

OMRÅDE FOR SMITTEVERN

Svar på oppdrag om justert strategi- og beredskapsplan for covid-19



31.03.2023

Oppdragstekst

Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides forslag til en justert strategi- og beredskapsplan for covid-19. Koronabølgen som vi opplevde rundt årsskifte 2022/23 er over og den videre utviklingen er usikker. Dagens strategi- og beredskapsplan utløper 30.6.2023. På sikt er målet at en ny pandemiplan kan erstatte en særegen håndtering av covid-19.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ber Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om faglige innspill og vurdering av behov for justeringer i nåværende strategi- og beredskapsplan (fra 5.4.2022) slik at dokumentet kan beskrive dagens situasjon, aktuelle scenarier og tiltak, herunder beredskapsnivå og innretning på TISK-tiltak. Det bes også om at andre relevante aktører involveres dersom det er hensiktsmessig. Forslag til justeringer må kunne dekkes innenfor gjeldende budsjetttrammer.

FHI bes om å særlig se på de smittevern faglige vurderingene knyttet til overvåking, scenarier og smitteverntiltak, inkludert vaksinasjon, og Helsedirektoratet på områder knyttet til helsetjenestens beredskap og behov for justeringer i regelverket (se også under).

Vi ber også om en vurdering av om covid-19 fremdeles oppfyller kriteriene i smittevernloven for allmenfarlig smittsom sykdom og fortsatt bør klassifiseres slik.

HOD ber også om innspill til varighet av en justert strategi- og beredskapsplan for eksempel på om den bør gjelde ut 2023, gjennom vintersesongen 2023/24 eller enda lenger.

Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023:

1. Covid-19-forskriften § 9 om karantenereregulering og inn- og utreiseregler for Svalbard, hvoretter Sysselmasteren kan fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt også fastsette unntak fra slikt ilandstigningsforbud. Det bes om at Sysselmesterens vurdering innhentes.
2. Covid-19-forskriften § 20 om at det kan gis lisens til studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning, for arbeid mot covid-19.
3. Covid-19-forskriften § 22a om kommunalt tilbud for covid-19-vaksinasjon, herunder bestemmelsens krav om at det skal være et tilgjengelig tilbud som «ikke krever timebestilling og som også er tilgjengelig utenom vanlig kontortid».
4. Fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6a. Økonomiske vederlag for fastleger til vaksinasjon mot covid-19 § 6b. Oppgjør mellom Helfo og kommunene ved finansiering av vaksine mot covid19 hvor fastlege har utført vaksinasjon. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6c

5. Økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6c
6. Sykepleieres og farmasøytens midlertidige rett til å vaksinere jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. §§ 7-1a og 7-2 annet og tredje ledd, jf. kap 16.
7. Sykehuslaboratoriene som ved midlertidig forskrift er gitt anledning til å kreve refusjon for sekvensering og screening etter virusvarianter. Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), § 1 tredje ledd.

Helsedirektoratet bes ta hovedansvaret for punkt 1-2 og FHI bes ta hovedansvaret for punkt 3-7.

HOD ber om at besvarelsen på oppdraget leveres samlet fra FHI.

Frist: 31.3 2023.

Kontaktperson i HOD er Øystein Riise.

Med hilsen

Line Vold (e.f.)
ekspedisjonssjef

Tone Brox Eilertsen
seniorrådgiver

Innholdsfortegnelse

Oppdragstekst	1
1 Innledning	3
2 Del 1. Vurdering av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom	4
3 Del 2. Vurdering av særlige forskriftsbestemmelser	5
3.1 Reisetiltak for Svalbard	5
3.2 Lisens til helsefagstudenter	6
3.3 Kommunalt vaksinasjonstilbud	7
3.4 Vaksinasjon ved fastleger	8
3.5 Vaksinasjon ved private virksomheter	9
3.6 Rekvireringsrett for sykepleiere og farmasøyter	10
3.7 Sykehuslaboratoriernes sekvensering	12
4 Del 3. Justering av strategi og beredskapsplan	13
5 Vedlegg	14

1 Innledning

Regjeringens strategi- og beredskapsplan har nå virket i ett år. Etter dette året er det sannsynligvis veldig få som ikke har vært smittet, og få voksne som er uvaksinert. Gjennom dette året har det ikke vært noen smitteverntiltak ut over vaksinasjon og allmenne smittevernråd. Samfunnet og befolkningen har fungert normalt i en «leve-med-viruset-strategi». Helsetjenesten opplevde en betydelig belastning rundt årsskiftet som følge av at en covid-19-bølge falt sammen i tid med sesongens epidemier av influensa og RSV-infeksjon. Helsetjenesten har håndtert situasjonen godt.

