

Helse- og omsorgsdepartementet  
Petter Øgar  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 20/36292-2  
Saksbehandler: Thorstein Ouren  
Dato: 14.09.2020

Unntatt offl. § 15 1. ledd  
offentlighet:

## Oppdrag 170 til HelseDirektoratet om ressursbruk TISK

Vi viser til oppdrag 170 med frist tirsdag 15. september kl. 14.00.

Oppdraget lyder:

*Kommuner med store utbrudd av covid-19 har opplevd en krevende ressursituasjon når de skal gjennomføre TISK-arbeidet og stenge ned ulike virksomheter i kommunen. Regjeringen har signalisert at den ønsker å kompensere ekstrautgiftene kommunene har hatt i dette TISK-arbeidet. Det er derfor behov for å beregne ekstrakostnader TISK-arbeidet i forbindelse med utbrudd av en viss størrelse har medført (kronebeløp). HelseDirektoratet gis følgende oppdrag:*

- *Gi en definisjon på/kriterier på hva som med rimelighet kan kalles et stort covid-19-utbrudd.*
- *Med utgangspunkt i denne definisjonen/disse kriteriene gi en opplisting av hvilke kommuner som har hatt store utbrudd og gi et anslag på hvilke ekstrakostnader de store utbruddene vi har hatt til nå har påført de aktuelle kommunene.*

I brev fra KMD og HOD til landets ordfører av 4.9 beskrives et eget løp for dekning av forventede merkostnader til TISK-arbeidet. En egen arbeidsgruppe i regi av KMD skal legge fram beregninger i oktober. Oppdrag 170 omhandler derfor beregning av særskilt kompensasjon til kommuner som har hatt store ekstrautgifter som følge av lokale virusutbrudd.

### **Konklusjon:**

- Hvor ressurskrevende håndteringen av et utbrudd er avhenger av langt flere faktorer enn bare antall smittede.
- Små kommuner vil naturlig nok ha mindre kapasitet enn store kommuner, slik at hva som vil vurderes som et stort utbrudd henger nært sammen med kommunens størrelse.
- Det er på bakgrunn av det overnevnte ikke mulig å gi en bestemt definisjon av hva et ressurskrevende utbrudd er. Vi foreslår heller at dette vurderes i etterkant basert på en begrunnet søknad om kompensasjon basert på noen faste elementer
- I tillegg gjøres en helhetsvurdering basert på andre, relevante forhold (for eksempel behov for å innleie av ekstra personell, overtidsbelastning, teknisk assistanse, tolketjenester, transportbehov for pasienter og prøver, andre forhold som har vanskeliggjort smitteoppsporingsarbeidet mv.).

### **HelseDirektoratet**

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester  
Thorstein Ouren

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20  
Org.nr.: 983 544 622 • [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

- Basert på grove anslag så har aktuelle kommunene som har/har hatt store smitteutbrudd en samlet merkostnad for smittesporing på 9,9 mill. kroner og merkostnader for testing på totalt 12,8 mill. kroner. Tallene vil være beheftet med stor usikkerhet. Eksempelvis har vi fått tall fra Bergen kommunene som antyder en kostnad på 5 mill. kroner per uke i ekstrakostnader. Forutsetningene for dette anslaget er ikke kvalitetssikret.

**Saken er forelagt FHI, som gir følgende tilbakemelding (hele FHIs innspill ligger vedlagt dette brevet):**

*Hovedpunkter:*

- *Det bør sikres midler til å bygge kapasitet for beredskap mot covid-19 inklusive testing, overvåking og håndtering av utbrudd i alle kommuner, tillitsskapende arbeid, kommunikasjon og tolkning.*
- *Det bør sikres at responsen er skalerbar, f.eks. ved at det oppmuntres til samarbeid på tvers av kommunegrenser*
- *Kompensasjon for håndtering av utbrudd som allerede er håndtert foreslås løst etter søknad. Det er krevende å skulle gi eksakte grenseverdier eller kriterier for slik kompensasjon ettersom mange både kvantitative og kvalitative forhold vi avgjøre hvor krevende responsen er. Det er imidlertid viktig at bekymringer rundt kommuneøkonomi ikke er begrensende for kommunenes respons ved utbrudd.*
- *Økonomiske insentiver kan virke mot sin hensikt, f.eks. ved å insentivere mer omfattende tiltak enn nødvendig*

