ikke tilsvarende spredning.		A. Apekopper forløper hos de fleste uten klinisk behov for behandling eller innleggelse. Under det aktuelle utbruddet har rundt 10 % hatt behov for innleggelse, for isolering, for smertebehandling eller for annen behandling av sykdommen. Sykefraværet vil bli to-fire uker i hovedsak begrunnet i smittefaren, ikke pasientens kliniske tilstand.
2. Det er svært lite sannsynlig at apekopper vil opptre hyppig (i betydningen tusener av tilfeller) i Norge.		B. Det er svært lite sannsynlig at apekopper får så stor utbredelse i Norge at den kan bli en vesentlig belastning for folkehelsen.
3. Infeksjonsletaliteten (risiko for å dø av infeksjonen blant de smittede) ser ut til å være svært lav. Ingen har dødd av apekopper under det aktuelle utbruddet med snart ti tusen smittede i vestlige land. Alvorlige eller varige skader er sjeldent.		C. Det finnes antiviral behandling for apekopper, men den er nå ikke tilgjengelig i Norge. Sykdommen kan sannsynligvis forebygges ved vaksinasjon (med koppervaksine) før eller etter eksponering, og vaksine blir tilgjengelig i Norge, men i svært begrenset antall inntil videre. Det er lite erfaring med både vaksinasjon og behandling. Epidemien kan sannsynligvis stoppes ved tidlig diagnostikk, selvisolering og effektiv smitteoppsporing samt ved endring av risikoatferd i de aktuelle miljøene, særlig av dem som er påvist eller mistenkt smittet.

Det er ikke opplagt at apekopper kan defineres som allmennfarlig smittsom sykdom. For at den skal kunne defineres slik, må man vurdere at kriteriene 1 og A er oppfylt. Om den gjør det, avhenger av hvordan man tolker kriteriene i lovteksten. Det kan se ut til at kriteriene har vært tolket nokså vidt ved andre sykdommer ved at nytten ved en sykdom som allmennfarlig smittsom sykdom er blitt sett på som viktigere enn en streng tolkning av kriteriene.

Konklusjon: Vi vurderer at apekopper kan oppfylle smittevernlovens kriterier for en allmennfarlig smittsom sykdom.

2.2 Smittevernstrategi mot apekopper i Norge

Smittevernstrategien mot apekopper har betydning for spørsmålet om definering av apekopper. Dersom elementer i strategien krever at apekopper er allmennfarlig smittsom sykdom, er det nødvendig at sykdommen er definert slik. Folkehelseinstituttets anbefalte strategi er nå slik:

Mål

Målet for håndteringen av epidemien er at pasientene skal ivaretas best mulig og at antallet tilfeller av apekopper i Norge forblir svært lite, at alle utbrudd stoppes, og at vedvarende innenlands smitte stoppes.

Tiltak

De viktigste tiltakene mot epidemien er:

1. Målrettet og ikke-stigmatiserende kommunikasjon til menn som har sex med menn. De må få opplysning om sykdomsbildet, symptomer og hvordan de kan få helsehjelp. Videre må de informeres om hvordan de kan redusere risiko for smitte ved å redusere antallet intime partnere, særlig i sexklubber og liknende arenaer, samt å avstå fra intim kontakt hvis de har symptomer eller er identifisert som nærkontakter.
2. Helsetjenesten må være årvåkne for denne sykdommen og kjenne til adekvat prøvetaking slik at smittede kan finnes så tidlig som mulig. Smittede skal få smittevernveiledning og bes om å isolere seg, fortrinnsvis hjemme.
3. Helsetjenesten må samarbeide med pasientene om tillitsbasert, effektiv og grundig smittesporing for å finne smitekilde og eksponerte personer og oppfordre dem til symptom-monitorering, begrensninger i aktiviteter og om å kontakte helsetjenesten for undersøkelse hvis de mistenker smitte eller får symptomer.
4. Målrettet vaksinasjon når vaksinen får europeisk markedsføringstillatelse og blir tilgjengelig i Norge.

