

RAPPORT

2026

RISIKOVURDERING

Risiko for Norge ved utbruddet av  
ebolasykdom i DR Kongo 2026

Risikovurdering

# Risiko for Norge ved utbruddet av ebolasykdom i DR Kongo 2026

**Utgitt av Folkehelseinstituttet**

Område for smittevern

5. juni 2026

**Tittel:**

Risiko for Norge ved utbruddet av ebolasykdom i DR Kongo 2026

**Forfattere:**

Utbruddsgruppa

**Oppdragsgiver:**

Helse- og omsorgsdepartementet

**Publikasjonstype:**

Risikovurdering

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**ISBN elektronisk utgave:**

978-82-8406-587-8

**DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):**

<https://doi.org/10.21349/2d8n-wt57>

**Emneord:**

Ebola, Blødningsfeber, Risikovurdering

# INNHold

Innhold .....	3
1 Sammen drag .....	4
1.1 Sykdommen .....	4
1.2 Situasjonen .....	4
1.3 Risikovurdering .....	4
1.4 Anbefalinger om håndtering i Norge .....	6
2 Innledning.....	7
3 Bakgrunn .....	8
3.1 Viruset og sykdommen .....	8
3.2 Den aktuelle situasjonen .....	9
3.3 WHO's risikovurdering.....	10
3.4 ECDC's risikovurdering.....	11
4 Risiko for Norge.....	13
4.1 Generelt om risiko .....	13
4.1.1 Sykdomsbyrde .....	13
4.1.2 Sykdommens alvorlighet .....	13
4.1.3 Spredningsevnen .....	14
4.1.4 Andre forhold .....	15
4.2 Risiko for reisende fra Norge til berørte land .....	15
4.3 Medisinsk evakuering .....	16
4.4 Risiko for reisende til Norge .....	17
4.5 Risiko for spredning i Norge.....	17
4.6 Oppsummert risikovurdering.....	18
5 Håndtering i Norge.....	20
5.1 WHO's anbefalinger.....	20
5.2 ECDC's anbefalinger.....	21
5.3 Anbefaling om mål og prinsipper for beredskap og respons i Norge.....	22
5.3.1 Mål og prinsipper .....	22
5.3.2 Tiltak i Norge .....	23
5.3.3 Tiltak som nå ikke er anbefalt .....	25

# 1 SAMMENDRAG

## 1.1 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, febernedssettende og intensivmedisinsk behandling ved behov. Tidlig behandling bedrer prognosen.

## 1.2 Situasjonen

Den 5. mai 2026 fanget WHO's landkontor i DR Kongo opp meldinger i sosiale medier om en uvanlig opphopning av alvorlig sykdom og dødsfall Ituri-provinsen nordøst i landet, nær grensene til Sør-Sudan og Uganda. Den 14. mai var det klart at utbruddet skyldes ebolavirus, og dagen etter ble utbruddet erklært. Den 17. mai 2026 fastslo WHO's generaldirektør at utbruddet utgjorde en internasjonal folkehelsekrise.

Responser på utbruddet 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.

Til tross for en massiv mobilisering av internasjonale ressurser, koordinert av WHO, for å støtte DR Kongos bekjempelse av utbruddet, er det betydelig bekymring for den videre utviklingen.

Myndighetene i DR Kongo meldte at det per 3. juni var registrert 381 bekreftede pasienter i landet, hvorav 64 døde, fordelt på 359/50 i Ituri, 19/13 i Nord-Kivu og 3/i Sør-Kivu. Det siste døgnet var det tilkommet 18 nye bekreftede pasienter i Ituri.

Myndighetene i Uganda meldte at det per 4. juni var 16 bekreftede pasienter, hvorav ett dødsfall. Det siste døgnet var det tilkommet én pasient. Tilfellene er i hovedsak importert fra DR Kongo og diagnostisert i Kampala-området.

## 1.3 Risikovurdering

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

Situasjonen i DR Kongo er imidlertid **uoversiktlig**. Utilstrekkelig oversikt gir usikkerhet om det reelle omfanget av epidemien. Denne usikkerheten er i ferd med å avta etter hvert som den lokale utbruddshåndteringen i DR Kongo forbedres.