*Det er sentralt i strategien at kommunene har en beredskap for å kunne teste, isolere, smittesporing og karantener personer som smittes i kommunen. I tillegg må sikres at det også er kapasitet for andre deler av beredskapsarbeidet som f.eks. tillitsskapende arbeid, kommunikasjon og tolkning. Jo bedre forberedt kommunene er, dess bedre rustet er de til å oppdage og håndtere utbrudd raskt. Det er viktig at kommunene bygger opp denne beredskapen uten at kommunens økonomi er til hinder for dette. Det må derfor vurderes om det vil være hensiktsmessig å tildele øremerkede midler til kommunene til å styrke testing, smittesporing og overvåkingssystemer slik at de er best mulig rustet til å oppdage og håndtere utbrudd ved utstrakt testing og smittesporing for i størst mulig grad å forebygge større utbrudd. Samtidig ser vi at økonomien kan være til hinder for raskt å skalere opp responsen slik at kommunene får utvidet kapasitet for testing og sporing ved utbrudd. En plan for kompensasjon for store ekstrakostnader knyttet til håndtering av utbrudd kan derfor være hensiktsmessig for å redusere risiko for at utbruddet kommer ut av kontroll.*

**Vurderinger rundt ressurser knyttet til utbruddshåndteringen**

*Hvor ressurskrevende håndteringen av et utbrudd er avhenger av langt flere faktorer enn bare antall smittede:*

- *I hvilken setting utbruddet skjer vil bety mye for antall nærkontakter, og hvor vanskelig det er å få fatt i nærkontaktene. Noen utbrudd vil kunne være store i antall tilfeller, men skje i et avgrenset miljø som letter smittesporingen. Andre utbrudd kan være mindre i antall tilfeller, men det kan være svært mange nærkontakter, og dårlig oversikt over disse, typisk i utbrudd blant unge voksne med store kontaktnett*

- Noen utbrudd vil kreve ekstra ressurser knyttet til språk, tolketjeneste, kulturforståelse og kommunikasjon
- Hvilke tiltak kommunene beslutter å iverksette og hvordan kommunen i en tidlig fase oppfatter utbruddet vil også ha betydning.
- Andre forhold enn selve utbruddet har betydning for omfanget av smittesporingen. For eksempel har begrenset test-kapasitet på lab-siden gjort enkelte utbrudd krevende å håndtere selv om antall tilfeller ender med å bli relativt få.
- Forhold ved kommunen:
  - Små kommuner vil naturlig nok ha mindre kapasitet enn store kommuner, slik at hva som vil vurderes som et stort utbrudd henger nært sammen med kommunens størrelse.
  - kommunenes erfaring og eksisterende beredskap vil ha betydning for hvor mye ressurser man trenger.
  - Kompensasjon

Det er på bakgrunn av det overnevnte ikke mulig å gi en bestemt definisjon av hva et ressurskrevende utbrudd er. Vi foreslår heller at dette vurderes i etterkant basert på en begrunnet søknad om kompensasjon som beskriver

- Antall smittede
- Antall nærkontakter definert i hht FHIs definisjoner, herunder antall nærkontakter som trenger tilbud om oppholdssted for karantene og/eller isolasjon
- Antall testede i forbindelse med smittesporingen
- Varighet av utbruddet
- Merbelastning i kommunen knyttet til testing, sporing og annet arbeid med å håndtere utbruddet & rådgivning, kommunikasjon, oppfølging av smittede og kontakter mv

I tillegg gjøres en helhetsvurdering basert på andre, relevante forhold (for eksempel behov for å innleie av ekstra personell, overtidsbelastning, teknisk assistanse, tolketjenester, transportbehov for pasienter og prøver, andre forhold som har vanskeliggjort smitteoppsporingsarbeidet mv.) Alle disse må vurderes opp mot kommunens størrelse. Kommunene bør etterskuddsvis kunne søke om kompensasjon basert på en redegjørelse av overnevnte forhold.

### **Omfang smitteutbrudd**

FHI har i sin leveranse laget en oversikt over kommunene som vurderes å ha hatt store utbrudd siden juni. Det medfølger og en oversikt over antall positive prøver i disse kommunene. Disse er gjengitt i tabell 1 under.

*Tabell 1: Antall positive tester i kommuner med store utbrudd.*

| Område                      | Antall positive svar |
|-----------------------------|----------------------|
| Bergen                      | 400                  |
| Oslo                        | 1350                 |
| Oslo (Vestre Aker)          | 53                   |
| Fredrikstad/Sarpsborg/Indre | 265                  |

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| <b>Østfold</b>               |     |
| <b>MS Roald Amundsen</b>     | 70  |
| <b>Lillehammer</b>           | 25  |
| <b>Vestvågøy</b>             | 23  |
| <b>Indre Østfold (Askim)</b> | 100 |
| <b>Haugesund/Sveio/Askøy</b> | 25  |
| <b>Lillestrøm</b>            | 40  |

\*Oslo har hatt en gradvis økning av tilfeller siden 1. august og deretter en utflating på et høyere nivå med 30-35 nye tilfeller per dag. For Oslo kommune har vi laget et anslag på 30 positive tester per dag over en periode på 45 dager.