Vi regner med at SARS-CoV-2 i Norge nå er i ferd med å gå over fra en epidemisk til en endemisk situasjon. Virus vil alltid være her, men i stadig mindre grad utgjøre en trussel for folkehelsen og for helsetjenestens kapasitet. WHO vil ventelig allerede i april erklære at situasjonen ikke lenger er en *public health emergency of international concern* (PHEIC), noe som også vil bli tolket som om pandemien er over.

Dermed er det grunnlag for å videreføre og kanskje forsere arbeidet med å normalisere situasjonen og integrere covid-19 med det øvrige smittevernet samtidig som skjerpet overvåking videreføres slik at endringer kan oppdages tidlig og forbedret beredskap er klar for å håndtere alvorlige endringer.

Planen bør derfor justeres på noen områder. Det er imidlertid ikke noe i veien for at planen nevner en del ganske inngripende tiltak som det neppe blir bruk for. Det viktige er at man har en forsvarlig prosess før inngripende tiltak eventuelt blir iverksatt, herunder en vurdering av eventuelle negative effekter og av kriterier for å avslutte tiltakene. Det kommer stadig ny kunnskap om pandemien og tiltakene, og denne kunnskapen må tas med før håndteringen endres.

Vi understreker ellers at det fortsatt er viktig med god overvåking og helseanalyser av pandemien, av følgetilstander av covid-19, av folkehelsekonsekvenser av pandemien og tiltakene og av vaksinasjonsprogrammets virkninger og sikkerhet.

Vi har underveis hatt flere møter og utveksling av foreløpige tekster med Helsedirektoratet. Av hensyn til begge etaters behov for forsvarlig intern behandling på den korte tiden tilgjengelig, ble vi enige om at de to etatene leverer hver sine innspill. Helsedirektoratets dokumenter er vedlagt i sin opprinnelige form.

Vi har besvart oppdraget med utgangspunkt i dagens organisering av den sentrale helseforvaltningen og dagens lovverk.

Vi har konferert kort med de regionale kompetansesentrene for smittevern i helsetjenesten og de nordiske søsterinstituttene, men ikke hatt tid til mer konsultering med kommunelegene.

2 Del 1. Vurdering av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom

OPPDRAGSTEKST: Vi ber også om en vurdering av om covid-19 fremdeles oppfyller kriteriene i smittevernloven for allmennfarlig smittsom sykdom og fortsatt bør klassifiseres slik.

Vi har vurdert dette spørsmålet i vedlagte notat og konkluderer:

«Vi har vist sett at covid-19 neppe oppfyller smittevernlovens kriterier for allmennfarlig smittsom sykdom, at rettsvirkningene av en slik klassifisering ikke lenger er nødvendig for smittevernet, at det kan ha fordeler med å nedklassifisere sykdommen, og at Sverige og Danmark har nedklassifisert sykdommen etter deres lovverk.

En nedklassifisering av covid-19 er et signal om en normalisering slik Regjeringens strategi og beredskapsplan har lagt opp til siden april 2022, altså en leve med viruset-strategi. Covid-19 vil da være i samme klasse som influensa og RSV-infeksjon.

Siden februar 2022 har ikke myndighetene forsøkt å bremse covid-19-pandemien i Norge med tiltak som forutsetter at sykdommen er allmennfarlig smittsom sykdom. De aller fleste har allerede vært smittet og de aller fleste voksne er vaksinert flere ganger. Sykdommen vil sannsynligvis bli stadig mildere.

Det er i tråd med smittevernlovens prinsipper at tiltak som ikke lenger er nødvendige, skal avsluttes så snart som mulig, jf. for eksempel § 1-5 og § 4-1 femte ledd. Et slik prinsipp kan gjelde også vedtak om å klassifisere en sykdom som allmennfarlig smittsom sykdom.

Fortsatt klassifisering som allmennfarlig smittsom sykdom gir kommunene kraftige virkemidler tilgjengelig etter § 4-1. Rådgiveres og beslutningstakeres skjønn vil påvirkes av varierende risikooppfatning og risikotoleranse. Vi kan risikere at strenge tiltak iverksettes med for dårlig grunnlag. Begrunnelsene for tiltak, særlig nødvendighet og forholdsmessighet, jf. smittevernloven § 1-5, innebærer stor grad av skjønn. Det kan være en fare for overreaksjoner.

Dersom covid-19 nå nedklassifiseres, kan man i en framtidig situasjon, for eksempel med en variant med betydelig verre egenskaper, oppgradere sykdommen igjen. Da vil den igjen kunne oppfylle flere av kriteriene, og flere av rettsvirkningene blir nyttige. Dette kan skje på kort varsel.

Folkehelseinstituttet anbefaler at covid-19 fjernes fra lista over allmennfarlig smittsomme sykdommer.»