Situasjonen i DR Kongo er **bekymringsfull**. Vi deler WHO og ECDCs bekymring. Utfordringen er at denne delen av Afrika er preget av omfattende befolkningsbevegelser mellom gruveområder, landsbyer og byer. 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 smitte ikke oppdages i grenseområdene.

Responser på utbruddet møter betydelige **operasjonelle utfordringer**, herunder ustabil sikkerhetssituasjon, begrensninger i bevegelsesfrihet, utilstrekkelig kapasitet for isolering av pasienter og høy befolkningstetthet i berørte områder. Til tross for en massiv mobilisering av internasjonale ressurser, koordinert av WHO, for å støtte DR Kongos bekjempelse av utbruddet, er det betydelig bekymring for den videre utviklingen. Det er ikke håp om noen vaksiner eller behandling før til neste år.

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*	Sannsynlighet*	Konsekvens*	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 inntreffer, grovt vurdert i kategoriene veldig liten, liten, middels og stor.

**Konsekvens** betyr følgene av hendelsen for det norske samfunnet dersom den inntreffer 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.

## 1.4 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:

- Overvåking
- Risikokommunikasjon og reiserådgeving
- Tidlig oppdaging og varsling
- Smitteoppsporing
- Innleggelse, smittevern i helsetjenesten og behandling
- Internasjonal støtte

## 2 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<sup>1</sup> har Folkehelseinstituttet ved utbrudd ansvar for situasjonsbeskrivelse, risikovurdering og forslag til smittevernstrategi med råd om tiltak.

I denne rapporten beskriver vi kort situasjonen, vurderer risiko ved utbruddet av ebolasykdom forårsaket av bundibugyovirus (BDBV) i DR Kongo og Uganda for Norge og gir anbefalinger til helsemyndighetene og 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.

Vurderingene og anbefalingene gjelder inntil videre.

---

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/>

## 3 BAKGRUNN

### 3.1 Viruset og sykdommen<sup>2</sup>

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.

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. 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 immunprivilegerede områder 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 vaksine eller spesifikk behandling mot BDBV. Behandlingen består i all hovedsak av symptomlindrende og organstøttende behandling som væsketilførsel, febernedssettende 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 følges opp i minst 21 dager. Begravelser må gjennomføres på en trygg, men verdig måte. Lokalsamfunnet må involveres i håndteringen gjennom god risikokommunikasjon.

---

<sup>2</sup> Oversikten bygger på WHO og ECDCs risikovurderinger, oppdateringer og faktaark.

### 3.2 Den aktuelle situasjonen<sup>3</sup>

Den 5. mai 2026 fanget WHO's landkontor i DR Kongo opp meldinger i sosiale medier om en uvanlig opphopning av alvorlig sykdom og dødsfall i helsesonen Mongbwalu, et landsens gullgruveområde i Ituri-provinsen nordøst i landet, nær grensene til Sør-Sudan og Uganda. Blant annet var det sykdom og dødsfall blant helsepersonell og en stor klynge av dødsfall i en familie. Området er preget av høy befolkningsmobilitet, sikkerhetsutfordringer og omfattende grensekryssende kontakt med nabolandene. Pasientene hadde feber, hodepine, oppkast, uttalt kraftløshet og blødninger, noe som ga mistanke om viral hemoragisk feber.

Den 14. mai informerte DR Kongos myndigheter WHO om at flere prøver fra syke pasienter og helsepersonell var positive for virus i ebola-slekten ved undersøkelse i referanselaboratoriet *Institut National de Recherche Biomédicale* (INRB) i Kinshasa. (Det lokale laboratoriet i Bunia hadde fått negative prøvesvar med GeneXpert-teknologi, som detekterer bare ebola zaire-virus, den typen som hyppigst har forekommet i tidligere utbrudd). Genomsekvensering offentliggjort dagen etter bekreftet at BDBV var årsaken til utbruddet.

Den 15. mai rapporterte Uganda ett importert tilfelle i Kampala. Pasienten var en eldre mann fra DR Kongo som oppsøkte helsetjenesten 11. mai og døde 14. mai.

Den 15. mai 2026 erklærte både DR Kongo og Uganda offisielt ebolautbrudd. DR Kongos helsemyndigheter erklærte landets 17. ebolautbrudd siden 1976 og det andre utbruddet forårsaket av BDBV i landet.

Den 17. mai 2026 fastslo WHO's generaldirektør 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).