Vi har ikke eksakte tall på økning i testing som følger av utbruddene og vi har derfor anslått en økning i testing ved å anta at kommunene går fra å teste 1,5% av innbyggerne til 5% av innbyggerne i kommunene med store utbrudd. Vi har beregnet for kommunene i tabellen fra FHI. Innbyggertall for kommunene er hentet fra SSB. For MS Roald Amundsen er antall positive tester summert med antall kontakter benyttet.

*Tabell 2: En antatt økning i testing i kommunene*

| Område                   | Innbyggere | 1,5% testing | 5% testing | Antatt økning i testing |
|--------------------------|------------|--------------|------------|-------------------------|
| <b>Bergen</b>            | 284 208    | 4 263        | 14 210     | 9 947                   |
| <b>Oslo</b>              | 694 657    | 10 420       | 34 733     | 24 313                  |
| <b>Fredrikstad</b>       | 82 376     | 1 236        | 4 119      | 2 883                   |
| <b>Sarpsborg</b>         | 56 860     | 853          | 2 843      | 1 990                   |
| <b>Indre Østfold</b>     | 44 863     | 673          | 2 243      | 1 570                   |
| <b>MS Roald Amundsen</b> |            | -            | -          | 370                     |
| <b>Lillehammer</b>       | 28 342     | 425          | 1 417      | 992                     |
| <b>Vestvågøy</b>         | 11 459     | 172          | 573        | 401                     |
| <b>Haugesund</b>         | 37 308     | 560          | 1 865      | 1 306                   |
| <b>Sveio</b>             | 5 754      | 86           | 288        | 201                     |
| <b>Askøy</b>             | 29 578     | 444          | 1 479      | 1 035                   |
| <b>Lillestrøm</b>        | 86 070     | 1 291        | 4 304      | 3 012                   |

### **Merkostnader ved de store utbruddene**

Anslagene for merkostnader knyttet til testing og smittesporing ved store utbrudd er følgende:

*Tabell 3: Enhetskostnader/inntekter ved testing og smittesporing*

|  |               |
|--|---------------|
| <b>Enhetskostnad testing ved middels utnyttelsesgrad</b> | <b>kr 267</b> |
| <b>Inntekt test (takst 701a)</b>                         | kr - 60       |
| <b>Enhetskostnad smittesporing per positive test</b>     | kr 4 200      |

For å få et anslag på merkostnadene som følger av de store utbruddene har vi benyttet enhetskostnadene beregnet over og multiplisert de med volumene fra FHI på positive tester og

anslagene på økning i testing. Dette gir et anslag på merkostnadene som følger. Flere av kommunene har i tillegg beregnet merkostnadene basert på faktiske kostnader i sin kommune. Disse beregningene er vist under avsnittet "Innspill fra kommunene".

Tabell 4: Merkostnader smittesporing fordelt på kommuner

| Område                              | Antall positive svar | Merkostnader smittesporing |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Bergen                              | 400                  | 1 680 000                  |
| Oslo                                | 1350                 | 5 670 000                  |
| Oslo (Vestre Aker)                  | 53                   | 222 600                    |
| Fredrikstad/Sarpsborg/Indre Østfold | 265                  | 1 113 000                  |
| MS Roald Amundsen                   | 70                   | 294 000                    |
| Lillehammer                         | 25                   | 105 000                    |
| Vestvågøy                           | 23                   | 96 600                     |
| Indre Østfold (Askim)               | 100                  | 420 000                    |
| Haugesund/Sveio/Askøy               | 25                   | 105 000                    |
| Lillestrøm                          | 40                   | 168 000                    |
| <b>Totale kostnader</b>             |                      | <b>9 874 200</b>           |

Tabell 5: Merkostnader testing fordelt på kommuner

| Område                  | Antatt økning i testing | Merkostnader testing |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| Bergen                  | 9 947                   | 2 655 924            |
| Oslo                    | 24 313                  | 6 491 570            |
| Fredrikstad             | 2 883                   | 769 804              |
| Sarpsborg               | 1 990                   | 531 357              |
| Indre Østfold           | 1 570                   | 419 245              |
| MS Roald Amundsen       | 370                     | 98 790               |
| Lillehammer             | 992                     | 264 856              |
| Vestvågøy               | 401                     | 107 084              |
| Haugesund               | 1 306                   | 348 643              |
| Sveio                   | 201                     | 53 771               |
| Askøy                   | 1 035                   | 276 406              |
| Lillestrøm              | 3 012                   | 804 324              |
| <b>Totale kostnader</b> |                         | <b>12 821 774</b>    |

I tabell 6 under vises et anslag på merinntekter knyttet til økt testing. Kommunene kan benytte takst 701a som tilsvarer en inntekt på 60 kr. Flere kommuner melder at prosessen er for arbeidskrevende og at de ikke benytter takt 701 a. Anslaget under er basert på en antagelse om at volumet er likt for antall tester og antall registrerte takster på 701a.