2.3 Bestemmelser om allmennfarlige smittsomme sykdommer og betydningen for apekopper

Når en sykdom er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, gjelder en del bestemmelser i smittevernloven for pasienten, legen og smittevernet. Vurderingen av om apekopper skal defineres slik (dersom kriteriene regnes som oppfylt, jf. kapittel 2.1) avhenger derfor av om det er tjenlig og nødvendig for smittevernet. Vi nevner her de viktigste av disse bestemmelsene og vurderer deres betydning for smittevernet mot apekopper med den kunnskapen som i dag finnes om sykdommen.

Informasjon og smittevernveiledning (§§ 2-1 og 5-1)

Når det påvises en allmennfarlig smittsom sykdom, skal legen snarest mulig gi pasienten informasjon og personlig smittevernveiledning om hva den smittede selv kan gjøre for å motvirke at sykdommen blir overført til andre, jf. § 2-1 første ledd. Dersom legen antar at pasienten ikke følger veiledningen, skal legen underrette kommunelegen «hvis hensynet til smittevernet krever det», jf. § 2-1 fjerde ledd.

Pasienten har plikt til å ta imot og følge veiledningen, jf. § 5-1 tredje ledd, men det er ikke straffbart å bryte plikten, jf. § 8-1 første ledd.

Vurdering: Det er normalt ved smittsomme sykdommer, uansett om de er definert som allmennfarlige eller ikke, at legen gir pasienten personlig smittevernveiledning. Pasienter med apekopper i Norge vil selvfølgelig få personlig smittevernveiledning.

Dersom sykdommen er en allmennfarlig smittsom sykdom, blir det en plikt for legen å gi og pasienten å følge smittevernveiledningen. Legen får også en mulighet til å underrette kommunelegen om pasienten dersom vedkommende ikke følger veiledningen. Pasientens brudd på plikten er ikke

straffbar. Man er derfor avhengig av at pasienten forstår bakgrunnen for og betydningen av smittesikker atferd så lenge vedkommende er smittsom. Dette kan oppnås gjennom godt samarbeid mellom lege og pasient uten et ris bak speilet. Vi vurderer derfor nå at det er unødvendig at dette blir pliktig.

Unntak fra taushetsplikt (§ 2-2)

Legen kan i noen situasjoner og under visse vilkår mot pasientens vilje informere annet helsepersonell og personer som har vært i eller er i fare for å bli smittet av pasienten med en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 2-2 andre ledd. Legen har plikt til å informere dem som er i åpenbar fare for å bli smittet, jf. § 2-2 tredje ledd.

Vurdering: Dette er en bestemmelse som benyttes svært sjeldent ved andre allmennfarlige smittsomme sykdommer, dels fordi det sjeldent er et slikt behov, og dels for at man da som regel får pasientens samtykke til å dele informasjon. Dette gjelder også ved andre sykdommer som kan spres ved intim kontakt, som de seksuelt overførbare allmennfarlige smittsomme sykdommene.

For smittevernet vurderer vi at det verken er nødvendig eller tjenlig med muligheten til å omgå taushetsplikten. Det kan undergrave pasientenes vilje til å kontakte helsetjenesten og skade lege-pasient-forholdet.

Melding, varsling og registre (§§ 2-2 og 4-10)

Det har ingen betydning for varsling eller melding til MSIS om en sykdom er definert som allmennfarlig smittsom sykdom eller ikke. Se ellers kapittel 4 i dette notatet. Det har heller ingen betydning for hjemmelen til eller håndteringen av beredskapsregistre, jf. § 2-2 siste ledd, jf. helseberedskapsloven § 2-4.

Ansatte ved politiet, tollvesenet, havner, flyplasser, Mattilsynet, Forsvaret, Kystvakten, Kystverket, Fiskeridirektoratet, Sjøfartsdirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap skal underrette kommunelegen når de vet eller sterkt mistenker at en person har en slik sykdom, jf. § 4-10.

Vurdering: Overvåkingen av apekopper er uavhengig av statusen som allmennfarlig smittsom sykdom. Underrettelsesplikten for ansatte i diverse etater vil ikke ha noen betydning fordi de neppe vil oppdage at pasienter har denne sykdommen.

