

Sundhedsministeriet

Enhed: NAERSOM
Sagsbeh.: DEPLSL
Koordineret med: UM, STPS
Sagsnr.: 2104150
Dok. nr.: 1647734
Dato: 16-03-2021

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Christiansborg, onsdag den 24. marts 2021 kl. 16.30-17.30, Epidemiudvalget, lokale 1-133

Samrådsspørgsmål G-J om smitteopsporing

Spørgsmålene er stillet efter ønske fra Henrik Dahl (LA), Kirsten Normann Andersen (SF) og Stinus Lindgreen (RV)

Samrådsspørgsmål G:

”Hvad er forklaringen på, at den danske succesrate med hensyn til smitteopsporing er så relativ beskeden i forhold til f.eks. Norge, Sydkorea og Japan?”

Samrådsspørgsmål H:

”Hvordan samarbejder Styrelsen for Patientsikkerhed med kommunerne og f.eks. daginstitutioner, skoler, ældrepleje m.m. om smitteopsporing?”

Samrådsspørgsmål I:

”Vil ministeren i forlængelse af de heftige smittetilfælde, man f.eks. har oplevet i Kolding i uge 7 og 8, oplyse om, hvordan Styrelsen for Patientsikkerhed konkret har skaffet sig oplysning om, hvordan smitten opstod og siden bredte sig, både så man kunne inddæmme smitten, men også opsamle erfaringer til brug for nye kommende situationer med stor smittespredning med hensyn til nedlukning og alternative arbejdstilrettelæggelse?”

Samrådsspørgsmål J:

”Hvordan vil regeringen og Styrelsen for Patientsikkerhed i samarbejde med kommuner og regioner styrke smitteopsporingen i forbindelse med den bebudede genåbning af samfundet, så man hurtigt kan inddæmme ny smitte?”

Tak for indkaldelsen til samrådet her om et vigtigt emne.

Jeg vil starte med at sige, at de gør et kæmpe og flot arbejde både ledere og medarbejdere i smitteopsporingen. Det er et virkelig vigtigt arbejde for vores epidemikontrol.

Men jeg vil også sige, at det har haltet i Danmark og vi så det konkret i december måned, hvor man ikke kunne følge med. Der var en eksponentiel stigning på et tidspunkt, hvor man ikke kunne nå at følge med. Det er også beskrevet i flere andre svar m.m. til Folketinget. Ikke desto mindre så er det jo situationen. Det skal man tage alvorligt og det har vi taget alvorligt.

Vi har igangsat en lang række tiltag, som har styrket og konkret har forbedret indsatsen. Samrådsspørgsmålet her handler jo også om udlandet og vi har kigget mod udlandet. Vi har nedsat en følgegruppe med eksperter, som rådgiver os, og jeg vil sige, at tallene viser, at vi i dag har en langt mere effektiv og stærkere smitteopsporing end vi har haft. Det var jo også formålet, så det har ikke noget med selvros at gøre, tværtimod så var det noget som har haltet og som har skulle forbedres. Nu er der så også kommet nogle forbedringer.

Opsporingen er udbygget og den er gjort mere intensiv i at kontakte smittede og nære kontakter og helt konkrete tal viser jo nu, at Coronaopsporingen får fat i lige omring 98 pct. af de smittede, som de har oplysninger på. Det vil sige, at vi virkelig er kommet højt op og dem man ikke får fat i, dem prøver man jo på alle mulige måder at få fat i. Men altså 98 pct. nu her.

Det har været en afgørende styrkelse, for det er klart, at en effektiv og velfungerende smitte- og kontaktopsporing det er nødvendig. Det kommer jeg tilbage til.

Så vil jeg ridse op, hvordan opsporingen er sat op i Danmark – og med det afsæt besvare de fire spørgsmål.