Tabell 6: Anslag inntekter per kommune

| Område                  | Antatt økning i testing | Merinntekter     |
|-------------------------|-------------------------|------------------|
| Bergen                  | 9 947                   | 596 837          |
| Oslo                    | 24 313                  | 1 458 780        |
| Fredrikstad             | 2 883                   | 172 990          |
| Sarpsborg               | 1 990                   | 119 406          |
| Indre Østfold           | 1 570                   | 94 212           |
| MS Roald Amundsen       | 370                     | 22 200           |
| Lillehammer             | 992                     | 59 518           |
| Vestvågøy               | 401                     | 24 064           |
| Haugesund               | 1 306                   | 78 347           |
| Sveio                   | 201                     | 12 083           |
| Askøy                   | 1 035                   | 62 114           |
| Lillestrøm              | 3 012                   | 180 747          |
| <b>Totale inntekter</b> |                         | <b>2 881 298</b> |

## Testing

Kostnadene knyttet til testing vil hovedsakelig være knyttet til lønn. Det vil i tillegg være noen faste kostnader knyttet til etablering av testlinje, lokaler og IT, samt noen variable kostnader knyttet til testutstyr og smittevernsutstyr. Det er tidligere gjort beregninger i Helsedirektoratet av test-kostnader. Det er store variasjoner effektiviteten knyttet til testene og det er derfor beregnet kostnader per test for ulike utnyttelsesgrad. Ved en lav utnyttelse på 3 tester i timen vil kostnaden per test være 800 kr. Fratrullet inntekten per prøve på 60 kr. gir dette en differanse for kommunen på 740 kr. Tilsvarende er differansen for kommunen ved middels utnyttelse, på 9 tester i timen, på 207 kr. For høy utnyttelse, med 15 tester i timen, er differansen på 160 kr. per test for kommunen.

Tabell 7: kostnader per test avhengig av utnyttelsesgrad

| Variable kostnader                    | Lav utnyttelse | Middel utnyttelse | Høy utnyttelse |
|---------------------------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Ant prøver per testlinje per time     | 3              | 9                 | 15             |
| Ant timer / døgn                      | 16             | 16                | 16             |
| Testkapasitet / døgn (16 timer)       | 48             | 144               | 240            |
| Ant prøver per måned (snitt 30 dager) | 1 440          | 4 320             | 7 200          |
| <b>Totalkostnad per måned</b>         | 1 152 000      | 1 152 000         | 1 152 000      |
| Variable kostnader per prøve          | 800            | 267               | 160            |
| Variable inntekter (=701a) per prøve  | 60             | 60                | 60             |
| <b>Differanse som kan dekkes</b>      | <b>740</b>     | <b>207</b>        | <b>100</b>     |

Vi har valgt å se bort fra faste kostnader som husleie og etableringskostnader testlinje i beregningen av merkostnader ved store smitteutbrudd. Dette er kostnader som allerede har oppstått og vil trolig ikke øke med økt grad av testing. Ved behov for opprettelse av flere testlinjer eller flere lokaler er kostnadene vist under i tabell 8. Vi har og valgt å ikke inkludere prøvetakingsutstyr i beregningene

ettersom kostnadene knyttet til prøvetakingsutstyr hovedsakelig blir dekket av en annen part enn kommunen. Kostnadene til prøvetakingsutstyr er vist i tabell 9 under om det er ønskelig å inkludere disse kostnadene i beregningene.