Den 18. mai 2026 bekreftet *US Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) at en amerikansk lege som var blitt smittet under klinisk arbeid i Ituri-provinsen, var blitt evakuert til Tyskland for behandling etter positiv test 17. mai.

Foreløpige data om virusets gensekvens tyder på at utbruddet skyldes et nytt zoonotisk smittetilfelle fra dyr til menneske med påfølgende smitte mellom mennesker, men eksakt kilde, tidlig smittekjede og geografisk utbredelse undersøkes fortsatt.

Responen på utbruddet 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. Til tross for en massiv mobilisering av internasjonale ressurser, koordinert av WHO, for å støtte DR Kongos bekjempelse av utbruddet, er det betydelig bekymring for den videre utviklingen.

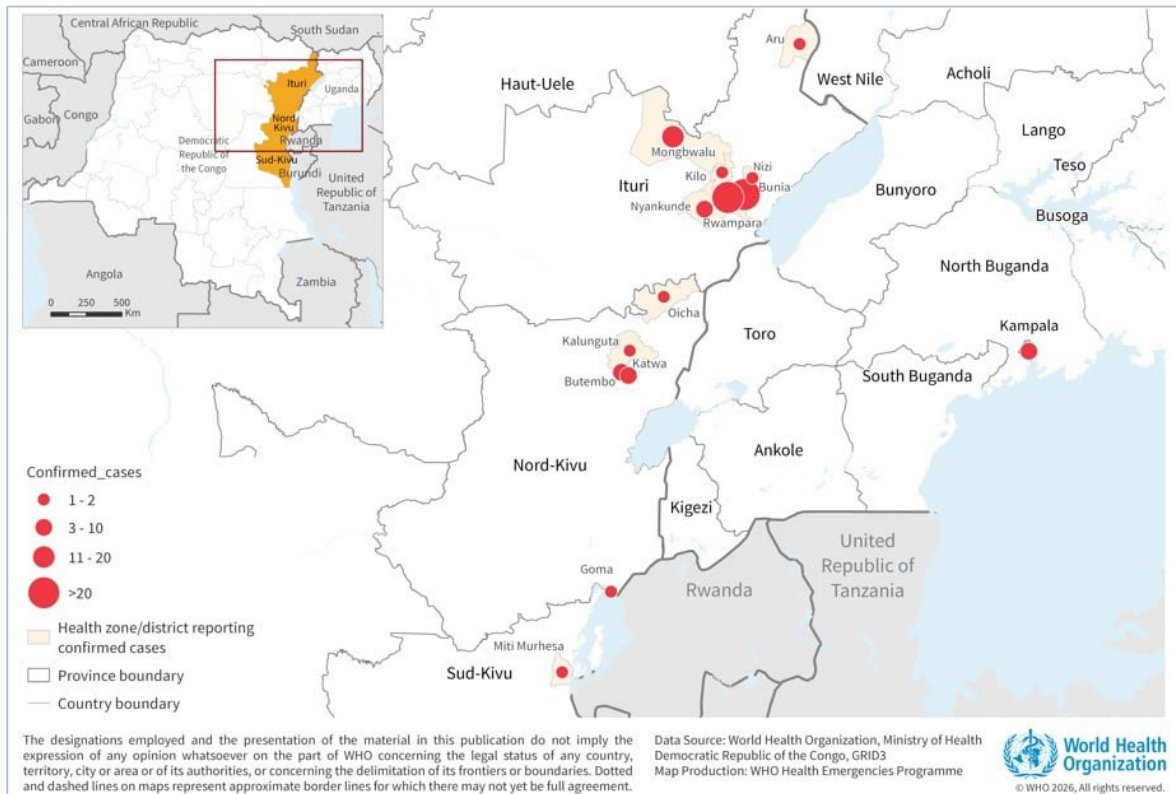
Myndighetene i DR Kongo meldte at det per 3. juni var registrert 381 bekreftede pasienter i landet, hvorav 64 døde, fordelt på 359/50 i Ituri, 19/13 i Nord-Kivu og 3/i Sør-Kivu. Det siste døgnnet var det tilkommet 18 nye bekreftede pasienter i Ituri.

---

<sup>3</sup> Oversikten bygger på WHO's risikovurderinger og nettsidene til helsemyndighetene i DR Kongo (<https://insp.cd/category/activite-cousp/>) og Uganda (<https://x.com/MinofHealthUG>).