Kontaktopsporing foretages af Styrelsen for Patientsikkerhed, og det er den del, der i offentligheden har været mest opmærksomhed på. Men en stor del foregår også i kommunen og i regionen. De står for opsporingen på skoler, institutioner og sygehuse – med rådgivning og nogle gange aktiv bistand fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Det betyder så også, at de opgørelser, som vi offentliggøre omkring indsatsen, det dækker styrelsens indsats, og dækker ikke data på den enkelte kommunes opsporing. For eksempel hvis der er en hel skoleklasse af nære kontakter, så er der jo en smittet til måske 25 nære kontakter, som jo ville tælle meget op, hvis man sammenligner med, hvor mange nære kontakter vi opsporer i forhold til andre lande. De tæller så ikke med her, fordi det ikke er Styrelsen for Patientsikkerhed, der står for den opsporing. Opsporingen foregår i skolen, som jo har den daglige kontakt til eleverne og kender dem fra deres hverdag.

Det er en af begrundelserne for, at det kan være vanskeligt at lave den konkrete sammenligning på tværs af lande, altså kun ud fra tal alene.

I Danmark sker kontaktopsporingen i Coronaopsporingen og i kommuner og regioner efter de sundhedsfaglige retningslinjer. De udstikkes af Sundhedsstyrelsen. Det er dermed også Sundhedsstyrelsen, der definerer, hvem der er nære kontakter til en smittet, herunder kriterier om afstand og tidsperioden man skal have været tæt sammen for at være nær kontakt. Retningslinjerne er jo blevet tilpasset – det kan man jo se – løbende. Bl.a. ud fra hvad man har af erfaringer fra udlandet, men også ud fra epidemiens udvikling – vi har nu en variant, som smitter mere, så har man jo også justeret på metergrænser og andet. Så der er helt klart blevet tilpasset løbende for kontakt- og smitteopsporing.

Det er også vigtigt at slå fast, at arbejdet jo bygger på et frivillighedsprincip. Folketinget har jo også flere gange signaleret, at det skal gælde fortsat. Nogle gange, når man sammenligner med andre lande, som ikke bruger samme grad af frivillighed, så er det jo også bare en anden situation. Det kan for eksempel være, hvis man har forskellige former for tvang. Det har vi ikke i Danmark og det betyder, at vi respekterer og accepterer, hvis de smittede ikke ønsker at videregive oplysninger om deres nære kontakter til myndighederne, og hvis de siger, at de selv vil kontakte deres nære kontakter. Det betyder jo ikke, at vi ikke kraftigt opfordrer til det og også forklarer vigtigheden af en god og effektiv kontaktopsporing. Det sker hele tiden.

Samtidig rækker frivilligheden også til, at vi kan se, at rigtig mange begrundes deres test med, at de har været i nær kontakt med en smittet. Så vi kan se, at nogle siger, at jeg vil godt selv kontakte mine nære kontakter og derefter er der nogle der tager en test, hvor vi så kan se, at de tager den, fordi de er har været nær kontakt. Så folk tager altså selv initiativ.

Med spørgsmål G spørges der til den danske succesrate sammenlignet med andre lande og der er specifikt nævnt Norge, Sydkorea og Japan.

Jeg er helt enig i, at det er vigtigt, at vi lærer af andre lande, men, som jeg var inde på, så er det ikke helt nemt at sammenligne tal på tværs. Det er der nogle medier, der har gjort, og det kan selvfølgelig være interessante overskrifter og artikler, men man skal lidt mere ned i det kvalitative for at se på forskellene i setuppet. Der er en del forskelle, også i opgørelsesmetoderne.

Nogle eksperter er på et tidspunkt kommet frem til, og det er noget af det, som har været omtalt i Danmark, at for at opsporingen er en succes, så skal man helt op på mellem 15 og 40 kontakter per smittet for at få en effekt på kontaktopsporingen. Jeg tror, at det var de tal, der florerede i sommeren. Mellem 15 og 40 kontakter. Det har vi ikke været i nærheden af i Danmark. Det leder umiddelbart til to overvejelser:

For det første: Med gældende anbefaling om, at vi skal begrænse vores sociale kontakter – og har været sådan i lang tid - til 5 personer, så bør man ikke have så mange nære kontakter. Overhoved.