Undersøkelsesplikt (§§ 3-5, 5-1 og 5-2)

Den som har grunn til å anta seg smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom, plikter å gi beskjed til lege og oppsøke lege for undersøkelse, jf. § 5-1. Det er ingen straff forbundet med å bryte plikten, jf. § 8-1.

Dersom legen mistenker at pasienten har en slik sykdom, plikter legen å undersøke pasienten for denne sykdommen, med pasientens samtykke, jf. § 3-5 første ledd. En slik undersøkelse kan gjøres ved tvang dersom det er nødvendig for å hindre videre smitte, jf. § 5-2.

Vurdering: Vi regner med at de fleste som mistenker at de har apekopper, vil ønske å få dette undersøkt. God tilrettelegging fra helsetjenesten samt klok og nøktern opplysning fra helsemyndighetene kan redusere terskelen for testing. Vi ser ikke behovet for å gjøre dette til en plikt.

Dersom en pasient har typiske symptomer og relevant sykehistorie, er det normal legepraksis å tilby undersøkelse for relevante smittsomme sykdommer, herunder apekopper. Tvangsundersøkelse mener vi normalt er uforholdsmessig ved apekopper, men vi kan ikke utelukke at det kan oppstå helt spesielle situasjoner der det kan vurderes nødvendig.

Samlet sett venter vi ikke at noen av bestemmelsene her nå vil ha viktig betydning for smittevernet mot apekopper.

Tvungen isolering i sykehus (§§ 5-3 – 5-9)

Smittevernemnda kan på visse vilkår vedta tvungen isolering i sykehus dersom en person smittet med en allmennfarlig smittsom sykdom nekter nødvendig isolering. Bestemmelsene er tidligere i praksis benyttet bare ved lungetuberkulose, særlig når den er forårsaket av resistente bakterier.

Vurdering: Dersom sykdomstilstanden ikke krever sykehusinnleggelse, kan pasienter med apekopper isoleres i hjemmet eller annen bolig eller fritidsbolig. Sykdommen smitter ikke ved normal sosial omgang så pasientene kan forlate hjemmet, men må unngå nærkontakt med andre. Vi regner med at pasientene vil overholde dette. Tvungen isolering er ikke nødvendig.

Innreisebestemmelser (§ 4-3)

Etter § 4-3 første ledd kan Kongen gi bestemmelser om innreisetiltak rettet mot en allmennfarlig smittsom sykdom.

Vurdering: Siden smittevernloven ble innført, er slike bestemmelser gitt bare mot covid-19. Vi vurderer at innreisetiltak er verken nødvendige eller tjenlige i smittevernet mot apekopper. Å nekte en person smittet med apekopper innreise, vurderer vi som lite tjenlig. Det fornuftige for å hindre videre smittespredning er å gi personen smittevernveiledning. Å pålegge noen enkeltpersoner eller grupper av mennesker innreisekarantene bare på grunn av mistanke om denne sykdommen, er heller ikke et forholdsmessig tiltak. Screening ved innreise er praktisk ikke gjennomførbart og lite hensiktsmessig.

Smitteoppsporing (§§ 3-6 og 5-1)

Dersom legen vet eller mistenker at pasienten har en allmennfarlig smittsom sykdom, plikter legen å foreta smitteoppsporing «dersom dette er gjennomførbart og hensynet til smittevernet krever det», jf. § 3-6 første ledd.

Pasienten har på sin side plikt til å gi legen navn på dem som kan ha smittet pasienten, og dem som pasienten kan ha smittet, jf. § 5-1 andre ledd. Det er ingen straff forbundet med å bryte plikten, jf. § 8-1.

Vurdering: Smitteoppsporing er et hovedvirkemiddel mot apekopper. Erfaringen ved all smitteoppsporing er at det er nødvendig med et tillitsfullt forhold til indekspasienten der vedkommende forstår at det er viktig å oppgi navn på smittekontaktene, og at disse ikke behøver å få vite hvem indekspasienten er. Om indekspasienten har plikt til å bidra eller ikke, har neppe stor betydning; man er uansett avhengig av at indekspasienten ønsker å samarbeide.