Myndighetene i Uganda meldte at det per 4. juni var 16 bekreftede pasienter, hvorav ett dødsfall. Det siste døgnnet var det tilkommet én pasient. Tilfellene er i hovedsak importert fra DR Kongo og diagnostisert i Kampala-området.

WHO's kart (fra 29. mai) viser de rammede områdene i Ituri vest for Albertsjøen:



### 3.3 WHO's risikovurdering

WHO oppdaterte 22. mai sin risikovurdering om utbruddet<sup>4</sup>. Hovedpunktene gjengis her:

Risikospørsmål	Risiko	Sannsynlighet	Konsekvens	Tiltro til tilgjengelig informasjon
1. Hva er risikoen ved spredning nasjonalt i DR Kongo?	Veldig stor	Veldig stor	Stor	Moderat
2. Hva er risikoen ved spredning i regionen (blant annet Uganda og Sør-Sudan)?	Stor	Stor	Moderat	Moderat
3. Hva er risikoen ved spredning globalt?	Liten	Liten	Veldig liten	Moderat

<sup>4</sup> WHO. Bundibugyo virus disease, Democratic Republic of the Congo (with exportation to the Republic of Uganda). WHO: Geneva; 2026. [20260526\\_public-rra\\_bvd\\_democratic-republic-of-the-congo\\_v2---finalaa5ebe4a-1d41-401d-96aa-89cd766743cb.pdf](#)

WHO vurderer risikoen for videre spredning av utbruddet i DR Kongo som svært høy på grunn av den raske geografiske utbredelsen og det økende antallet berørte helsesoner. Uganda har rapportert laboratoriebekreftede tilfeller i Kampala, noe som bekrefter grensekryssende smitte og øker risikoen for regional spredning.

Denne delen av Afrika er preget av omfattende befolkningsbevegelser mellom gruveområder, landsbyer og byer. Bunia 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 smitte ikke oppdages i grenseområdene.

Spredningen er ikke fullt kartlagt. Genetiske analyser av virus tyder på at utbruddet startet med at et menneske ble smittet fra dyr, men det er ennå ikke klarlagt hvem som var den første pasienten.

### 3.4 ECDCs risikovurdering

ECDC utga sin risikovurdering 21. mai 2026<sup>5</sup>. Hovedpunktene 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.
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.
3. Hva er risikoen ved videre smitte i EU/EØS etter import?	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.

<sup>5</sup> 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](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EBOLA%20TAB%20NEW%20FINAL_0.pdf)

Risikospørsmål	Risiko	ECDCs kommentar
		<p>På bakgrunn av disse erfaringene forventes importerte tilfeller til EU/EØS å være svært sjeldne, om de forekommer i det hele tatt.</p> <p>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.</p> <p>Den samlede risikoen for BDBV for befolkningen i EU/EØS vurderes derfor som svært lav.</p>

## 4 RISIKO FOR NORGE

### 4.1 Generelt om risiko

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.

#### \*Begreper i risikovurderingen

**Sannsynlighet** betyr sannsynligheten for at en hendelse inntreffer, grovt vurdert i kategoriene veldig liten, liten, middels og stor.

**Konsekvens** betyr følgene av hendelsen for det norske samfunnet dersom den inntreffer 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.

#### 4.1.1 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, se figur 1. Sykdomsbyrden kan bestå også av ettervirkninger av sykdom. Belastningen av epidemien er også sykefraværet og helsetjenesteforbruk samt oppfølgingen av nærkontakter.

#### 4.1.2 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. Den observerte sykdomsalvorligheten avhenger også av hvor god overvåkingen i området er, altså om man har oversikt over alle smittede (nevneren) som overlever.

Den observerte letaliteten i tidligere utbrudd med bundibugyovirus har vært rundt 30 – 50 prosent<sup>6</sup>. Letaliteten kan reduseres med god behandling. Under ebolautbruddet i Vest-Afrika var letaliteten under 20 prosent for pasienter behandlet i Europa eller USA<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Van Kerkhove M, Bento A, Mills H 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](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00374-8)

<sup>7</sup> Uyeki TM, Mehta AK, Davey RT 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>

### 4.1.3 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  $\beta$ , kontakthyppheten  $c$ , varigheten av smittsom periode  $D$  og andelen mottakelige i befolkningen  $x$ :

$$R_e = \beta c D x$$

- **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.
- **Kontakthyppheten** 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<sup>8</sup>. Det viktigste tiltaket har vært å redusere hyppheten 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.

