

## Hvorfor innreisekarantene?

*Michael 2021; 18: 325–37.*

*Innreisekarantene er blitt brukt som smittevernstiltak i over 600 år. Da covid-19 rammet vinteren 2020 hadde verdens stater ulik tilnærming til innreisekarantene. I Norge var vi tilbakeholdne med et slikt tiltak, mens man i Kina raskt tok det i bruk. Forskjellen kan forklares med historiske og politiske ulikheter. I Vesten har innreisekarantene siden 1800-tallet blitt sett på som antitesen til globalisering, liberalisme og individets rettigheter, og var derfor i konflikt med rådende ideologi.*

*I tillegg kom forskjeller i nyere erfaringer med epidemiske sykdommer. I Kina brukte man erfaringene med SARS (severe acute respiratory syndrome), mens man i Norge vendte seg til pandemiplaner for influensa. Det internasjonale helsereglementet (IHR) og Verdens helseorganisasjon (WHO) la også føringer for medlemstatene og frarådet dem å ta i bruk innreisekarantene.*

*Vi argumenterer for at disse historiske erfaringene ledet til en blindhet mot å ta i bruk innreisekarantene ved opptakten til pandemien i Norge. Siden mars 2020 har likevel innreisekarantene og andre innreisetiltak spilt en viktig rolle i pandemihåndteringen. Koronapandemien har skapt en historisk sett ny begrunnelse for innreisekarantene, nemlig avlastning av helsevesenet.*

Ved utbrudd av sykdom forårsaket av et nytt virus vender man seg ofte til fortiden for erfaringer. Innreisekarantene er blitt brukt som smittevernstiltak i snart 700 år (1), og erfaringene har variert mellom land. Da covid-19-utbruddet skjøt fart i vintermånedene 2020, tenkte man ulikt om bruken av innreisekarantene i forskjellige deler av verden. I sørøst-asiatiske land var man tidlig ute med å børste støv av erfaringene fra SARS-epidemien i 2002–2003 (2), og innførte streng sosial nedstengning, innreisekarantene og stengte av hele byer for å bremse viruset (3). Norske helsemyndigheter og

WHO frarådet denne type tiltak i januar og februar, og uttalte at man heller ikke så for seg at det på noe tidspunkt skulle bli formålstjenlig (4, 5).

Det eksisterte en motstand i Vesten mot å benytte seg av innreisekarantene i generell pandemihåndtering. Spørsmålet vi reiser i denne artikkelen er hvor denne motstanden kom fra og hva som kan ha bidratt til skifte av kurs. I forsøket på å besvare dette utforskes forholdet til karantene gjennom historien, gjeldende pandemiplaner og internasjonale forpliktelsers rolle i pandemihåndtering. I fravær av vaksine og beredskapsplaner kan ivaretagelsen av helsesystemet løftes frem som en ny begrunnelse for karantene.

## Definisjon

Vi benytter «innreisekarantene» om ordningen i Norge som ble innført med forskrift hjemlet i smittevernloven § 4-3, som bestemmer at alle som ankommer landet skal settes i karantene i et bestemt antall dager. I Norge var dette 14 dager i mars 2020, men ble i mai 2020 redusert til ti dager på grunn av ny kunnskap om viruset (6).