Erfaringen fra UK er at det kan være mange relevante smittekontakter per indekspasient, men at de færreste av dem viser seg å være smittet. Videre er noen av smittekontaktene ukjente for indekspasienten på grunn av anonym sex. Smitteoppsporingen kan skje ved at legen (eventuelt med

bistand fra kommunelegen) ringer smittekontaktene og informerer dem om å observere relevante symptomer og kontakte lege dersom de får slike. Eventuelt kan pasienter selv informere sine smittekontakter uten involvering av helsetjenesten.

Det gjøres stadig smitteoppsporing ved enkelte vanlige smittsomme sykdommer som ikke er allmennfarlige smittsomme sykdommer.

I situasjoner der indekspasienten ikke vet hvem nærkontaktene er, kan det være aktuelt med offentlig "smitteoppsporing" der man oppfordrer personer som har vært til stede et visst sted på et gitt tidspunkt, kontakter helsetjenesten dersom de får nærmere angitte symptomer. Dette kan være aktuelt ved denne epidemien ettersom en del indekspasienter etter besøk på sexklubber ikke vet hvem de har hatt intim kontakt eller sex med.

Smitteoppsporing kan og bør gjøres uansett om apekopper er allmennfarlig smittsom sykdom eller ikke, men ved slike sykdommer, får legen plikt til å forsøke smitteoppsporing.

Kontaktreduserende tiltak (§ 4-1)

Kommunestyret (eller kommunelegen i hastesaker) kan sette i verk kontaktreduserende tiltak som møteforbud, begrensninger i sosial omgang, stenging eller begrensninger for virksomheter og pålegg om rengjøring, jf. § 4-1 første ledd (femte ledd).

Vurdering: Denne bestemmelsen hadde før covid-19-pandemien etter vår kjennskap aldri vært benyttet. Det er mulig at kommunene nå vil anse at terskelen er lavere for å benytte slike tiltak mot allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Siden apekopper i liten grad smitter ved vanlig sosial omgang (og i hovedsak har et mildt forløp), er det normalt lite relevant med tiltakene som er nevnt i § 4-1. Det er imidlertid klart at mange av tilfellene av apekopper i Europa nå skyldes massesmittehendelser på sexklubber for menn som har sex med menn. I noen av disse hendelsene er smitteoppsporing vanskelig fordi de smittede ikke vet hvem de har hatt sex med. Det kan diskuteres om slike steder, dersom de fungerer som steder for massesmittehendelser, kan vurderes stengt. Effekten av en slik stenging vil reduseres dersom samme aktivitet flyttes til private arenaer, for eksempel private hjem, der helsemyndighetene og frivillige organisasjoner som arbeider med opplysning om smittevern, ikke har oversikt eller tilgang.

Det må imidlertid nevnes at slik stenging aldri har vært benyttet til å stenge slike saunaer der det er sterk mistanke om at de mer alvorlige sykdommene HIV-infeksjon og syfilis har vært overført og fortsatt kan bli overført. En alternativ hjemmel for slik stenging er folkehelseloven kapittel om miljørettet helsevern, merk særlig § 16, jf. Forskrift om miljørettet helsevern § 10.

Faglige retningslinjer (§§ 4-9 og 7-10)

Når det er nødvendig for å sikre et effektivt og forsvarlig smittevern mot en allmennfarlig smittsom sykdom, kan Helsedirektoratet pålegge helsepersonell en plikt til å forebygge, undersøke, behandle, eller pleie pasienten etter bestemte faglige retningslinjer fra Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet eller andre.

Vurdering: Helsepersonell følger i stor grad råd og retningslinjer fra staten. Det er lite sannsynlig at et slikt pålegg blir nødvendig ved apekopper.

Gratis tjenester og tiltak (§§ 6-1 og 6-2)

Retten til smittevern hjelp gjelder uavhengig av sykdom, jf. § 6-1 første ledd, men de etterfølgende leddene utdyper retten.