---

<sup>8</sup> Muzembo BA, Kitahara K, Mitra D 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.org/10.1016/j.tmaid.2023.102685> og Van Kerkhove M, Bento A, Mills H 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](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(24)00374-8)

#### 4.1.4 Andre forhold

Det kan være betydelig variasjon, eller heterogenitet, i personers smittsomhet gjennom sykdomsforløpet, deres kontakthypighet 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 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

Erfaringen fra flere tidligere utbrudd er at ebolavirus smitter først når symptomene oppstår. Latenstida (mellom smitte og egen smittsomhet) er dermed lik inkubasjonstida (mellom smitte og egne symptomer)<sup>9</sup>. De første symptomene (feber, sykdomsfølelse) er uspesifikke og kan forveksles med malaria og andre febersykdommer som er endemiske DR Kongo og Uganda. Det kan bety at pasienter fortsetter med nærkontakt med andre mens de er smittsomme, uvitende om at de har ebolasykdom.

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.

## 4.2 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. De tre østlige provinsene som er berørt av utbruddet er samlet halvparten så store som hele Norge. Fra Bunia i Ituri-provinsen er det en minst femti timer lang kjøretur på tre tusen kilometer til hovedstaden Kinshasa.

Det er veldig få reisende fra Norge til DR Kongo og de berørte nabolandene, og de fleste antas å reise til hovedstaden Kinshasa. Reisende fra Norge har normalt ikke nær kontakt med de berørte miljøene eller med syke.

I området finnes det noen helsepersonell og andre hjelpearbeidere som er sendt ut av norske organisasjoner for å drive hjelpearbeid, for eksempel i flyktningeleirer i det østlige Kongo. Nå

---

<sup>9</sup> Velásquez GE, Aibana O, Ling EJ 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>.

kommer i tillegg et lite antall hjelpearbeidere som skal bidra direkte i utbruddshåndteringen. Alle disse er godt informert om nødvendige smitteverntiltak før utreise.

Samlet anslår vi at det finnes færre enn tjue nordmenn i Ituri, Nord-Kivu og Sør-Kivu i DR Kongo.

Et usikkerhetsmoment er den reelle utbredelsen av epidemien, særlig i DR Kongo. Det foregår sannsynligvis fortsatt en del uoppdaget spredning. I Uganda ligger forholdene bedre til rette for å stanse spredningen ettersom man der har bedre infrastruktur og helsetjeneste og mindre uro enn i DR Kongo.

Konsekvensen for reisende fra Norge dersom de smittes, er alvorlig. Sykdommen har høy dødelighet, selv med optimal behandling. Det er usikkerhet knyttet til tilgjengelighet og kvalitet av behandlingen lokalt. Evakuering til Europa er ikke garantert. For det norske samfunnet er konsekvensen liten.

Risikoen kan reduseres ved at privatpersoner følger UDs reiseråd<sup>10</sup> og lar være å reise til de berørte områdene nå. Hjelpearbeidere må følge rådene fra sine organisasjoner, WHO og lokale myndigheter. Uorganisert hjelpearbeid frarådes.

Risikospørsmål**	Risiko*	Sannsynlighet*	Konsekvens*	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?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor
b) når de reisende skal arbeide i ebolaresponsen?	Liten	Liten	Liten	Moderat

\*\*I FHIs Håndbok om virale hemoragiske febersykdommer<sup>11</sup> 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.

### 4.3 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

<sup>10</sup>

[https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo\\_drkongo/id2416057/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_drkongo/id2416057/)

<sup>11</sup> FHI. Håndbok om virale hemoragiske febersykdommer. <https://www.fhi.no/ss/virale-hemoragiske-febre/handbok-om-virale-hemoragiske-febre/tiltak-ved-enkeltilfeller-eller-utbrudd/tiltak-ved-enkeltilfeller-eller-utbrudd/#risikovurdering-av-eksponerte>

(Ullevål) der den evakuerte kan få god behandling i et miljø som beskytter andre pasienter, ansatte og samfunnet utenfor.