3 Del 2. Vurdering av særlige forskriftsbestemmelser

Departementet ber om en vurdering av om sju forskriftsbestemmelser bør forlenges etter 30. juni 2023 og eventuelt hvor lenge.

3.1 Reisetiltak for Svalbard

OPPDRAKSTEKST: Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023: Covid-19-forskriften § 9 om karantener regulering og inn- og utreiseregler for Svalbard, hvoretter Sysselmasteren kan fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt også fastsette unntak fra slikt ilandstigningsforbud. Det bes om at Sysselmesterens vurdering innhentes.

Gjeldende rett: Sysselmasteren kan i forskrift fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard. Det er ingen slik forskrift nå.

§ 9. Karantener regulering og inn- og utreiseregler for Svalbard

Sysselmasteren på Svalbard kan under hensyn til de stedlige forholdene i forskrift fastsette forbud mot å gå i land på Svalbard, samt unntak fra ilandstigningsforbud og vilkår for slikt unntak.

Vurdering: Det er nå utbredt immunitet blant befolkningen på Svalbard og sannsynligvis også blant dem som besøker området. Immuniteten skyldes dels vaksinasjon og dels gjennomgått infeksjon. Eventuelle bølger av covid-19 og influensa vil ramme også Svalbard, men det er lite sannsynlig at disse blir så store som bølgen denne vinteren. Da var det ingen restriksjoner på reiser til Svalbard, og helsetjenesten håndterte situasjonen. Den største risikoen er imidlertid knyttet til sommersesongen da det er mye cruisetrafikk og annen turisme på Svalbard. Dette er heldigvis den tida på året da en influensaepidemi er svært lite sannsynlig og en stor covid-19-bølge er lite sannsynlig.

Det er vanskelig å anslå hva belastningen på Svalbard sykehus vil bli. En mulig beregning er slik: La oss si at det kommer 100 000 turister til Svalbard gjennom sommeren, og at hver av dem oppholder seg en kvart måned der. Da har vi 25 000 personmåneder. De fastboende tilfører gjennom en sommer 8000 personmåneder. Til sammen er det altså 33 000 personmåneder.

I den norske befolkningen var det i de 14 første månedene av omikronperioden 1,7 innleggelser per 10 000 personmåneder. Siden innleggelsesrisikoen øker med alder, kan vi doble dette tallet for å ta hensyn til at cruiseturistene er eldre. Da har vi 3,4 innleggelser per 10 000 personmåneder. Vi tar imidlertid ikke hensyn til at forekomsten av alvorlig covid-19 ventes å bli lavere i resten av 2023 enn den var da nesten hele befolkningen ble smittet med omikron første gang.

Med 33 000 personmåneder havner vi da på $33\ 000 * 3,4 / 10\ 000 = 11$ innleggelser på sykehus på Svalbard for covid-19 gjennom sommeren 2023. Antallet vil sannsynligvis bli mindre ettersom det ikke ventes noen betydelig covid-19-bølge i sommer.

Hvorvidt dette er et antall som kan true Svalbardsykehusets kapasitet, er det riktigere at sykehuset selv uttaler seg om.

Å nekte noen å reise til en del av Norge, i noen tilfeller kanskje også om de bor der, er et inngripende tiltak. Det bør derfor være svært høy terskel for å innføre det. Covid-19-pandemien er ikke lenger et

alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom, og sykdommen er snart heller ikke allmennfarlig smittsom sykdom. Det er derfor nå vanskelig å begrunne en hjemmel for et så ekstraordinært tiltak.

Konklusjon: Sannsynligvis vil færre enn ti pasienter ha behov for innleggelse for covid-19 ved Svalbardsykehuset i løpet av sommeren dersom det kommer en bølge av epidemien da. Sysselmesteren og sykehuset må vurdere hvilken risiko dette utgjør for sykehusets kapasitet.

Et alternativ til forskriftens § 9 kan være en generell lovhjemmel for å begrense antall mennesker som oppholder seg på eller ved Svalbard for å beskytte sykehusets kapasitet, uavhengig av årsak.

3.2 Lisens til helsefagstudenter

OPPDRAKSTEKST: Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023: Covid-19-forskriften § 20 om at det kan gis lisens til studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning, for arbeid mot covid-19.

Gjeldende rett: Etter covid-19-forskriftens § 20 kan studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning, få lisens for arbeid mot covid-19:

§ 20. Lisens som helsefaglig student

Lisens etter helsepersonelloven § 49 kan etter søknad gis for å bidra til at studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning skal kunne gi helsehjelp som helsepersonell utenfor helsefaglig opplæring i arbeidet mot covid-19.

Lisens kan utstedes til studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i Norge eller et annet EØS-land i et av yrkene som nevnt i helsepersonelloven § 48 første ledd, er i siste opplæringsår av utdanningen og har påbegynt eller skal påbegynne praksisdelen av utdanningen.