## Karantenens historie

Innreisekarantene har en lang historie og ble tatt i bruk allerede fra slutten av 1300-tallet (1). Under epidemiene på 1800-tallet ble det tydelig at karantene kolliderte med samfunnsutviklingens krav. Endringer i produksjon, teknologi og transport førte til det mange har kalt den moderne globaliseringsprosessen. Smittevern og karantene ble dermed ansett å hindre handel både mellom og innad i land (7, 8). Historikeren Erwin Ackerknecht (1906-88) har argumentert for at sykdomsteori og forebygging på 1800-tallet ikke bare var et resultat av medisinsk kunnskap, men fulgte de rådende økonomiske og politiske interessene (9). Han påpekte at de demokratiske og liberale statene mente de epidemiske sykdommene kom av såkalte miasmer, og benyttet frivillighet og sanitære tiltak i møte med infeksjonssykdommer for å unngå at smittevern gikk på bekostning av handel og individets rettigheter. Det sammenfaller med koleraepidemien i Norge i 1853 hvor skipskarantene ble tatt i bruk for siste gang (7, 8). Årsaken var at kolera ble antatt å være en miasmatiske sykdom og da var ikke karanteneplikt lenger nødvendig (8). I de autoritære regimene trodde man derimot at sykdommene var smittsomme, og derav stod tiltak som tvangsvaksinering, pålagt karantene og andre vesentlige inngrep i personlig frihet og økonomiske interesser sentralt i smittevernet (10, 11). Ackerknechts påstand om direkte sammenfall mellom autoritære stater og medisinske smitteteorier har senere blitt imøtegått som for generaliserende (9, 12, 13). Men tendensen var klar, og med fremveksten av demokrati, liberalisme og internasjonalisme i vesten,

har karantene gjennom de siste århundrene blitt oppfattet som et stadig mer uaktuelt virkemiddel. I land preget av andre verdier kan dette stille seg annerledes, og Ackerknechts teser kan tilsi at en autokratisk stat som Kina, vil ha en lavere terskel for å anvende karantene.

Heller ikke under spanskesyken, forrige århundres mest omfattende pandemi, ble karantene tatt i bruk i Norge. Dermed var ikke tiltaket blitt tatt i bruk på nærmere 170 år da spørsmålet om innreisekarantene meldte seg med full kraft i forbindelse med covid-19-utbruddet vinteren 2020.

Andre historikere, som Peter Baldwin, har påpekt hvordan ulike lands karantenepraksis henger sammen med det han kaller geoepidemiologiske forhold (14). Eksempelvis viser han til hvordan Storbritannia kunne innføre mildere tiltak mot koleraepidemien, fordi de lå lengst unna koleras opprinnelse i Asia. Dermed kunne de observere hvordan karantene i andre europeiske byer mislyktes i å stoppe pandemien, og unnlate å ta det i bruk (14). Et lands geografiske plassering spiller altså en rolle i pandemihåndtering. Med et slikt perspektiv hadde Norge et lite «geografisk forsprang» over Kina i forbindelse med spredningen av viruset, og det kunne vært hensiktsmessig å se til Kinas effektive håndtering av pandemien på et tidligere stadium (3). Likevel, ettersom viruset traverserte landegrensene så hurtig, hadde man et smalt handlingsvindu, og det kan virke som de ulike politiske tradisjonene og erfaringene dermed ble mer utslagsgivende i den første fasen av pandemi-håndteringen.

### Vurderinger i begynnelsen av utbruddet

Pandemihåndtering tar sikte på å få smitten under kontroll. Det er særlig to strategier som er aktuelle for å håndtere smittekontakter; individuell overvåking og karantene (15). Mens man i Kina gikk for sistnevnte (3), belaget Folkehelseinstituttet (FHI), i likhet med WHO, seg i første omgang på individuell overvåking (4, 5).

I rapportene som FHI publiserte i januar og februar 2020, forut for virusets debut i Norge den 26. februar 2020, var man kritiske til innreisekarantene som tiltak (4, 5, 16). I slutten av januar 2020 anslo FHI risikoen for import til Norge som foreløpig lav (4). De vurderte at karantene av nærkontakter (de som hadde vært i nær kontakt med bekreftet smittet person) og av tilreisende fra epidemiske områder var for inngripende og påpekte at «[d]et kan være utfordringer med gjennomførbarhet, ressursbruk og akseptabilitet i befolkningen for (...) slik[e] tiltak» (4, s. 11). Konklusjonen ble at informasjon og symptomovervåking, altså selvisolering først ved utvikling av symptomer, ville kunne gi tilsvarende resultater som karantene.

En måned senere ble risikoen for importsmitte vurdert som høy, og FHI anbefalte frivillig hjemmekarantene for nærkontakter (5).