Etter § 6-1 har de som er i fare for å bli smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom, rett til nødvendig smittevern hjelp i form av vaksinasjon, informasjon og annen nødvendig forebyggende hjelp mens smittede har rett til nødvendig smittevern hjelp, herunder medisinsk vurdering og utredning (diagnostikk), behandling og pleie. § 6-2 gir hjemmel for forskrift om at noen av denne hjelpen skal være gratis.

ALTERNATIVT OPPHOLDSSTED: Det kan tenkes situasjoner der pasienten bør isoleres utenfor hjemmet, for eksempel fordi andre husstandsmedlemmer har en immunsviktilstand, men pasienten ikke selv har noe slikt sted. Da må det vurderes om kommunen kan stille et sted til disposisjon og sørge for trygt renhold og trygg håndtering av skittentøy og avfall. Dette skjedde i stor grad under covid-19-pandemien. Vi har forstått at en aktuell kommune mener at den ikke har plikt til å stille et sted til disposisjon før sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, noe vi antar er en feil tolkning av loven.

LEGEMIDLER: Legemidlet tecovirimat har av EMA fått markedsføringstillatelse for behandling av orthopoxvirusinfeksjoner, herunder apekopper. Slik behandling kan være relevant. Vi mener slik behandling bør være gratis for pasienten. Dette skjer automatisk dersom apekopper er allmennfarlig smittsom sykdom ved at blåreseptforskriften § 4 slår fast at legemidler til forebygging eller behandling av slike sykdommer kan gis på blå resept. Dersom apekopper ikke blir definert slik, kan dette løses ved å sette inn følgende endring i blåreseptforskriften § 4 punkt 1:

Folketrygden yter stønad til legemidler ved allmennfarlige smittsomme sykdommer og apekopper etter denne paragrafen til den som oppholder seg i Norge, selv om vedkommende ikke er medlem i folketrygden. Med allmennfarlige smittsomme sykdommer menes sykdommer i henhold til forskrift 1. januar 1995 nr. 100 om allmennfarlige smittsomme sykdommer § 1.

VAKSINASJON: Tredjegerasjons koppevaksine kan benyttes både før og etter eksponering for apekopper, men er foreløpig ikke godkjent til dette i Europa (men i USA). Folkehelseinstituttet utarbeider nå retningslinjer for vaksinasjon. Det kan likevel være fornuftig å oppdatere blåreseptforskriften som et beredskapstiltak. Vi mener slik vaksinasjon bør være gratis for pasienten, og dette kan løses ved å sette inn følgende nye rad i tabellen i blåreseptforskriften § 4 punkt 3 andre ledd, helt uavhengig av om apekopper er allmennfarlig smittsom sykdom eller ikke:

Det ytes stønad til vaksiner, immunglobuliner og immunsera til forebygging og behandling av smittsomme sykdommer i henhold til følgende tabell.

Sykdom	Preparater	Indikasjoner
Apekopper	Koppevaksine (tredje generasjon)	Brukt pre- og posteksposisjonelt etter retningslinjer gitt av Folkehelseinstituttet

KONSULTASJONER OG TESTING: Det er svært viktig for smittevernet mot apekopper at personer som tror de kan ha sykdommen, har lav terskel for å søke lege for undersøkelse og eventuelt testing.

Legehjelpsforskriften § 3 punkt 7 slår fast at pasienten slipper egenandel hos lege dersom konsultasjonen er for mistanke om, undersøkelse/testing for, behandling for, kontroll for eller smitteoppsporing ved allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Dersom apekopper ikke defineres slik, kan legen oppnå det samme ved å slå fast at symptomene også kan skyldes en annen allmennfarlig smittsom sykdom, som syfilis. Dermed blir konsultasjonen uten egenandel. Eventuelt kan man innføre følgende nye ledd i legehjelpsforskriften § 3 punkt 7:

Bestemmelsene i dette punktet gjelder også apekopper.