Lisens kan bare gis til de som er skikket ut fra lisensens art og omfang.

Lisensen kan begrenses i tid, til en bestemt stilling, til visse typer helsehjelp eller på annen måte.

Helsedirektoratet kan trekke tilbake lisenser gitt etter dette kapitlet når det ikke lenger er behov for personellet i arbeidet mot covid-19.

Lisens etter denne bestemmelsen kan ikke gis til søkere som er under utdanning i medisin og farmasi. Lisens til disse gis etter forskrift om lisens til helsepersonell kapittel 1.

Vurdering: Kommunene har under pandemien hatt stor nytte av studenter, elever og lærlinger i arbeidet mot covid-19-pandemien, herunder til vaksinasjon, testing og smitteoppsporing, men også i arbeid i hjemmetjenesten, sykehjemmene og legevaktene.

Arbeidet med testing og smitteoppsporing har falt bort og kommer neppe tilbake. Vaksinasjon er mindre omfattende nå og vil framover sannsynligvis i hovedsak bestå av årlig (kanskje halvårlig) oppfriskningsvaksinasjon for eldre, sykehjemspasienter og andre risikogrupper, altså om lag 1,5 millioner personer. Dette kommer imidlertid i tillegg til influensavaksinasjon, så kommunene får en ekstra belastning i én (eller to) perioder av året.

I hjemmetjenesten, sykehjemmene og legevaktene er det mange steder en utfordrende bemanningssituasjon som noen steder er blitt forverret under pandemien. Dersom covid-19 kommer

som vinterbølger som sammenfaller med den årlige influensaepidemien, kan det bli nokså stor belastning på disse tjenestene i noen uker i desember – februar.

Vi tror kommunene fortsatt kan ha nytte av at studenter, elever og lærlinger kan få lisens for å bidra i arbeidet mot covid-19-pandemien. Ordningen har få ulemper.

Konklusjon: Ordningen med at studenter, elever og lærlinger som er under utdanning i en helse- og sosialfaglig utdanning, kan få lisens for arbeid mot covid-19, kan gjerne videreføres.

3.3 Kommunalt vaksinasjonstilbud

OPPDRAGSTEKST: Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023. Covid-19-forskriften § 22a om kommunalt tilbud for covid-19-vaksinasjon, herunder bestemmelsens krav om at det skal være et tilgjengelig tilbud som «ikke krever timebestilling og som også er tilgjengelig utenom vanlig kontortid».

Gjeldende rett: Covid-19-forskriften utdyper vaksinasjonsforskriftens beskrivelse av kommunenes plikter til å tilby innbyggerne vaksinasjon, jf. §§ 2 og 6. Spesielt kreves at tilbud gis også utenfor kontortid og uten timebestilling.

§ 22a. Kommunalt vaksinasjonstilbud

Kommunene skal etablere et tilgjengelig tilbud for covid-19-vaksinasjon som ikke krever timebestilling og som også er tilgjengelig utenom vanlig kontortid. Nærmere utforming av vaksinasjonstilbudet skjer ut fra lokale forhold og behov. Kommunen kan gi vaksinasjonstilbudet selv eller etter avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Vurdering: Den midlertidige bestemmelsen om at det kommunale tilbudet skal inkludere vaksinasjon uten timebestilling og utenfor vanlig kontortid ble innført i en situasjon hvor det hastet med å få vaksinert flest mulig innbyggere på kort tid. Behovet for en drop-in-løsning på kveldstid er ikke lenger like prekært, og det bør være opp til den enkelte kommune å organisere vaksinasjonstilbudet slik at vaksinerings er enkelt tilgjengelig for de som er anbefalt vaksine, jf. kommunens ansvar etter Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram §§ 2 og 6. Dette kan blant annet gjøres med oppsatte vaksinasjonskvelder som annonseres tydelig til innbyggerne, i stedet for et stående tilbud om vaksinasjon utenom vanlig kontortid.

De fleste kommuner har også i praksis gått bort fra å ha et stående tilbud om vaksinasjon uten timebestilling, da dette er ressurskrevende og kan føre til stort svinn av vaksinedoser. De gruppene som sannsynligvis vil anbefales vaksine i løpet av overskuelig fremtid, er i stor grad ikke yrkesaktive og vil dermed lettere kunne benytte et vaksinasjonstilbud med timebestilling, innenfor normal arbeidsdag eller oppsatte vaksinasjonstider på kveldstid.

Konklusjon: Det er ikke lenger nødvendig å videreføre det midlertidige kravet til kommunenes organisering i covid-19-forskriften § 22a. Kommunenes generelle ansvar overfor innbyggerne framgår av vaksinasjonsforskriften §§ 2 og 6, og vi mener dette er tilstrekkelig.