FHI lente seg i disse vurderingene på WHO. WHO's krisekomité, *Emergency committee*, hadde 30. januar 2020 (17) frarådet å ta i bruk alle former for reiseråd og handelsrestriksjoner, og minnet om at medlemsland som implementerte tiltak som åpenbart grep inn i internasjonal trafikk, herunder innreisekarantene, var forpliktet gjennom artikkel 43 i IHR til å begrunne tiltakene. De frarådet karantene (18), og Norge var dermed gjennom sitt internasjonale samarbeid frarådet å innføre innreiserestriksjoner.

### **Innreisekarantenes styrke**

I en rapport fra februar 2020 (3), rapporterte WHO at Kina hadde fått kontroll på utbruddet gjennom en «ytterst proaktiv overvåking for å umiddelbart oppdage smittetilfeller, svært rask diagnostikk og umiddelbar smitteisolerings, omstendelig smitteoppsporing og karantene av nærkontakter» (3, s. 19). Likevel ble det slått fast at store deler av verden ikke ville være klare, hverken i tankegang eller materielt, for tilsvarende tiltak (3), og at symptomovervåking ville være tilstrekkelig mot SARS-CoV-2 (18). Dette var rådet frem til slutten av februar 2020 (19).

En dag før det første bekreftede tilfelle ble registrert i Norge (20) frarådet FHI fremdeles karantene. To og en halv uke senere, 12. mars 2020, ble landet praktisk talt stengt ned over natten, og innreisekarantene ble tatt i bruk med tilbakevirkende kraft fra 27. februar 2020. Likevel stilte FHI seg stadig kritisk til tiltaket helt opp til 12. mars 2020 (16). FHI fastholdt standpunktet fra februar om at «[n]år epidemien først er i gang i Norge, er innreisekarantene meningsløst» (5). I denne vurderingen forutsatte FHI en situasjon der smittetrykket er like høyt i Norge som utenfor, og i en slik situasjon vil ikke tiltaket lenger være nødvendig. Men gitt at smittetrykket kan variere mellom stater på grunn av variasjon i tiltak og etterlevelse, undervurderte nok FHI innreisekarantenes effekt.

En studie som sammenlignet aktiv overvåking med karantene for å håndtere potensielle smittekontakter, fant at i tilfeller hvor det foregår presymptomatisk smitte, som ved SARS-CoV-2 (21), vil karantene være mer gunstig enn symptom-overvåking (15). I Kina innførte de en streng form for «utreisekarantene» fra Hubei-provinsen for å hindre spredning til øvrig provinser, samt innreisekarantene av fly til Kina. Ettersom disse tiltakene hadde effekt, klarte Kina å begrense spredningen internt i landet (22).

Interne reiserestriksjoner, «*cordon sanitaire*», som ble benyttet i Kina, ble benyttet av noen kommuner i Nord-Norge. Den såkalte «søring-karantenen» gjaldt tilreisende fra kommuner i Sør-Norge med høyt smittetrykk. FHI

støttet seg på det Europeiske Smittevernsbyrået ECDCs anbefalinger og mente tiltaket hadde liten effekt (23).

### **Karantenes skyggesider**

FHIs skepsis og usikkerhet omkring innreisekarantene bygget på at «[n]ytten begrenses av at det blir svært vanskelig å gjennomføre tiltaket konsekvent for alle (...)» (5, s. 25). De bekymret seg for antallet mennesker som potensielt ville havne i karantene, hvilke reisemål forskriften skulle innbefatte, og de etiske utfordringene rundt å pålegge folk å holde seg hjemme (5). Innreisekarantene kunne potensielt få svært store følger og frata veldig mange mennesker bevegelsesfrihet.