*Tabell 8: Faste kostnader testing*

| <b>Faste kostnader</b>                          |    |         |
|---|----|---------|
| Etableringskostnad testlinje                    | kr | 200 000 |
| Faste kostnader (transport prøver, husleie etc) | kr | 50 000  |

*Tabell 9: Variable kostnader testing*

| <b>Variable kostnader</b>                                      |    |        |
|--|----|--------|
| Personell timekost   | kr | 800    |
| Personell ett døgn, 3 pers x 8 timer x 2 skift x 7 dager       | kr | 38 400 |
| Prøvetakingsutstyr (glass, børste, smittevernustyr, rekvisita) | kr | 60     |

### Smittesporing

Kostnadene knyttet til smittesporing vil hovedsakelig være knyttet til lønn. Oslo kommune beregnet i brev 15.05.2020 kostnadene knyttet til smittesporing for en uke, for et gjennomsnitt på 250 positive tester per dag. Det vil si 1750 positive tester per uke.

|   |              |
|---|--------------|
| Kostnader ved 250 smittede per dag/1750 per uke | 7 362 183    |
| Antall smittede                                 | 1 750        |
| <b>Kostnader per smittet</b>                    | <b>4 207</b> |

Kostnadene er vist i tabell 12 under. Tabell 12 viser en kostnad på 7,8 millioner kr for smittesporing av 1750 positive tester. Dette gir en kostnad på 4200 kr per positive prøve. Det vil være stor usikkerhet knyttet til kostnadsanslaget, blant annet knyttet til antall nærkontakter, bosted, informasjon om nærkontaktene.

*Tabell 10: Kostnader per uke, 1750 positive tester, for Oslo kommune*

|   | <b>Kostnader smittesporing av 250 positive tester per dag</b> |
|---|---|
| Bydelenes smittevernteam: gjennomsnittlig sykepleiere ell (12 årsverk) og leger (3 årsverk) per bydel | 5 362 500   |
| OLV (smitteoppsporing av egne ansatte)  | 66 667  |
| FSA (etablering, utvikling, lisenser, innleie, ansatte)   | 895 016   |
| Samfunnsmedisinsk beredskapsvakt (3 årsverk i vaktteam)   | 280 000   |
| Sykehjemsetaten (daglig oppfølging og vaktjeneste)  | 410 000   |
| <b>Totalt smitteoppsporing:</b>   | <b>7 014 183</b>  |
| Origo ( 11 årsverk utviklere)   | 348 000   |

**Total kostnad smitteoppsporing (inkl. utviklere) :**

Kostnadene i tabell 12 er faktiske kostnader fra mars og april 2020 i Oslo kommune. Med smittesituasjonen, med ca. 250 nye positive prøver per dag, var det behov for følgende personell til smittesporing:

- Sykepleiere eller tilsvarende personell: 10-12 årsverk pr bydel, det vil si omtrent 170 årsverk totalt. Det var primært personell fra skolehelsetjeneste og helsestasjon, smittevernsykepleier (1 pr bydel), til sammen ca. 10 fysioterapeuter/ergoterapeuter, til sammen ca. 10 sykepleiere fra hjemmetjeneste, 2-3 merkantilt personell (benyttet kun i noen få bydeler). Det ble benyttet en vaktordning med arbeidstid 10-22/12-20
- Leger: 3-4 årsverk pr bydel inkludert bydelsoverlege
  - Fastleger og tidligere bydelsoverleger primært
  - Vaktordning bakvakt
- Samfunnsmedisinsk beredskapsvakt: I tillegg har Helseetaten styrket samfunnsmedisinsk beredskapsvakt til totalt 2-3 årsverk.
- Legevakten og Sykehjemsetaten: har brukt egne ressurser til testing og smittesporing, tilsvarende ca. 10 årsverk.
- Origo utviklere: Kommunen har også brukt vesentlige ressurser på utvikling av it-systemer for å understøtte og effektivisere smitteoppsporingsarbeidet. Disse utgjør ca. 20 årsverk.

Ved spørsmål ta kontakt med Thorstein Ouren, tlf. 46899410 eller Kristine Dahle Bryde-Erichsen, tlf 99169587

Vennlig hilsen

Helga Katharina Haug e.f.  
avdelingsdirektør

Thorstein Ouren  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
Helse- og omsorgsdepartementet



## Folkehelseinstituttets svar på oppdrag 170 om ressursbruk TISK

### Oppdraget

*Kommuner med store utbrudd av covid-19 har opplevd en krevende ressursituasjon når de skal gjennomføre TISK-arbeidet og stenge ned ulike virksomheter i kommunen. Regjeringen har signalisert at den ønsker å kompensere ekstrautgiftene kommunene har hatt i dette TISK-arbeidet. Det er derfor behov for å beregne ekstrakostnader TISK-arbeidet i forbindelse med utbrudd av en viss størrelse har medført (kronebeløp). Helsedirektoratet gis følgende oppdrag*

- *Gi en definisjon på/kriterier på hva som med rimelighet kan kalles et stort covid-19-utbrudd.*
- *Med utgangspunkt i denne definisjonen/disse kriteriene gi en opplisting av hvilke kommuner som har hatt store utbrudd og gi et anslag på hvilke ekstrakostnader de store utbruddene vi har hatt til nå har påført de aktuelle kommunene.*