3.4 Vaksinasjon ved fastleger

OPPDRAKSTEKST: Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023. Fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6a. Økonomiske vederlag for fastleger til vaksinasjon mot covid-19 § 6b. Oppgjør mellom Helfo og kommunene ved finansiering av vaksine mot covid19 hvor fastlege har utført vaksinasjon. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6c.

Gjeldende rett: Vaksinasjonsforskriftens §§ 6a, 6b og 6c gir regler for hvordan kommunene kan involvere fastlegene i arbeidet med vaksinasjon mot covid-19, hvordan disse i så fall skal honoreres, og hvordan oppgjøret skal skje.

§ 6a. Fastlegers oppgaver ved vaksinasjon mot covid-19

Kommunen er ansvarlig for vaksinasjon mot covid-19, jf. § 2. Fastlegen skal bidra til at egne listeinnbyggere får tilbud om å bli vaksinert mot covid-19.

Kommunen avgjør hvordan vaksinasjonen skal gjennomføres, jf. § 6 første ledd. Dersom fastlegen skal bidra i vaksinasjonen, jf. første ledd, skal kommunen involvere fastlegen i planleggingen. Kommunen skal vektlegge og legge til rette for at fastlegen skal kunne oppfylle sine øvrige plikter. Aktuelle oppgaver for fastlegene er å identifisere personer på egen liste som skal tilbys vaksine, tilby og gjennomføre vaksinasjon av listeinnbyggere på legekantoret og å samarbeide med kvalifisert personell i hjemmetjenesten om vaksinerings av egne listeinnbyggere.

Fastlegenes plikt til å bidra i vaksinasjonen forutsetter at kommunene gjør nødvendig praktisk tilrettelegging som muliggjør at plikten kan oppfylles.

Vaksinasjonen skal gjennomføres i tråd med de til enhver tid gjeldende retningslinjer om hvem som skal tilbys vaksine og hvordan vaksinasjonen skal gjennomføres, jf. § 4a første ledd.

§ 6b. Økonomisk vederlag til fastlege i forbindelse med vaksinasjon mot covid-19

Det ytes stønad til fastlegen for arbeid på eller i regi av fastlegekontoret ved:

1. Vaksinerings mot covid-19. For bruk av taksten er det krav om elektronisk registrering i sanntid i SYSVAK. Taksten honoreres med kroner 220,-. Kveld/natt og helgedag honoreres taksten med kroner 286,-. Taksten kan også tas der hjelpepersonell utfører vaksinerings på delegasjon fra fastlege. Taksten kan bare benyttes i de tilfellene der kommunen har bedt fastlegen om å tilby vaksinerings.
2. Identifisering av listeinnbyggere som skal få tilbud om vaksine mot covid-19 i medhold av nasjonale retningslinjer, uavhengig av hvor vaksinasjonen skal finne sted. Taksten honoreres med kroner 375,- per påbegynte 15. minutt. Taksten kan bare benyttes i de tilfellene der kommunen har bedt fastlegen om å foreta identifisering.
3. Rekvirering av vaksine mot covid-19 der vaksinasjon utføres av annet kvalifisert helsepersonell. Taksten honoreres med kroner 100,-. Taksten kan bare benyttes i de tilfellene der kommunen har bedt fastlegen om å tilby vaksinerings.

§ 6c. Oppgjør mellom Helfo og kommunene ved finansiering av vaksine mot covid-19 hvor fastlege har utført vaksinasjon

Kommunene bærer, gjennom rammeoverføringer fra staten, det økonomiske ansvaret for å vaksinere befolkningen mot covid-19.

Helfo refunderer fastlegenes arbeid med å vaksinere listeinnbyggere mot covid-19 etter takster som fremkommer av denne forskriftens § 6b første ledd.

Helfo skal kreve kostnadsdekning fra kommunene for utbetalt refusjon i henhold til denne forskriftens § 6b fra den kommunen hvor vaksinasjonsmottaker har sin folkeregistrerte adresse.

Vurdering: Gitt en videreføring av koronavaksinasjonsprogrammet med anbefaling om vaksinasjon av store grupper av befolkningen, anser vi at det fremdeles er behov for at fastleger kan bidra i kommunens organisering av vaksinasjonstilbudet jf. § 6a. Det kan til og med være at flere kommuner enn tidligere vil velge å involvere fastlegene mer i vaksinasjonsarbeidet slik mange kommuner gjør med influensavaksinasjon av risikogrupper hver høst.

Fastlegenes økonomiske vederlag for denne tjenesten (jf. § 6b) bør derfor videreføres inntil videre i påvente av en avgjørelse om innføring av et voksendvaksinasjonsprogram, samt dette programmets organisering og finansiering, herunder fastsettelse av økonomisk vederlag for vaksinerings. §6c beskriver oppgjør mellom Helfo og kommunene ved vaksinasjon hos fastlege. Gitt at staten fortsetter å finansiere hele eller deler av kostnaden for koronavaksinasjon gjennom rammeoverføring til kommunene, bør denne bestemmelsen videreføres på lik linje med §6 a og b.