Samtidig var FHI bekymret for at tiltak som ikke var benyttet under epidemier i nyere tid, ville skape en følelse av at viruset var svært alvorlig, på et stadium hvor usikkerheten rundt nytten av tiltak fortsatt var stor (16). De fryktet at det ville kunne skape presedens for en rekke andre svært frihetsberøvende tiltak, samt at det reduserte muligheten til å evaluere allerede igangsatte tiltak. Når en rekke tiltak tas i bruk samtidig, vil det være vanskelig å vurdere effekten av hvert enkelt tiltak, og man kan anse tiltakenes synergistiske effekt som avgjørende (24). Tiltak kan bli vanskelig å avslutte (16) og i frykten for å utløse nye smittesituasjoner kan tiltakene vedvare over lang tid. Kort sagt: innreisekarantene fremstod som et gammeldags og utdatert virkemiddel som ikke var mulig å gjennomføre i den moderne demokratiske og globaliserte verden, og var ikke en reell mulighet.

I dag anser vi innreisekarantene som nyttig og nødvendig for å begrense virusspredning. En forklaring på hvorfor FHI anså det både urealistisk og umulig gjennomførbart er den historiske motstanden til karantene i Vesten, og den historiske avstanden ettersom tiltaket ikke var tatt i bruk i Norge på 170 år (7). En annen mulig årsak er erfaringene fra tidligere pandemier. Pandemiplanene til WHO og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hadde historiske føringer og la til grunn at den neste store pandemien skulle forårsakes av et influensavirus (25, 26).

### **Beredskapsplaner i lys av influensaerfaringer**

Verden har lenge ventet på en stor pandemi og ansett det som en av de store globale folkehelseustruslene (27, 28). Covid-19-pandemien har, som Brian Dolan har påpekt (3), åpenbart hvordan pandemiberedskap preges av historiske erfaringer. I en rekke asiatiske land var man langt raskere med å igangsette frihetsberøvende og handelshemmende tiltak som karantene og sosial nedstengning (3). I sørøst-asiatiske land, som Singapore og Vietnam, iverksatte man de samme pandemiplanene som ble brukt under SARS-

epidemien i 2002-2003 («severe acute respiratory syndrome») (2, 29). I Vesten var det annerledes. Selv om fagfolk i en årrekke har advart mot andre potensielle pandemiske smittestoffer (30, s. 267), var de vestlige lands beredskap preget av andre erfaringer: De fire store pandemiene som har preget den vestlige verden gjennom det siste århundret har alle vært influensapandemier.

Koronakommisjonen fremhevet hvordan både vårt eget lands helsemyndigheter og WHO i «stor grad har sett pandemi synonymt med influensapandemi» (31, s. 73). Behovet for å planlegge for andre virus enn influensa ble ytret i en stortingsmelding allerede i 2013, men planene har havnet i skyggen av et økt fokus på biologisk terror (31).

I Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) beredskapsplan for pandemisk influensa fra 2014 ble innreisekarantene frarådet fordi «slike tiltak har liten effekt, er ressurskrevende og strider mot prinsippet om ikke å bremse normal aktivitet unødige» (25, s. 60). Tilsvarende konklusjoner trekkes i en systematisk oversikt fra WHO, publisert i oktober 2019 (24). Selv om de påpekte at karantene kunne være effektivt i kombinasjon med andre tiltak, ble det i lys av andre faktorer, som verdier, etiske hensyn, ressursbruk og praktisk gjennomføring, konkludert med at karantene «aldri» vil være hensiktsmessig (24). Denne rapporten ble publisert kun måneder før viruset dukket opp i Kina, og det er vanskelig å tro at den ikke har satt presedens eller kan ha vært ledende for de vurderingene som ble gjort av WHO i januar og februar 2020.

At den vestlige verden forberedte seg på influensapandemi hadde som konsekvens at karantene var utelukket fra planene. For det første fordi en influensavaksine ville blitt tilgjengelig raskt (31, s. 73). For det andre hadde man aldri noe mål om å bekjempe viruset på grensene. Ettersom influensaepidemier kommer hvert år, ble innreisekarantene ansett fåfengt og i strid med IHR.