Vi beklager den korte fristen, tirsdag 15. september kl. 12.00

### Folkehelseinstituttets svar

Hovedpunkter:

- Det bør sikres midler til å bygge kapasitet for beredskap mot covid-19 inklusive testing, overvåking og håndtering av utbrudd i alle kommuner, tillitsskapende arbeid, kommunikasjon og tolkning.
- Det bør sikres at responsen er skalerbar, f.eks. ved at det oppmuntres til samarbeid på tvers av kommunegrenser
- Kompensasjon for håndtering av utbrudd som allerede er håndtert foreslås løst etter søknad. Det er krevende å skulle gi eksakte grenseverdier eller kriterier for slik kompensasjon ettersom mange både kvantitative og kvalitative forhold vi avgjøre hvor krevende responsen er. Det er imidlertid viktig at bekymringer rundt kommuneøkonomi ikke er begrensende for kommunenes respons ved utbrudd.
- Økonomiske insentiver kan virke mot sin hensikt, f.eks. ved å insentivere mer omfattende tiltak enn nødvendig

Det er sentralt i strategien at kommunene har en beredskap for å kunne teste, isolere, smittesporer og karantener personer som smittes i kommunen. I tillegg må sikres at det også er kapasitet for andre deler av beredskapsarbeidet som f.eks. tillitsskapende arbeid, kommunikasjon og tolkning. Jo bedre forberedt kommunene er, dess bedre rustet er de til å oppdage og håndtere utbrudd raskt. Det er viktig at kommunene bygger opp denne beredskapen uten at kommunens økonomi er til hinder for dette. Det må derfor vurderes om det vil være hensiktsmessig å tildele øremerkede midler til kommunene til å styrke testing, smittesporing og overvåkingssystemer slik at de er best mulig rustet til å oppdage og håndtere utbrudd ved utstrakt testing og smittesporing for i størst mulig grad å forebygge større utbrudd.

Samtidig ser vi at økonomien kan være til hinder for raskt å skalere opp responsen slik at kommunene får utvidet kapasitet for testing og sporing ved utbrudd. En plan for kompensasjon for store ekstrakostnader knyttet til håndtering av utbrudd kan derfor være hensiktsmessig for å redusere risiko for at utbruddet kommer ut av kontroll.

Vurderinger av økonomiske virkemidler faller ikke innenfor FHIs ansvarsområde. Instituttet har imidlertid pekt på at det å sikre tilstrekkelige ressurser i kommunene til å kunne håndtere utbrudd er sentralt for å lykkes med nåværende strategi. I dette oppdraget følger noen vurderinger rundt utbruddshåndtering og ressursbehov

## Vurderinger rundt ressurser knyttet til utbruddshåndteringen

Hvor ressurskrevende håndteringen av et utbrudd er avhenger av langt flere faktorer enn bare antall smittede:

- I hvilken setting utbruddet skjer vil bety mye for antall nærkontakter, og hvor vanskelig det er å få fatt i nærkontaktene. Noen utbrudd vil kunne være store i antall tilfeller, men skje i et avgrenset miljø som letter smittesporingen. Andre utbrudd kan være mindre i antall tilfeller, men det kan være svært mange nærkontakter, og dårlig oversikt over disse, typisk i utbrudd blant unge voksne med store kontaktnett
- Noen utbrudd vil kreve ekstra ressurser knyttet til språk, tolketjeneste, kulturforståelse og kommunikasjon
- Hvilke tiltak kommunene beslutter å iverksette og hvordan kommunen i en tidlig fase oppfatter utbruddet vil også ha betydning.
- Andre forhold enn selve utbruddet har betydning for omfanget av smittesporingen. For eksempel har begrenset test-kapasitet på lab-siden gjort enkelte utbrudd krevende å håndtere selv om antall tilfeller ender med å bli relativt få.
- Forhold ved kommunen:
  - Små kommuner vil naturlig nok ha mindre kapasitet enn store kommuner, slik at hva som vil vurderes som et stort utbrudd henger nært sammen med kommunens størrelse.
  - kommunenes erfaring og eksisterende beredskap vil ha betydning for hvor mye ressurser man trenger.
  - Kompensasjon

Det er på bakgrunn av det overnevnte ikke mulig å gi en bestemt definisjon av hva et ressurskrevende utbrudd er. Vi foreslår heller at dette vurderes i etterkant basert på en begrunnet søknad om kompensasjon som beskriver