Konklusjon: De midlertidige bestemmelsene i §§ 6a, 6b og 6c bør videreføres ut 2024.

3.5 Vaksinasjon ved private virksomheter

OPPDRAKSTEKST: Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023. Økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19. Midlertidig hjemmel i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram § 6d.

Gjeldende rett: Vaksinasjonsforskriftens § 6d gir regler for hvordan private virksomheter som etter avtale med kommunen er involvert i arbeidet med vaksinasjon mot covid-19 skal honoreres, og hvordan oppgjøret skal skje.

§ 6d. Økonomisk vederlag til private virksomheter ved vaksinasjon mot covid-19

Private virksomheter som etter avtale med kommunen utfører vaksinasjon mot covid-19, kan kreve økonomisk vederlag.

Takst for utført vaksinasjon honoreres med kroner 220,-. Kveld/natt og helgedag honoreres taksten med kroner 286,-. Det kan ikke avkreves egenbetaling ved vaksinasjon.

Krav om økonomisk vederlag skal sendes elektronisk til Helfo, i samsvar med rutiner fastsatt av samme myndighet. Private virksomheter må inngå egen vederlagsavtale med Helfo. Det stilles krav til elektronisk pasientjournal (EPJ) og elektronisk registrering i sanntid i SYSVAK.

Kommunene bærer, gjennom rammeoverføringer fra staten, det økonomiske ansvaret for å vaksinere befolkningen mot covid-19. Helfo skal kreve kostnadsdekning for utbetalt refusjon etter andre ledd fra den kommunen hvor vaksinasjonsmottaker har sin folkeregistrerte adresse. Dette gjelder selv om kommunen ikke har inngått avtale med den private virksomheten som har utført vaksineringsen.

Vurdering: Gitt en videreføring av koronavaksinasjonsprogrammet med anbefaling om vaksinasjon av store grupper av befolkningen, anser vi at det fremdeles er behov for at private virksomheter kan bidra i kommunens organisering av vaksinasjonstilbudet jf. § 6d på lik linje med fastlegene, etter

kommunenes valg. Det er mange kommuner som benytter lokale apotek i koronavaksinasjonen, og dette har vært et viktig bidrag for å øke tilgjengeligheten av vaksiner ved økte åpningstider på ettermiddag/kveld og i helgene. Helsedirektoratet opplyser i sin vurdering at det er 220 apotek og 2 andre private aktører som har benyttet ordningen med å sende krav for vaksiner til Helfo. Det er totalt satt omtrent 143 000 doser koronavaksiner i apotek, hvorav de fleste fra juli 2022 da anbefalingen om at alle eldre og personer i risikogrupper burde ta en fjerde dose vaksine.

Det er de siste månedene satt få vaksiner i apotek. Dette gjenspeiler situasjonen i kommunene hvor få har latt seg vaksinere etter desember 2022. Nye anbefalinger om oppfriskningsvaksinasjon vil gjøre at behovet for vaksinasjonssteder øker igjen, men det vil sannsynligvis begrense seg til noen få måneder etter at anbefaling er gitt. Dersom koronavaksineringen endrer seg til et mer sesongbetont tilbud, vil det meste av vaksiner gjøres i perioden oktober til desember. Gitt at antallet som sannsynligvis anbefales vaksiner er omtrent 1,5 millioner, og vi forventer en dekning på rundt 75 %, vil dette utgjøre ca. 1,13 millioner personer som trenger vaksinasjon i løpet av 3 måneder. De samme personene skal også få tilbud om influensavaksiner i denne periode. Selv med utstrakt samvaksiner med de to vaksiner vil det kreve god vaksinasjonskapasitet i kommunene.

En forenkling av det økonomiske oppgjøret for vaksiner ved krav til Helfo som beskrevet i § 6d, er viktig for å opprettholde tilbudet fra apotekene, da dette i stor grad automatiserer faktureringsprosessen for dem som utgjør 99 % av private aktører. Apotekforeningen fremhever denne muligheten som viktig for apotekenes håndtering av koronavaksinasjon for kommunene. Private virksomheters økonomiske vederlag for denne tjenesten bør derfor videreføres på lik linje med fastlegenes. Det er etter vårt syn ikke ønskelig med forskjeller i godtgjørelse per vaksinasjon for denne vaksinasjonstjenesten avhengig av om vaksinatør er fastlege eller privat aktør. Om den private aktørens utgifter i forbindelse med å opprettholde et vaksinasjonstilbud er høyere enn prisen som er satt (220 kroner per vaksinert), kan dette avtales med kommunen som en fastpris for organisering av tilbudet i tillegg.