Aktørene synes å ha oversett at vurderingen av forholdsmessigheten av karantene ikke var direkte overførbar fra influensavirus til SARS-CoV-2. Frem til mars 2020 mente både WHO og FHI at heller ikke SARS-CoV-2 kunne bekjempes ved landegrensene (4), og først i begynnelsen av mars 2020 uttrykte WHO-direktøren at SARS-CoV-2 skilte seg fra influensa på dette punktet. Innreisekarantene ble nå anbefalt. Carlo Caduff har stilt seg svært kritisk til staters bruk av makt og kontroll i bekjempelse av viruset, og mener Kinas håndtering skapte politiske forventninger om innføring av tilsvarende tiltak i andre, mindre autoritære regimer (32). Han mener tiltakene forårsaket mer skade enn gagn, særlig for de fattige landene. Denne internasjonale orienteringen mot mer inngripende tiltak, anbefalt av WHO,

var antakelig med på å endre Norges innstilling til innreisekarantene og tilsvarende tiltak i begynnelsen av mars 2020.

### **Avlastning av helsesystemet: en ny begrunnelse for karantene?**

I USA har man lenge etterlyst en oppskalering av ressursene og helsesystemene for å være bedre rustet til å takle pandemier enn man var under spanskesyken (27, 33). Amerikanske myndigheter har i tiår fortsatt å bygge ned helsesystemene, gjennom dårlig finansiering, underbemanning og privatisering (32). Caduff trekker frem hvordan dette har forverret omfanget av covid-19-pandemien, og har gitt begrunnelse for en rekke inngripende intervensjoner (32).

Her hjemme har vi lignende erfaringer. Beredskapsplanen til HOD (25) ble utarbeidet etter svineinfluensapandemien i 2009. Da erfarte man at det var liten reservekapasitet ved norske sykehus, og at kapasiteten ble sprengt ved en rekke intensivavdelinger (25, s. 79). Svineinfluensavirus hadde lavere spredningsevne og virulens enn SARS-CoV-2, og med de erfaringene man gjorde med helsesystemet i 2009, fremstår det i ettertid kritikkverdig at man ikke utredet planer for andre virus. Særlig siden vi stadig reduserer antallet sengeplasser i sykehus (34).

Etter at innreisekarantene ble tatt i bruk med tilbakevirkende kraft 12. mars 2020, har hensynet til sykehuskapasiteten stadig blitt fremhevet som argument fra myndighetene (35), og fremstår i Norge som hovedbegrunnelsen for innreisekarantene. Dersom oppskalering av sykehuskapasiteten uteblir, kan innlemmelse av karantene i fremtidige beredskapsplaner bli et nødvendig virkemiddel for å ivareta helsevesenet.

Flere har påpekt hvordan den kortsiktige kostnaden av å bekjempe smitten vil være langt lavere enn den langsiktige effekten av å vente (36). Det å utsette og redusere smittetoppen, gjennom tidlige inngripende tiltak som karantene og sosial nedstengning, kan gi helsesystemene en mulighet til å skalere opp, og utsette smittetoppene til en vaksine er på plass (36). Likevel vil det være en vanskelig vurdering ettersom innreisekarantene vil måtte bli tatt i bruk tidlig, før man kjenner omfanget og alvorlet av pandemien, og uten å vite når en virksom vaksine er tilgjengelig.

Det er vanskelig å vurdere en pandemi når man står midt i den. Man klarer ikke en gang å si om den er mild eller alvorlig, mye fordi den er konstant i endring (27). I mange situasjoner vil derfor kunnskapsgrunnlaget for gjennomføring av tiltak som innreisekarantene være mangelfullt. Det kan i sin tur føre til at man baserer beslutninger på frykt og ikke kunnskap, og i slike tilfeller kan unødige tiltak iverksettes. I forsøket på å unngå dette trenger vi ytterligere forskning på effekten av folkehelseiltak som innreise-

karantene. Forhåpentligvis vil dette resultere i bedre utarbeidede beredskapsplaner hvor alle typer tiltak er tilgjengelig i verktøykassen.