- Antall smittede
- Antall nærkontakter definert i hht FHIs definisjoner, herunder antall nærkontakter som trenger tilbud om oppholdssted for karantene og/eller isolasjon
- Antall testede i forbindelse med smittesporingen
- Varighet av utbruddet
- Merbelastning i kommunen knyttet til testing, sporing og annet arbeid med å håndtere utbruddet & rådgivning, kommunikasjon, oppfølging av smittede og kontakter mv

I tillegg gjøres en helhetsvurdering basert på andre, relevante forhold (for eksempel behov for å innleie av ekstra personell, overtidsbelastning, teknisk assistanse, tolketjenester, transportbehov for pasienter og prøver, andre forhold som har vanskeliggjort smitteoppsporingsarbeidet mv.)

Alle disse må vurderes opp mot kommunens størrelse.

Kommunene bør etterskuddsvis kunne søke om kompensasjon basert på en redegjørelse av overnevnte forhold.

### Øremerkede midler til beredskap

Et viktig forhold som bør vurderes i tillegg til den etterskuddsvis kompenseringen og som Folkehelseinstituttet vurderer som vel så viktig, er å gi insentiver eller støtte for å bygge god TISK-kapasitet. Kommuner må gis anledning til å sikre god beredskap og kapasitetsbygging for på den måten sikre gjennomføring av TISK-strategien raskt når utbruddet rammer kommunen. En god beredskap (som medfører kostnader i oppbygningsfasen) vil sannsynligvis føre til en raskere og mer kostnadseffektiv håndtering sammenliknet med kommuner uten tilsvarende beredskap. Ordningen med refusjon må derfor ikke være et insitamant til å vente med å bygge opp beredskap.

Folkehelseinstituttet foreslår derfor at det heller gis øremerkede midler til å bygge opp kapasitet og beredskap for raskt å kunne oppdage og håndtere utbrudd i kommunen.

### Kommuner som vurderes å ha hatt store utbrudd

Vi mener det er andre forhold enn bare størrelsen på utbrudd som bør styre kompensasjonsordninger. Utbrudd som omfatter relativt få individer, kan bli svært ressurskrevende å håndtere f eks fordi det er vanskelig smittesporingsarbeid som gjøres. Vi mener det er kommunen selv som bør redegjøre for merarbeidet og belastningen gjennom en søknad om kompensasjon.

I tabellen under er noen av de største utbruddene siden slutten av juni. På grunn av begrenset tid har det ikke vært mulig å ha en nærmere gjennomgang av alle utbruddene. De er ikke vurdert ut fra hvor ressurskrevende de har vært å håndtere, og det kan også være hendelser i en kommune som har krevd mye ressurser å håndtere, men som ikke er inkludert under, jfr. punktene beskrevet over.

#### U. off iht offentlighetslova §13

| Dato     | Beskrivelse  | Tilfeller og kontakter   | Oppfølging  |
|----------|--|--|---|
| 21.08.20 | <b>Bergen</b><br>Utbrudd knyttet til sosiale arrangementer for studenter (fadderuke) ved flere av byens utdanningsinstitusjoner. Bergen har hatt et stabilt antall tilfeller den siste uken med rundt 30 tilfeller daglig etter prøvedato. De fleste av de nye smittede er kjente nærkontakter (2-4 daglig med ukjent smittevei). Utbruddet blant studentene begynner å avta, men flere små nye utbrudd dukker opp i tilknytning til dette, for eksempel ulike kor og utesteder. Bergen opplever store utfordringer i forhold til smittesporing og bemanningssituasjonen. Bergen innførte en del tiltak tirsdag 8.9 som i første rekke gjelder for 10 dager. | Ca 400 tilfeller, hovedsakelig knyttet til studentmiljø, med flere mindre utbrudd. Omfattende smittesporing på grunn av stort kontaktnettverk. | Håndteres lokalt. FHI her i løpende kontakt med smittevernlegen i Bergen. |