Vi er enige i Helsedirektoratets vurdering av at det for kommunen er like enkelt med direkte faktura fra tjenesteyter, som viderefakturering fra Helfo. Vi slutter oss også til at videreføring eller frafall av denne bestemmelsen neppe har noen økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning for Helfo, eller Helsedirektoratet.

Konklusjon: Gitt at staten fortsetter å finansiere hele eller deler av kostnaden for koronavaksinasjon gjennom rammeoverføring til kommunene, mener vi at bestemmelsen om Helfos viderefakturering av kommunen bør videreføres på lik linje med de andre bestemmelsene i § 6d av hensyn til apotekenes håndtering av koronavaksineringen. Videreføringen vil etter vår vurdering ikke påføre kommunene eller Helfo/Helsedirektoratet økonomiske eller administrative konsekvenser i nevneverdig grad.

Gitt dagens situasjon og den forventede utviklingen av koronavaksinasjonsprogrammet bør de midlertidige bestemmelsene i § 6d videreføres ut 2024.

3.6 Rekvireringsrett for sykepleiere og farmasøyter

OPPDRAKSTEKST: Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023. Sykepleieres og farmasøyters midlertidige rett til å vaksinere jf. forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m. §§ 7-1a og 7-2 annet og tredje ledd, jf. kap 16.

Gjeldende rett: Sykepleiere og farmasøyter har siden starten av 2021 hatt rett til å rekvirere og ordinere koronavaksiner jf. Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram og Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Rekvireringsretten

omfatter også legemidler som er nødvendig for administrering av vaksinen. Denne retten er per i dag tidsbegrenset til 1. juli 2023.

§ 7-1a. Sykepleieres rett til rekvirering

Sykepleiere kan rekvirere vaksiner i henhold til vaksinasjonsprogram mot covid-19 og influensavaksinasjonsprogrammet, jf. forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram og forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Rekvireringsretten omfatter også legemidler som er nødvendig for administrering av vaksinen.

§ 7-2. Farmasøytens rett til rekvirering

Provisorfarmasøyer og reseptarfarmasøyer i apotek kan rekvirere bestemte vaksiner mot sesonginfluensa som skal administreres i apoteket. Rekvireringsretten omfatter også legemidler som er nødvendig for administrering av vaksinen. Farmasøyer som eier apotek har ikke rekvireringsrett. Helsedirektoratet kan gi nærmere retningslinjer for hvilke legemidler som kan rekvireres etter dette ledd.

Provisorfarmasøyer og reseptarfarmasøyer ansatt i kommunal virksomhet, i helseforetak og i private ideelle sykehus med driftsavtale med et regionalt helseforetak kan rekvirere vaksiner i henhold til vaksinasjonsprogram mot covid-19, jf. forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram og forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Rekvireringsretten omfatter også legemidler som er nødvendig for administrering av vaksinen.

Provisorfarmasøyer og reseptarfarmasøyer i apotek kan rekvirere vaksiner mot covid-19 i henhold til vaksinasjonsprogram mot covid-19, jf. forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram, for administrering i apoteket. Rekvireringsretten omfatter også legemidler som er nødvendig for administrering av vaksinen. Farmasøyer som eier apotek har ikke slik rekvireringsrett.

Bestemmelsene i § 4-1 krav om tydelighet, datering og signering, § 4-2 første ledd om skriftlig rekvirering, § 4-4 første ledd om gyldighetstid § 5-1 grunnkrav og § 5-7 om innhold og utfylling rekvisisjon gjelder tilsvarende.

Vurdering: I løpet av den perioden sykepleiere og farmasøyer har hatt rekvireringsrett for disse vaksinerne er det ikke sett at dette går ut over forsvarligheten. Verken Helsetilsynet, Legemiddelverket eller Folkehelseinstituttet (herunder ved bivirkningsregisteret for vaksiner) har fått inn bekymringsmeldinger eller bivirkningsmeldinger som er knyttet til disse yrkesgruppens rekvireringsrett for vaksiner.

For å opprettholde fleksibilitet og kapasitet i kommunenes organisering av programmet bør rekvireringsretten til farmasøyer og sykepleiere foreligge så lenge koronavaksinasjonsprogrammet omfatter store grupper av befolkningen. Det er grunn til å tro at det vil bli behov for å vaksinere deler av befolkningen i flere år fremover for å redusere konsekvensene av covid-19 sykdom. Det kan derfor være grunn til å gjøre sykepleiere og farmasøyer sin rett til å rekvirere og ordinere koronavaksiner permanent.

Sykepleiernes midlertidige rett til å rekvirere influensavaksine til influensavaksinasjonsprogrammet bør samtidig utvides til å gjelde også influensavaksinering utenfor vaksinasjonsprogram, og gjøres permanent på lik linje med farmasøytens rekvireringsrett for samme vaksine.