Og så må man sige, at når tallet kommer lidt højere op i en skoleklasse eller lignende, jamen så er de data ikke med i de danske optællinger. Det vil selvfølgelig kunne noget ud, hvis man lægger de tal ind. Så successen skal måske ikke måles på antallet af kontakter, men på i hvor høj grad, vi har kontrol med smitten. Den smitte var eksponentiel i en periode i december, som gjorde det svært at smitteopspore, som oversvømmede smitteopsporingen og det var igen med til at betyde, at der var mindre kontrol med smitten, hvorimod man må sige nu, at myndighedernes vurdering er, at vi har kontrol på nuværende tidspunkt. Myndighederne har sagt gentagende gange, at det selvfølgelig fortrinsvis skyldes befolkningens opbakning til restriktioner, men jo også intensiv testning og en smitteopsporing, som virker langt bedre med de indsatser, som der er lavet.

I forhold til de specifikke lande kender vi selvfølgelig mest til tilgangen i Norge og vi har bl.a. via en repræsentant i den ekspertgruppe, som Sundhedsministeriet har nedsat og som også nævnt i høj grad har bidraget til, at vi nu har en forbedret smitte- og kontaktopsporing, fået oplysninger fra Norge.

Derudover har vi indhentet information om de andre lande fra ambassaderne frem til samrådet.

Vores tilgang minder meget om den norske model. Det har den gjort i store træk – ikke 100 pct. – men i store træk. I forhold til, hvordan man fx definerer nære kontakter, men det er sådan at organiseringen er forskellig. I Norge er ansvaret for smitteopsporing placeret hos Norges kommuner. Norge er jo et land, som er langt større end Danmark, men med lidt mindre befolkningstal, og de har 356 kommuner. Så der er på mange måder organiseringsforskelle mellem Danmark og Norge. I Danmark har vi opgaver centralt hos Styrelsen for Patientsikkerhed, og lokalt i forbindelse med skoleudbrud eller andet.

Norge er sluppet igennem epidemien med et lavt antal syge og døde med corona også i forhold til Danmark. Lige nu oplever de en bølge i Oslo. Vi ved reelt ikke, om en effektiv kontaktopsporing i forhold til Danmark har været en del af årsagen. Der er jo også forskelle i fx geografi og befolkningstæthed. Men det ændrer ikke på, at vi er inspireret af Norge og de ting, som de lykkes med. Man kan også se, at vi i den brede politiske aftale vil styrke kommunernes rolle i forhold til hurtig reaktion på lokale smitteudbrud.

Vi har været i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet i Oslo. De har oplyst følgende – **og jeg citerer:**

”Folkehelseinstituttet har set på data fra enkelte kommuner med strenge tiltag og der er gennemsnittet for antallet af registrerede kontakter den seneste tid ca. 5-7, men med stor variation. De allerfleste har under 10 registrerede kontakter, men enkelte har mange flere.

FHI vurderer at antallet af kontakter, der opspores pr. smittet i Norge, i høj grad varierer afhængigt af de gældende råd og tiltag nationalt og lokalt.

For børn og unge vil antallet af kontakter fx være meget større når skolerne er i drift på ’gult niveau’ sammenlignet med ved ’rødt niveau’ (højere smitteniveau og begrænsning i antal kontakter i skolen), jf. den nationale trafiklysmodel.

For ansatte i sundhedsvæsnet, børnehaver/skoler og enkelte service jobs (som fx taxichauffører, frisører etc.) er antallet kontakter højere end for andre jobs, som kan benytte hjemmekontor.

Med de nye mutanter udvides smittesporingen også så flere mennesker defineres som ’kontakter’, der bedes teste sig og gå i ventekarantæne.” Citat slut.

Det var Norge.

I Sydkorea defineres nære kontakter ud fra faktorer hos den smittede. Det kan være, om den smittede har symptomer, båret mundbind, hvor den smittede har mødtes med andre, fx type af transportmiddel, udenfor eller type lokale, og hvor lang tid den smittede har været sammen med andre.