### **Covid-19-erfaringer**

For første gang på 170 år innførte vi innreisekarantene i fjor, og Norge har fortsatt å operere med det som en del av smittevernet. Fra å tenke på det som et uaktuelt tiltak, ble det iverksatt for å avverge en kneiling av helsevesenet. De strenge nasjonale tiltakene har, i motsetning til hva man trodde på forhånd, hatt høy oppslutning i befolkningen gjennom pandemien (37). Andre europeiske land som ikke har hatt den samme gjennomføringsevnen, hverken i ressurser eller oppslutning i befolkningen, har dermed blitt hardere rammet, både gjennom høyere smittetall og gjennom kraftigere tiltak fra myndighetene. Det har i økende grad blitt viktig for Norge å begrense importsmitten gjennom bruk av innreisekarantene. Sammen med en rekke andre tiltak, har det hjulpet Norge til å unngå et like høyt smittetrykk som ellers i Europa. Covid-19-pandemien har gjort et av våre eldste smittevern-tiltak aktuelt på nytt. Samtidig har de mange utfordringer vi har sett gjennom det siste året bekreftet at innreisekarantene skaper en rekke praktiske, etiske og medisinske dilemmaer, og at det er vanskelig å gjennomføre på en forholdsmessig måte. Det synes derfor riktig at man fra høsten av forsøker å erstatte karantene med testing (38).

### **Avslutning**

Det kan nesten virke som om den vestlige verden og WHO i den tidlige fasen av pandemien var gjenstand for det man i psykologien kaller uoppmerksomhetsblindhet, altså en form for blindhet som oppstår når «det som inntreffer ikke stemmer overens med de forventninger man har i en situasjon» (39).

Det var en rekke medvirkende faktorer som bidro til dette selektive synet: karantenens historie har gjennom de siste 150 år blitt betraktet som et tiltak som innskrenker frihet, handel og globalisering, og som i sin tur har bidratt til en motstand mot tiltaket, særlig i vesten. Norges forpliktelser overfor WHO og IHR gjorde at det var vanskelig å handle annerledes enn det de anbefalte. Fraværet av beredskapsplaner for andre virus og orienteringen mot influensa gjorde at planene ikke var overførbare til covid-19-pandemien.

Til tross for biomedisinens mange fremskritt, utgjør nye infeksjonssykdommer fortsatt en stor trussel. Vår moderne livsførsel og dens konsekvenser, moderne matindustri, klimaendringer og vår samfunnsorganisering øker mottakeligheten og sannsynligheten for nye zoonoser (30). Globaliseringen og nye kommunikasjonsmåter har ført til at mikrober sprer seg



langt raskere enn før. Selv om det også ved neste pandemi forhåpentligvis vil utvikles vaksiner, vil vi i mellomtiden trenge andre virkningsfulle verktøy.

Karantene vil kanskje også ved fremtidige pandemier spille en viktig rolle i perioden frem til befolkningen kan vaksineres. Likevel er det nødvendig også med andre ikke-farmasøytiske tiltak, bedre smittevernberedskap, herunder beredskap for testing og smittesporing, og bedre beredskap for sykehusbehandling dersom smittevernet skulle svikte. Bedre innenlands beredskap og smittevern kan kanskje gjøre innreisetiltak overflødige. Det er nå, slik WHO og FHI har pekt på, et sterkt behov for å forske på nytten av slike smitteverntiltak slik at vi neste gang vet hvilke tiltak som virker best og hvorfor (40).

Det å skulle være forberedt til enhver tid er umulig, men vi må i det minste anerkjenne at av og til kan de eldste tiltakene fortsatt være de beste, eller kanskje de eneste vi har.

## Summary

Entry quarantine has been used as an infection control measure for the past 600 years. When the Covid-19 pandemic flared up in the winter of 2020, approaches to entry quarantine initially differed across the globe. While China quickly implemented it, Norway considered entry quarantine both too encroaching on individual liberty and ineffective to control infection. The diverging policy approaches can be explained by historical, political and ideological differences.

Another explanation is varying pandemic preparedness among the countries. China benefitted from their recent experiences with SARS, while Norway turned to response plans for influenza pandemics where the option of quarantine was ruled out. Furthermore, IHR and WHO set restrictions on Member States and advised against entry quarantine under all circumstances.