Risikospørsmål	Risiko*	Sannsynlighet*	Konsekvens*	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

#### 4.4 Risiko for reisende til Norge

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

Ved utreise fra aktuelle flyplasser i utbruddsområdet er det screening av reisende (for reiseopplysninger og symptomer) før avreise.

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.

Risikoen kan reduseres gjennom oppmerksomhet om sykdommen blant de reisende og helsepersonell i Norge slik at ebolasyke pasienter kan oppdages tidlig. Dersom epidemien i Afrika spres til flere land og blir betydelig større, kan risikoen øke.

Risikospørsmål	Risiko*	Sannsynlighet*	Konsekvens*	Tiltro* til vurderingen
3. Hva er risikoen ved noen få enkeltstående tilfeller blant reisende til Norge?	Veldig liten	Veldig liten	Liten	Stor

#### 4.5 Risiko for spredning i Norge

Dersom det til tross for den veldig lille sannsynligheten (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 det noe mer utfordrende. Personen vil ha opplevd medieoppmerksomhet om utbruddet i DR Kongo og Uganda. 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 brev 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 ebolasykdommen i Norge. Effektivt smittevernarbeid med diagnostisering, isolering, smitteoppsporing og oppfølging av nærkontakter vil raskt stoppe et utbrudd.

Risikospørsmål	Risiko*	Sannsynlighet*	Konsekvens*	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

#### 4.6 Oppsummert risikovurdering

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

Situasjonen i DR Kongo er imidlertid **uoversiktlig**. Utilstrekkelig oversikt gir usikkerhet om det reelle omfanget av epidemien. Denne usikkerheten er i ferd med å avta etter hvert som den lokale utbruddshåndteringen i DR Kongo forbedres.

Situasjonen i DR Kongo er **bekymringsfull**. Vi deler WHO og ECDCs bekymring. Utfordringen er at denne delen av Afrika er preget av omfattende befolkningsbevegelser mellom gruveområder, landsbyer og byer. 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 smitte ikke oppdages i grenseområdene.

Responser på utbruddet møter betydelige **operasjonelle utfordringer**, herunder ustabil sikkerhetssituasjon, begrensninger i bevegelsesfrihet, utilstrekkelig kapasitet for isolering av pasienter og høy befolkningstetthet i berørte områder. Til tross for en massiv mobilisering av internasjonale ressurser, koordinert av WHO, for å støtte DR Kongos bekjempelse av utbruddet, er det betydelig bekymring for den videre utviklingen. Det er ikke håp om noen vaksiner eller behandling før til neste år.

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*	Sannsynlighet*	Konsekvens*	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 inntreffer, grovt vurdert i kategoriene veldig liten, liten, middels og stor.

**Konsekvens** betyr følgene av hendelsen for det norske samfunnet dersom den inntreffer 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.

## 5 HÅNDTERING I NORGE

### 5.1 WHO's anbefalinger

Den 26. mai ga WHO formelle midlertidige anbefalinger (*temporary recommendations*) til landene<sup>12</sup>. Vi går her gjennom anbefalingene for uberørte land som Norge:

WHO's anbefaling	FHIs kommentar
<i>Make arrangements to detect, assess, report and manage travelers with unexplained febrile illness arriving from areas with documented BDBV detection. These include, but are not limited to, disseminating the definition of BVD cases to public and private health care facilities, including travel clinics, and general practitioners; identifying laboratories to conduct testing for BDBV; identifying isolation facilities allowing for safe assessment and clinical care.</i>	<p>Gitt at det er svært lav sannsynlighet for at pasienter skal komme til Norge, vurderer vi at denne anbefalingen er ivaretatt og i tråd med gjeldende nasjonale råd og anbefalinger. Det er publisert informasjon om utbruddet på fhi.no og sendt brev til helsetjenesten. I tillegg finnes råd til helsevesenet, helse- og bistandsarbeidere og befolkningen.</p> <p>FHIs beredskapslaboratorium har 24/7 diagnostikk for alle typer av ebolavirus og samarbeider med BSL4-laboratoriet i Folkhälsomyndigheten i Sverige ved behov for verifisering av resultater.</p> <p>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, som beskrevet i VHF-håndboka<sup>13</sup>.</p>
<i>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.</i>	FHI har hyppig kontakt med aktuelle organisasjoner og møter dem 5. juni. FHI har også etablert kontakt med norske utenriksstasjoner i området.
<i>Prepare to facilitate the evacuation and repatriation of nationals (e.g., health workers) who have been exposed to BVD cases.</i>	Beredskapen blir ivaretatt av Helsedirektoratet i samarbeid med OUS.
<i>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 documented BDBV detection.</i>	UD advarer mot reise til området. Informasjon til befolkningen er publisert på fhi.no og Helsenorge. Se temaside om VHF.
<p><i>Border health and international travel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Provide accurate and up to date information regarding the BVD epidemic to travel clinics, other health facilities and professionals, and</i></li> </ul>	Det er ingen direkte flygninger fra DR Kongo eller Uganda til Norge. Utreisescreeningopplegget i disse landene tilsier at reisende har fått nødvendig informasjon på første flyreise ut av DR