|                       |   |   |   |
|-----------------------|---|---|---|
| 13.09.20              | <p><b>Oslo</b></p> <p>Oslo har hatt en gradvis økning av tilfeller siden 1. august og deretter en utflating på et høyere nivå med 30-35 nye tilfeller per dag. Mye av smitte kan knyttes til smitte i mindre grupper og enkelte utbrudd som kommunen og bydelene håndterer.</p> <p>Aktuelle utbrudd i uke 36 er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utbrudd i en omsorgsbolig i Nordstrand (50 beboere i egne leiligheter og 29 ansatte med kontakt i den aktuelle perioden, alle testes, foreløpig 4 ansatte positive og 4 beboere positive)</li> <li>- Utbrudd på St Hanshaugen/Frogner knyttet til en høyskole, 21 tilfeller totalt</li> <li>- To mindre utbrudd i Østsjø: 5 tilfeller (familieutbrudd) og 16 tilfeller tilknyttet en omsorgsbolig (5 beboere og 11 ansatte)</li> <li>- Flere elever fra fire ulike klasser og ansatte i karantene på en videregående skole i Gamle Oslo på grunn av noen påvist tilfelle</li> </ul> | 30-35 tilfeller daglig, noen mindre utbrudd de siste månedene.      | Utbruddene håndteres lokalt. FHI har fortløpende kontakt med Oslo kommune.  |
| 30.08.20              | <p><b>Fredrikstad/Sarpsborg/Indre Østfold</b></p> <p>Utbruddet er knyttet til et sjiamuslimsk miljø og involverer et religiøst arrangement med mange deltakere. Styrking av kommunikasjon med det religiøse miljøet og intensivt smittesporingsarbeid og testing pågår.</p>   | Så langt i utbruddet er det ca 265 tilfeller fordelt på 6 kommuner. | Håndteres lokalt. FHI bistår kommunelegene med råd og praktisk hjelp (jevnlig møter, dataanalyse og sekvensering av virus)                            |
| 29.07.20 / 31.07 2020 | <p><b>MS Roald Amundsen</b></p> <p>Det er registrert 70 personer som kan knyttes til utbruddet på hurtigruten MS Roald Amundsen. Disse fordeler seg på 42 mannskap og 28 passasjerer, hvorav 3 deltok på seilas 1 og 26 på seilas 2. Det siste tilfellet var rapportert 16.08. Alle mannskap fra skipet er nå ut av karantene.</p>  | 70 tilfeller, ca 300 kontakter i ulike kommuner.                    | Håndtert av Tromsø kommune. FHI har bistått Tromsø kommune og Hurtigruten i arbeidet, blant annet med smittesporing, og vurderinger og smittevernråd. |
| 13.08.20              | <p><b>Lillehammer</b></p> <p>Per 30.08 har 25 tilfeller blitt rapportert knyttet til NTG Ishockey, et yngre ishockeylag tilknyttet samme skole og</p>   | 25 tilfeller. 412 personer fra NTG var i karantene, hvorav 170 var  | Håndtert lokalt.  |

|          |  |   |   |
|----------|--|---|---|
|          | et håndballag. Tilfellene er bosatt eller folkeregistret i 10 ulike kommuner.  | definerte som nærkontakter.                           |   |
| 21.08.20 | <b>Vestvågøy</b><br>Mellom 17. august og 28. august har 23 personer testet positive. En skole var stengt fordi alle lærere er i karantene. To andre skoler og en barnehage var stengt i en dag, men åpnet igjen etter helgen. Cirka 10% av befolkningen er testet og de aller fleste testene kommer ut negative. | 23 tilfeller.   | Håndtert lokalt. FHI bistår med råd.  |
| 05.08.20 | <b>Indre Østfold (Askim)</b><br>Per 21. august hadde ca. 100 personer fra Indre Østfold testet positivt for covid-19 i utbruddet i august. Det har vært en gradvis nedgang i nye tilfeller og mesteparten av de nyere tilfellene var blant kjente nærkontakter.  | Ca 100 tilfeller, mange kontakter testet.             | Håndtert lokalt. Omfattende tiltak ble implementert som respons.  |
| 07.08.20 | <b>Oslo, Vestre Aker</b><br>Antall smittet av Covid-19 grunnet festene i bydel Vestre Aker er nå til sammen 53, hvorav 38 hadde vært på festene og 15 var nærkontakter av disse. 5 av tilfellene er bosatt i Bergen og 4 i Bærum.  | 53 tilfeller, over 200 nærkontakter ble identifisert. | Håndtert lokalt. FHI har hatt jevnlig kontakt med smittevernkortoret i bydel Vestre Aker og de affiserte kommunene. |
| 31.07.20 | <b>Haugesund/Sveio/Askøy</b><br>20+ positive tilfeller fra samme familie/omgangskrets tilknyttet positivt Covid-19-tilfelle der det er mistanke om utenlands smittested.   | Ca 25 tilfeller, 50 + personer var i karantene.       | Kommuneoverlegene i de tre kommunene samarbeider om håndtering.   |
| 25.06.20 | <b>Sagdalen skole, Lillestrøm</b><br>Utbrudd tilknyttet en barneskole. 40 tilfeller (9 ansatte, 16 elever og 15 nærkontakter).   | 40 tilfeller  | Håndtert lokalt.  |