Ambassaden i Sydkorea har været i kontakt med Korea Disease Control and Prevention Agency, og deres Epidemiology Investigation Team oplyser, at der ikke foreligger data på antal kontakter opsporet pr. smittet. Det skyldes flere faktorer:

- Der er stor variation i faktorer hos den smittede, som jeg nævnte før: hvor vedkommende har været, om smittede har båret maske, afstand, etc.
- Smitteopsporing varetages i mange tilfælde på lokalt niveau, hvorfor myndighederne ikke har et samlet tal.

Derudover oplyser ambassaden i Sydkorea, at Sydkorea har etableret et særligt opsporingsystem. Det er et system som er baseret på information fra patientinterviews og kortlægning af individers færden ved f.eks. at anvende kreditkortinformation, overvågningsvideoer og GPS data fra mobiltelefoner.

Som det er udvalget bekendt, så er det jo noget af det, som man fravalgte i smitteopsporingsappen, at skulle have GPS-overvågning. Så de har nogle andre værktøjer, som de bruger i Sydkorea.

De japanske kriterier for nære kontakter ligner de danske – om end de opererer med 1 meters, hvor vi har øget til to - og forøgelsen skete jo netop i forbindelse med B117.

Lokalregeringerne står for opsporing med bistand fra et udgående centralt team. Og så har man i Japan haft udfordringer med kapaciteten og måttet indsnævre målgrupperne i forbindelse med en stigning i smitten omkring årsskiftet.

Ambassaden i Tokyo har oplyst, at der ikke er offentlige tal for hvor mange der opspores per smittet, hverken i medierne eller fra de relevante offentlige kontorer, som man har været i kontakt med. De oplyser, at det nærmeste de kommer det, er at man i Tokyo den seneste måneds tid har kunnet spore ca. halvdelen af de registrerede smittedes smittekæde (altså hvem, de har fået den fra) samt at den nyeste strategi fra Tokyo lægger mere vægt på at teste efter virusmutationer end kontaktopsporing. Det daglige antal smittede i Tokyo har i denne periode været mellem 150-350 ud af ca. 14 mio. indbyggere.

Ambassaden vurderer altså ikke, at det relativt lave smittetal skyldes kontaktopsporingen, men nærmere en stærk indsats ift. god hygiejne, anvendelse af ansigtsmasker, overholdelse af afstandskrav mv

Så for at opsummere: Det er svært at sammenligne – både på grund af data og forskelle mellem landene. At nogle lande har forholdsvis endnu færre syge og døde end Danmark. Det kan have mange årsager, og vi skal hele tiden forbedre os – ikke mindst ved at lade os inspirere af andre.

Til spørgsmålet om samarbejde med kommunerne.

Der er et tæt samarbejde med kommunerne og STPS om håndteringen af covid-19. Det gælder både i form af generel rådgivning om forebyggelse af smittespredning i forbindelse med lokale udbrud og i vidt omfang også om kontakt- og smitteopsporing.

Allerede tilbage i marts sidste år oprettede styrelsen en hotline for blandt andre kommuner og kommunale sundhedstjenester, som har rådgivet om forholdsregler i tilfælde af, at en borger eller patient er smittet, om håndtering af udbrud og om hygiejniske forholdsregler.

Samarbejdet er sidenhen blevet styrket med samarbejde om opsporing, udgående indsatser mv. Det er også baseret på en tættere overvågning på sogneniveau – det vender jeg tilbage til.

I januar skabte vi hjemmel til, at kommunerne dagligt kan få oplysninger på de smittede i deres kommune, så de kan bistå styrelsen med kontakt- og smitteopsporing og bl.a. bistå med praktisk hjælp såsom indkøb og henvise borgere til kommunale isolationsfaciliteter. Per den 22. marts har i alt 91 kommuner indgået aftale med styrelsen om at modtage oplysninger.

Derudover er der en række tværgående møder, blandt andet Lokal Beredskabs Stabs-møder (LBS). De holdes ugentligt med deltagere fra kommuner, region, politi, beredskabsstyrelse, Styrelsen for Patientsikkerhed og i nogle tilfælde Statens Serum Institut.