Vurdering: Det bør være gratis behandling, gratis legekonsultasjon og gratis testing ved apekopper for å bidra til at pasientens økonomi ikke står i veien for riktig håndtering. Dette er særlig viktig for å sikre at marginaliserte grupper (f.eks. Sexarbeidere, herunder utenlandske sexarbeidere) søker testing og behandling. Dersom apekopper blir allmennfarlig smittsom sykdom, skjer dette automatisk. Hvis ikke må man endre blåreseptforskriften og legehjelpsforskriften. Ny tekst om vaksinasjon bør uansett føyes til blåreseptforskriften § 4 punkt 3 andre ledd. Det må avklares om kommunene har plikt til å stille isoleringssted til disposisjon dersom apekopper ikke er definert slik.

[Straffbar smitteoverføring \(straffeloven §§ 237 og 237a\)](#)

Man kan straffes for å utsette andre for smittefare for eller for faktisk å overføre smittsom sykdom som medfører betydelig skade på kropp eller helse for annen person. Bestemmelsene er ikke avgrenset til allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Vurdering: Bestemmelsene er neppe aktuelle ved apekopper. De gjelder uavhengig av om sykdommen er allmennfarlig smittsom sykdom.

[Rett til sykepenger for høyrisikokontakter \(§ 4-2 og folketrygdloven § 8-4 f\)](#)

Folkehelseinstituttet anbefaler at *smittekontakter* som har høy risiko for å være smittet, bør få sin arbeidssituasjon nøye vurdert av legen. Det kan være aktuelt at personer som i sitt arbeid har kontakt med grupper som har økt risiko for alvorlig sykdomsforløp (for eksempel små barn (< 6 år), gravide, skrøpelige eldre og immunsupprimerte), må omplasseres eller utebli fra arbeidet. Dette vil dreie seg om få personer, men de kan trenge sykmelding. For noen kan det være vanskelig å forklare årsaken til at de trenger omplassering eller uteblivelse fra arbeidet.

En rett til sykepenger etter folketrygdloven § 8-4 f utløses dersom personen har fått arbeidsforbud på grunn av smittefare etter § 4-2, men et slikt forbud forutsetter at sykdommen er allmennfarlig smittsom sykdom. Arbeidsforbudet må vedtas av kommunelegen sammen med vakthavende infeksjonsmedisinske overlege ved sykehus i helseregionen.

Vurdering: Bestemmelsene kan i sjeldne tilfeller bli aktuelle ved apekopper.

[Oppsummering](#)

Vi har sett at enkelte av bestemmelsene og hjemlene som ville fulgt defineringen av apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom, kan være nyttige i håndteringen av utbruddet. De er imidlertid ikke avgjørende, og man kan oppnå formålet på andre måter.

Konklusjon: Utbruddet av apekopper i Norge kan sannsynligvis håndteres uten at sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom.

2.3 WHO's vurdering av utbruddet som alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse («PHEIC»)

Det er ingen direkte sammenheng mellom WHO's definering etter det internasjonale helsereglementet (IHR) og norsk vurdering av allmennfarlig smittsom sykdom. WHO vurderer *hendelser*, ikke sykdommer, mens den norske vurderingen gjelder *sykdommer*. WHO's definerer en PHEIC som en ekstraordinær hendelse med fare for internasjonal spredning og behov for en koordinert internasjonal håndtering, jf. IHR artikkel 1⁴.

Det har aldri vært et konsekvent sammenfall mellom WHO's PHEIC-vurdering og norsk vurdering av allmennfarlig smittsom sykdom:

- Svineinfluensapandemien i 2009 og zikavirusutbruddet i 2016 ble begge erklært som PHEIC, men sykdommene ble ikke definert som allmennfarlig smittsom sykdom.
- MERS-utbruddet i 2013-15 og gulfeberutbruddet i 2016 ble ikke erklært som PHEIC, men begge sykdommene er allmennfarlige smittsomme sykdommer.
- Utbruddene av ebolasykdom i 2014-16 (Vest-Afrika) og 2018-19 (DR Kongo) ble begge erklært som PHEIC, og ebolafeber er en allmennfarlig smittsom sykdom.

WHO bestemte etter møtet i krisekomiteén for utbruddet av apekopper den 23. juni⁵ at utbruddet ikke skulle defineres som en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse (*public health emergency of international concern, PHEIC*).