<sup>12</sup> [First meeting of the IHR Emergency Committee regarding the epidemic of Ebola Bundibugyo virus disease in the Democratic Republic of the Congo and Uganda 2016 – Temporary recommendations](#)

<sup>13</sup> FHI. Håndbok om virale hemoragiske febersykdommer (VHF-håndboka). <https://www.fhi.no/ss/virale-hemoragiske-febre/handbok-om-virale-hemoragiske-febre/>

WHO's anbefaling	FHIs kommentar
<p><i>discourage travel to areas with documented BDBV detection.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Provide incoming travelers, at points of entry, with information about measures to take should they develop symptoms compatible with BVD within 21 days after arrival.</i></li> <li><i>Coordinate with the transport sector, including conveyance and points of entry operators, for the timely management of suspected BVD cases, including communication prior to arrival if the individual is on board; as well as for the identification of their contacts on board conveyance.</i></li> <li><i>The identification of such contacts entails, where applicable, the communication of personal details to the States Parties known as final destination of those contacts.</i></li> <li><i>At the time these temporary recommendations are issued, neither the suspension of flights from States Parties with documented BDBV detection, nor denial of entry to travellers and conveyances arriving from those States Parties, are recommended.</i></li> </ul>	<p>Kongo eller Uganda. Ullensaker kommune er godt forberedt og øver regelmessig på mottak av person med mistenkt viral hemoragisk feber på Oslo lufthavn, seinest 5 mai i år. Helsemyndighetene har informert de aktuelle flyplassene i landet om beredskapen.</p>
<p><i>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.</i></p>	<p>FHI vil ivareta dette. Sykdommen er varslingspliktig.</p>

## 5.2 ECDCs anbefalinger

Den 27. mai ga ECDC anbefalinger til landene i EU og EØS<sup>14</sup>. Vi går her gjennom anbefalingene.

ECDCs anbefaling	FHIs kommentar
<p><i>Consider reviewing the standard operating procedures on isolation and treatment for BDBV disease cases, and on contact tracing and quarantine for contacts of cases.</i></p> <p><i>Readiness to rapidly detect imported cases, promptly isolate them, and implement appropriate infection prevention and control measures.</i></p>	<p>OUS går gjennom sine prosedyrer for trygg isolering og behandling av ebolapasienter.</p> <p>FHI har rutiner for å støtte kommuneoverleger i smitteoppsporing og oppfølging av nærkontakter.</p>
<p><i>Reviewing testing capacity and BDBV diagnostic procedures.</i></p>	<p>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.</p>
<p><i>Increasing awareness among health professionals on:</i></p>	<p>Helsetjenesten oppdateres gjennom FHIs nettsider og lenker derfra samt i FHIs webinar for</p>

<sup>14</sup> 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](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EBOLA%20TAB%20NEW%20FINAL_0.pdf)