We argue that these factors led to a cognitive blindness in Norway, whereby entry quarantine was never properly assessed as a control measure in the initial phase of the pandemic. However, since March 2020, entry quarantine has played an important role in limiting the import of Covid-19 and mitigating exhaustion of healthcare capacity. Entry quarantine thus seems to have attained a new policy justification: relieving the healthcare system.

## Litteratur

1. Gensini GF, Yacoub MH, Conti AA. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *J Infect* 2004; 49:257-61. doi: 10.1016/j.jinf.2004.03.002
2. Dolan B. It wasn't supposed to be a coronavirus: The quest for an influenza A(H5N1)-derived vaccine and the limits of pandemic preparedness. *Centaurus* 2020; 62: 331-43. doi: 10.1111/1600-0498.12312
3. World Health Organization. *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.PDF> (8.8.2021)
4. Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet. *Risikovurdering av og respons på 2019-nCoV-infeksjon i Norge* 28.01.2020. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/risikovurdering-av-og-respons-pa-2019-ncov-infeksjon-i-norge-28.01.2020.pdf> (8.8.2021)
5. Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet. *Covid-19-epidemien: risikovurdering og respons i Norge – andre versjon* 25.02.2020. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-og-respons-2020-02-25.pdf> (8.8.2021)
6. Folkehelseinstituttet. Karantene og isolering 2020 <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/karantene-og-isolering/> (15.05.2021)
7. Larsen Ø. Koleraen i Norge i 1853 og historien om den. *Michael* 2020; 17: 621–39. <https://www.michaeljournal.no/i/2020/12/Koleraen-i-Norge-i-1853-og-historien-om-den>
8. Hansen LIK. *Koleraen i Christiania i 1853*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1985.
9. Hamlin C. Commentary: Ackerknecht and 'Anticontagionism': a tale of two dichotomies. *International Journal of Epidemiology* 2009; 38:22-7 doi: 10.1093/ije/dyn256
10. Ackerknecht EH. Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine* 1948; 22:562-93. <https://www.jstor.org/stable/44443398>
11. Andrew Mendelsohn. Peter Baldwin, Contagion and the State in Europe, 1830–1930. *The Journal of Modern History* 2004; 76:940-3 doi: 10.1086/427576
12. Baldwin P. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
13. Pelling M. *Cholera, fever and English medicine, 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press, 1978.
14. Baldwin P. The politics of prevention. I: Baldwin P, red. *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
15. Peak CM, Kahn R, Grad YH et al. Individual quarantine versus active monitoring of contacts for the mitigation of COVID-19: a modelling study. *Lancet Infect Dis* 2020; 20: 1025-33 doi: 10.1016/S1473-3099(20)30361-3
16. Utbruddsgruppa ved Folkehelseinstituttet. *Covid-19-Epidemien: Risikovurdering og respons i Norge – Versjon 3* 12.03.2020. <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/notat-om-risiko-og-respons-2020-03-12.pdf> (8.8.2021)

17. WHO EC. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. 2020. [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
18. World Health Organization. *Home care for patients with suspected novel coronavirus (COVID-19) infection presenting with mild symptoms, and management of their contacts: interim guidance, 04 February 2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331133> (8.8.2021)
19. World Health Organization. *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 29 February 2020*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299> (8.8.2021)
20. Folkehelseinstituttet. *Koronavirus – fakta og håndtering i Norge 2020* <https://www.helsenorge.no/koronavirus/fakta-og-handtering-i-norge/> (15.05.21)
21. Folkehelseinstituttet. *Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19 2020* <https://www.fhi.no/nettpub/koronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/#inkubasjonstid> (15.05.21)
22. Lau H, Khosrawipour V, Kocbach P et al. The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Travel Medicine* 2020;27 doi: 10.1093/jtm/taaa037
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV* – February 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions>
24. World Health Organization. *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*. 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329439>
25. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa 2014* [https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal\\_beredskapsplan\\_pandemisk\\_influensa\\_231014.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/c0e6b65e5edb4740bbdb89d67d4e9ad2/nasjonal_beredskapsplan_pandemisk_influensa_231014.pdf).
26. World Health Organization. *Responding to the avian influenza pandemic threat : recommended strategic actions*. [https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO\\_CDS\\_CSR\\_GIP\\_05\\_8-EN.pdf](https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-EN.pdf) (8.8.2021)
27. Caduff C. *The Pandemic Perhaps: dramatic events in a public culture of danger*. Oakland, CA: University of California Press, 2015.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer*. 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/>
29. Searight A. Strengths and vulnerabilities in Southeast Asia's response to the Covid-19 pandemic. 2020 <https://www.csis.org/analysis/strengths-and-vulnerabilities-southeast-asias-response-covid-19-pandemic> (15.05.21)
30. Honigsbaum M. *The pandemic century : a history of global contagion from the Spanish flu to covid-19*. London: WH Allen; 2020.