Etter komitéens andre møte 21. juli bestemte generaldirektøren å erklære apekopperutbruddet for en PHEIC og ga en rekke råd om midlertidige tiltak (*temporary recommendations*), herunder om samarbeid med de affiserte gruppene, isolering av pasienter samt smitteoppsporing og oppfølging av smittekontakter. Disse rådene kan vi i Norge følge uten at sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom, jf. kapittel 2.2 over.

Konklusjon: WHO's PHEIC-erklæring har ikke noen automatisk konsekvens for norsk vurdering av apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom. WHO's råd til landene om midlertidige tiltak kan følges opp uten at sykdommen er definert som allmennfarlig smittsom sykdom.

2.4 Vurdering

Vi har sett at det er usikkert om oppfyller smittevernlovens kriterier for å kunne defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Vi har også sett at et mulig utbrudd sannsynligvis vil kunne bli håndtert uten at sykdommen er definert slik.

Departementet må derfor vurdere om det er nødvendig og tjenlig å definere apekopper som en allmennfarlig smittsom sykdom på dette grunnlaget. Her er noen momenter som kan telle med i en slik vurdering:

⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

⁵ [https://www.who.int/news/item/25-06-2022-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee--regarding-the-multi-country-monkeypox-outbreak](https://www.who.int/news/item/25-06-2022-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee--regarding-the-multi-country-monkeypox-outbreak)

Signaleffekten

Med apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom signaliserer myndighetene et alvor i situasjonen. Med erfaringene fra covid-19 kan kommunene og befolkningen tolke signalet som at inngripende tiltak etter § 4-1 kan bli aktuelle. Befolkningen pålegges plikt til å undersøke seg ved mistanke og en plikt til å følge legens råd, selv om det ikke er straffbart å nekte.

Vi har fått noen signaler fra enkelte helsepersonell om at man tror at normal smitteoppsporing og informasjonsdeling forutsetter at sykdommen er definert slik.

Håndtering av tilsvarende sykdommer

Selv om apekopper ikke er en ren seksuelt overførbart infeksjon (SOI), er det i dette utbruddet primært sett smitte etter seksuell kontakt, og spesielt i enkelte miljø av menn som har sex med menn. Dette er et miljø hvor det også hyppig påvises andre SOI slik som gonoré og syfilis, som begge er allmennfarlige smittsomme sykdommer. Dersom apekopper også defineres slik, vil håndteringen av slike SOI lettere kunne ses i sammenheng, både når det gjelder plikter og tiltak, men også rettigheter, som stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Beredskap

Det er fortsatt mye usikkert i situasjonen, men det er klart at det foregår et stort utbrudd av apekopper blant menn som har sex med menn i den vestlige verden, herunder i Norge.

Med apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom har man en rekke juridiske muligheter for tiltak på plass dersom det skulle bli aktuelt. På den annen side tar det bare timer å definere sykdommen som slik sykdom dersom det senere skulle bli nødvendig.

Fare for overreaksjoner

Med apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom har kommunene kraftige virkemidler tilgjengelig i § 4-1. Rådgiveres og beslutningstakers skjønn vil påvirkes av varierende risikoppfatning og risikotoleranse. Vi kan risikere at strenge tiltak iverksettes med for dårlig grunnlag. Begrunnelsene for tiltak, særlig nødvendighet og forholdsmessighet, jf. smittevernloven § 1-5, innebærer stor grad av skjønn.

Vi mener det i dette utbruddet blant MSM er viktig med en skjønnsom håndtering uten overdrevne tiltak som kan sette samarbeidet mellom helsemyndighetene og de aktuelle miljøene i fare. Det har ikke vært tradisjon for restriktive tiltak mot andre seksuelt overførbare allmennfarlige smittsomme sykdommer.