ECDCs anbefaling	FHIs kommentar
<p>(i) the possibility of BDBV disease in travellers returning from affected areas;</p> <p>(ii) the clinical presentation of the disease and the need to ask about the travel history and contacts of people returning from affected areas;</p> <p>(iii) the availability of protocols for testing suspected cases;</p> <p>(iv) infection prevention and control (IPC) procedures and appropriate management of suspected or confirmed cases.</p>	<p>helsetjenesten og ved brev fra Helsedirektoratet med lenker til informasjonssider.</p>
<p>Increasing awareness among travellers to and residents of affected areas, as well as returning travellers.</p>	<p>Informasjon er gitt på Helsenorge, på UD's sider om reiseråd og på FHIs nettsider. I tillegg bidrar FHI til en rekke intervjuer i massemediene.</p>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoid contact with symptomatic patients, their bodily fluids, and the bodies or bodily fluids of deceased patients;</li> <li>• Avoid consumption of bushmeat and avoid contact with wild animals, whether alive or dead;</li> <li>• Wash and peel fruits and vegetables before consumption;</li> <li>• Wash hands regularly with soap or antiseptics hand-rubs;</li> <li>• Ensure safe sexual practices.</li> </ul>	<p>Informasjon er gitt på Helsenorge, på UD's sider om reiseråd og på FHIs nettsider. I tillegg bidrar FHI til en rekke intervjuer i massemediene.</p>
<p>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.</p>	<p>Det vurderes å ha informasjonsplakater i ankomstområdene på norske flyplasser. Alle reisende vil imidlertid ha vært innom andre flyplasser før siste etappe til Norge.</p>

## 5.3 Anbefaling om mål og prinsipper for beredskap og respons i Norge

### 5.3.1 Mål og prinsipper

**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. 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 **integreert** 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.

### 5.3.2 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. Følgende tiltak er sentrale:

#### 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.

#### RISIKOKOMMUNIKASJON OG REISERÅDGIVING

Folk bør absolutt ikke reise til de berørte provinsene av DR Kongo. Før reise til Uganda bør man følge med på informasjon fra FHI og WHO. Under oppholdet må man rette seg etter råd fra lokale myndigheter.

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.

- Råd fra FHI til hjelpearbeidere på fhi.no: [Råd til bistandsarbeidere og helsepersonell som reiser til områder med utbrudd av ebola- eller marburgvirus - FHI](#)

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.

- Informasjon fra FHI til befolkningen finnes på helsenorge.no: [Ebola- og marburgsykdom - Helsenorge](#) og på fhi.no: [Spørsmål og svar om utbrudd av bundibugyvirus \(ebola\) i DR Kongo og Uganda - FHI](#)
- Informasjon fra FHI og andre til helsepersonell finnes på fhi.no: [Ebolautbruddet i DR Kongo og Uganda: Informasjon til helsepersonell - FHI](#)

#### TIDLIG OPPDAGING OG VARSLING

Helsepersonell må kjenne til sykdommens symptomer og når man skal mistenke ebolasykdom. Smittevernvakta ved FHI kan konsulteres. Påviste tilfeller skal umiddelbart varsles til kommuneoverlegen og FHI, som vil varsle videre til nasjonale og internasjonale helsemyndigheter.

- Informasjon fra FHI til helsepersonell: [Ebolautbruddet i DR Kongo og Uganda: Informasjon til helsepersonell - FHI](#)
- Smittevernhåndboka om ebolasykdom: [Ebolasykdom - håndbok for helsepersonell - FHI](#)

#### 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.

- Informasjon fra FHI om smitteoppsporing og oppfølging finnes på fhi.no: [Tiltak ved enkelttilfelle eller utbrudd - FHI](#)

#### 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 håndtering av personer med mistenkt eksponering, herunder behov for helsehjelp, transport og valg av egnet behandlingssted. CBRNE-senteret koordinerer Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyriskosmitte (NMUH), som transporterer pasienter med VHF til høysikkerhetsisolatet ved OUS.

- Informasjon fra FHI om smittevern i helsetjenesten: [Håndbok om virale hemoragiske febersykdommer \(VHF-håndboka\) - FHI](#)

#### 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 WHO og hjelpeorganisasjoner i området.

### 5.3.3 Tiltak som nå ikke er anbefalt

#### GENERELT OM INNREISETILTAK

Slik situasjonen er nå, anbefaler vi ikke grensetiltak i form av innreisescreeing, 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.

Erfaringen fra det enorme utbruddet i Vest-Afrika 2013-16 med tretti tusen tilfeller var at det 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.

#### 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.

#### KARANTENE FOR REISENDE FRA UTBRUDD SOMRÅDET

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.

#### INNREISEFORBUD FOR REISENDE FRA UTBRUDDSSOMRÅDET

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 fører 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.

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

Rapporten kan lastes ned gratis fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)