31. NOU 2021:6. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon: Rapport fra Koronakommisjonen; 2021.
32. Caduff C. What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop. *Medical Anthropology Quarterly* 2020;34:467-87 doi: 10.1111.ma.12599
33. Greenberger M. Better Prepare Than React: Reordering Public Health Priorities 100 Years After the Spanish Flu Epidemic. *American Journal of Public Health* 2018;108:1465-8 doi: [10.2105/AJPH.2018.304682](https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304682)
34. Gisvold SE. Vi har ingen ledige senger. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020 doi: 10.4045/tidskr.20.0238
35. Helsedirektoratet. *Helsedirektoratets anbefaling om tiltak mot utbruddet av koronavirus i Norge*. 04.04.2020. [https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf/\\_attachment/inline/63935b15-b7a1-4e0d-8a97-f0497b05e0ce:cdffd2d2ac4a5dc22d06d5c43763b33654f8b37c/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/63935b15-b7a1-4e0d-8a97-f0497b05e0ce:cdffd2d2ac4a5dc22d06d5c43763b33654f8b37c/Helsedirektoratets%20anbefaling%20om%20tiltak%20mot%20utbruddet%20av%20koronavirus%20i%20Norge.pdf) (8.8.2021)
36. Wilder-Smith A, Chiew CJ, Lee VJ. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *The Lancet Infectious Diseases* 2020;20:e102-e7 doi: [10.1016/S1473-3099\(20\)30129-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30129-8)
37. Folkehelseinstituttet. *COVID-19-EPIDEMIEN: Risiko, prognose og respons i Norge* 19.mai 2020 <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/2020.05.19-notat-om-risiko-og-respons.pdf> (8.8.2021)
38. Fausko L. Helsedirektoratet om høsten: Testing vil erstatte karantene. *VG* 08.07.2021. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/QmpKMP/helsedirektoratet-om-hoesten-testing-vil-erstatte-karantene> (08.07.21)
39. Svartdal F. uoppmerksomhetsblindhet: Store Norske Leksikon; 2020 <https://snl.no/uoppmerksomhetsblindhet> (15.05.21)
40. World Health Organization. *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 response*. 2021. <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies> (8.8.2021)

*Marte Midttun Tobiassen*  
*m.m.tobiassen@studmed.uio.no,*  
*Kjølberggata 1G*  
*0653 OSLO*

*Marte Midttun Tobiassen er medisinstudent på fjerde året ved Universitetet i Oslo*

*Anne Helene Kveim Lie*  
*ahlie@medisin.uio.no*  
*Institutt for helse og samfunn,*  
*Postboks 1130 Blindern*  
*0317 Oslo.*

*Anne Helene Kveim Lie er førsteamanuensis i medisinsk historie ved avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Universitetet i Oslo*

*Preben Aavitsland*  
*preben@epidemi.no*  
*Pandemisenteret*  
*Universitetet i Bergen*  
*Postboks 7804*  
*5020 Bergen*

*Preben Aavitsland er professor ved Pandemisenteret, Universitetet i Bergen, overlege ved Folkehelseinstituttet og kommuneoverlege i Froland og Arendal.*