Konklusjon: Departementet bør nøye vurdere om apekopper skal klassifiseres som allmennfarlig smittsom sykdom. Utbruddet kan håndteres uten at apekopper slik klassifisering, men da bør det gjøres enkelte andre forskriftsendringer for å sikre pasientene gratis konsultasjon, testing og behandling. Folkehelseinstituttet mener samlet sett at det er flere fordeler enn ulemper ved å definere apekopper som allmennfarlig smittsom sykdom. Ulempene kan reduseres ved god kommunikasjon og ved at departementet gir kommunene veiledning til kommunene om hvordan tiltak etter smittevernloven §§ 4-1 og 5-3 – 5-9 skal vurderes under utbruddet.

3. Vurdering av apekopper som «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom»

Dersom apekopper defineres som allmennfarlig smittsom sykdom, kan det også vurderes å definere situasjonen som et «alvorlig utbrudd» av slik sykdom.

3.1 Kriterier

Etter smittevernloven § 1-3 defineres et «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» som «et utbrudd eller fare for utbrudd som krever særlig omfattende tiltak». Her er det eksplisitt at det er behovet for tiltak som bestemmer om utbruddet skal defineres slik, og disse tiltakene må være «særlig omfattende».

Apekopper forekommer i landet, men det vil neppe kreve «særlig omfattende tiltak» å få situasjonen under kontroll. Det er lite sannsynlig at vi vil komme i en situasjon der særlig omfattende tiltak blir nødvendige.

Konklusjon: Dagens situasjon med apekopper i Norge kan ikke defineres som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

3.2 Bestemmelser om alvorlige utbrudd av allmennfarlige smittsomme sykdommer og betydningen for apekopper

Når en situasjon er definert som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, gjelder en del bestemmelser i smittevernloven for pasienten, legen og smittevernet. Vi nevner her de viktigste av disse bestemmelsene og betydningen for apekopper med den kunnskapen som i dag finnes om sykdommen.

Vaksinasjonsplikt (§ 3-8)

Etter § 3-8 kan departementet fastsette vaksinasjonsplikt og pålegge uvaksinerte bevegelsesbegrensninger eller visse forholdsregler.

Vurdering: Dette vurderer vi som uaktuelt ved et utbrudd av apekopper i Norge.

Offentliggjøringsplikt (§ 4-8)

Etter § 4-8 kan departementet eller Helsedirektoratet pålegge massemedier å ta inn meldinger til hele befolkningen eller avgrensede grupper av den.

Vurdering: Dette vurderer vi som uaktuelt ved et utbrudd av apekopper i Norge.

Kontaktreduserende tiltak (§ 4-2 andre ledd)

Regjeringen kan sette i verk kontaktreduserende tiltak som møteforbud, begrensninger i sosial omgang og stenging eller begrensninger for virksomheter for hele eller deler av landet når det haster, jf. § 4-1 andre ledd. Regjeringen får altså samme hjemmel som kommunestyret har, men for hele landet.

Vurdering: Dette vurderer vi som uaktuelt ved utbrudd av apekopper i Norge.

Konklusjon: Det er verken tjenlig eller nødvendig å definere utbruddet av apekopper i Norge som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

3.3 Vurdering

Med den informasjonen vi har nå, mener vi at apekopper ikke nå og sannsynligvis heller ikke i framtida kan defineres som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

Konklusjon: Situasjonen med apekopper kan ikke nå defineres som et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom.

4 Skandinavisk sammenlikning

De tre skandinaviske landene har nokså lik, men ikke identisk, regulering på dette området. Per 18. juli er klassifiseringen i de tre landene merket med grønt i tabellen:

Nivå	Danmarks epidemilov § 2	Sveriges smittskyddslag § 3	Norges smittevernlov § 1-3
1	Smittsom sykdom	Smittsam sjukdom	Smittsom sykdom
2	Alment farlig sykdom	Allmänfarlig sjukdom	Allmennfarlig smittsom sykdom
3	Samfundskritisk sykdom	Samhällsfarlig sjukdom	Alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom

5 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

Bestemmelser om gratis konsultasjoner, legemidler og vaksiner kan få noe betydning. Kommunene kan få noen utgifter til isoleringssted, men antallet vil være svært lavt.

Antallet tilfeller ventes å være lavt slik at den samlede kostnaden og belastningen blir liten.