Ved de møder oplyses de enkelte kommuner i den pågældende politikreds om antallet af nye smittede, nyeste kommuneincidenser osv. Derudover intensiveres indsatsen yderligere, hvis smitten stiger bekymrende, som vi har set det i Kolding og Vollsmose og flere andre steder.

I forhold til spørgsmålet om lokale udbrud i bl.a. Kolding, så oplyser Styrelsen for Patientsikkerhed følgende – **og jeg citerer:**

”På få dage skete der en hurtig stigning i incidensen, da deltavarianten B117 blev dominerende og hurtigt spredte sig. Formodentlig startede udbruddet på en skole, hvorefter styrelsen i kontakt med kommunen kunne følge spredningen af smitten, der spredte sig til ansatte på skolen og videre til deres børn. Derefter kom der spredning i familierne og ud på arbejdspladserne. I løbet af de følgende dage fremkom et smittebillede som følger:

- *Smitten var koncentreret til Kolding by (postnummer 6000)*
- *Der var høj husstandssmitte i socialt udsatte boligområder*
- *Der var flere smitteudbrud på skoler og daginstitutioner, men langt de fleste smitteudbrud*

forholdsvis små udbrud. Der blev foretaget enkelte skolelukninger/institutionslukninger

- *Der var kun få og mindre smitteudbrud på plejecentre*
- *Der var større smitteudbrud på enkelte virksomheder med udenlandske arbejdstagere*

Smitten blev inddæmnet ved opsporing af smittede og sikring af isolation af smittede. Kommunen tilbød isolationsfaciliteter og anden hjælp, så de smittede kunne blive i isolation.

Der blev bl.a. iværksat:

- *Øget testindsats i de berørte områder*
- *Kommunikation via lokale tillidspersoner med stor legitimitet i områderne*
- *Udarbejdelse af informationsmateriale, herunder film og flyers på flere forskellige sprog*
- *Kommunikation via flere platforme bl.a. via SMS, sociale medier og AULA”*

Der er ingen tvivl om, at vi hele tiden lærer af denne epidemi og der kom også læring ud af det lokale smitteudbrud i Kolding. Læringen var, at netop samarbejdet mellem styrelsen og kommunen er virkelig vigtig for at der hurtigt kan tilrettelægges en målrettet indsats. Kommunen har jo helt afgørende lokal viden, styrelsen har helt afgørende viden om smitten, så det er det vi skal have til at arbejde endnu bedre sammen.

Til sidst om indsatsen i forbindelse med genåbning

Vi er fast beslattede på – i samarbejde med Folketingets partier – at gøre alt, hvad vi kan for at beskytte genåbningen med en omfattende testindsats, stærk smitteopsporing og lokal nedlukning af aktivitet.

Statens Serum Institut fremhæver, at den styrkede opsporing er en af forklaringerne på, at vi i Danmark har holdt smitten i ave på trods af de mere smitsomme mutationer.

Med rammeaftalen for plan om genåbning fra den 22. marts er aftalepartierne enige om, at hurtige og effektive lokale nedlukninger baseret på en automatik er et afgørende redskab i epidemikontrollen. Ved lokale udbrud skal myndighederne iværksætte tiltag og restriktioner, der både sikrer en øjeblikkelig håndtering af det konkrete udbrud – men samtidig også den nødvendige aktivitetsnedgang i det berørte område sådan, at smitten bringes under kontrol. Der kan være tale om nedlukninger og udskydelse i forhold til genåbningsplanen på både institutions-, lokalt-, kommune-, landsdels-, eller regionsniveau.

Derudover er vi også enige om, at det kommunale niveau – som supplement til de beføjelser de statslige myndigheder har i dag – skal have bedre muligheder for at iværksætte tiltag og restriktioner lokalt. Altså at kommunerne skal have øgede beføjelser til f.eks. at lukke kommunale institutioner mv., når der sker en lokal stigning i smitten.

Tak for ordet.