Dersom det vedtas innført et eget voksenvaksinasjonsprogram, bør vaksiner til voksne gitt i program etter Folkehelseinstituttets retningslinjer kunne rekvireres av farmasøyer og sykepleiere tilknyttet

kommunale virksomheter som utfører programvaksinasjon eller private virksomheter som vaksinerer etter avtale med kommunen.

Konklusjon: Den midlertidige bestemmelsen om rekvireringsrett for koronavaksine for farmasøyter og sykepleiere bør gjøres permanent. Det samme bør sykepleieres midlertidige rett til å rekvirere influensavaksine jf. § 7-1a første ledd.

Om permanent rekvireringsrett for korona- og influensavaksine ikke anses som hensiktsmessig, bør de nevnte bestemmelsene forlenges ut 2024, jf. henholdsvis §7-1a første ledd og §7-2 annet og tredje ledd.

3.7 Sykehuslaboratoriernes sekvensering

OPPDRAGSTEKST: Det bes også om vurdering av om følgende bør forlenges og eventuelt hvor lenge etter 30.6.2023. Sykehuslaboratoriene som ved midlertidig forskrift er gitt anledning til å kreve refusjon for sekvensering og screening etter virusvarianter. Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), § 1 tredje ledd.

Gjeldende rett: De medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene i spesialisthelsetjenesten har under pandemien kunnet få refusjon for å påvise varianter av SARS-CoV-2 og for å sekvensere viruset fra polikliniske pasienter, jf. Poliklinikkforskriften § 1.

§ 1.

Godtgjørelse av utgifter til poliklinisk helsehjelp ytes dersom helsepersonell er søkt for sykdom eller mistanke om sykdom, for legemsfeil, for veiledning i familieplanlegging, ved svangerskap og nedkomst.

Godtgjørelse av utgifter til slik helsehjelp som nevnt i første ledd ytes også i forbindelse med cervix-cytologiske undersøkelser og HPV-tester av vaginale og cervikale prøver som utføres som ledd i fastsatt screeningprogram.

Godtgjørelse av utgifter til slik helsehjelp som nevnt i første ledd ytes også ved etterfølgende screening av SARS-CoV-2-positive prøver for å påvise virusvarianter og ved sekvensering av SARS-CoV-2-positive prøver. Slik godtgjørelse kan gis til 1. juli 2023.

Vurdering: Etter framvekst av bekymringsvarianter (*Variants of Concern*, VOC) ble det klart behov for å innføre hurtigscreening for disse SARS-CoV-2 variantene i Norge da tiltak ville innføres ved påvisning og et positivt resultat kunne få konsekvens for den enkelte. For å kunne få endelig bekreftelse på variant i prøven, var det også hensiktsmessig at laboratorier med sekvenseringskapasitet kunne sekvensere prøvene. Det midlertidige tredje ledd i forskriftens § 1 om ble innført for å støtte overvåkingen ved at laboratoriene fikk anledning til å kreve refusjon for sekvensering og screening slik at deres merutgifter kunne bli dekket.

Det er ikke mulig i dag å utføre SARS-CoV-2 variantspesifikk PCR rutinemessig da variantbildet er for komplekst. FHI erfarer også at tidligere forlengelse av forskriften ikke har bidratt til større sekvenseringsvolum på SARS-CoV-2 i helseforetakene. I dag har bestemmelse av variant sjelden noen klinisk betydning. Den nasjonale overvåkingen av endringer i SARS-CoV-2 ivaretas av FHI.

Variantbestemmelse kan imidlertid igjen bli aktuelt dersom endringer i viruset vil få betydning for poliklinisk helsehjelp. Kodene for refusjonstakst må derfor bestå selv om tredje ledd i § 1 fjernes. Det er risiko for at det oppstår nye varianter som har mutasjoner som gir resistens mot antiviralia slik at

behandlingsvalg avhenger av hvilken variant pasienten er smittet med. I slike tilfeller er det viktig å ha refusjonsordning tilgjengelig for variantpåvisning med PCR og med sekvensering.

Konklusjon: Det midlertidige tredje ledd i § 1 kan utløpe som planlagt. Refusjon for å påvise SARS-CoV-2 må opprettholdes, og eventuelle nødvendige variantanalyser kan dekkes inn under ordinære refusjonsregler. Vi ser ikke grunn til å opprettholde et særskilt ledd i § 1 for SARS-CoV-2-prøver i Forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten fra juli 2023.

4 Del 3. Justering av strategi og beredskapsplan

OPPDRAGSTEKST: Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ber Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet om faglige innspill og vurdering av behov for justeringer i nåværende strategi- og beredskapsplan (fra 5.4.2022) slik at dokumentet kan beskrive dagens situasjon, aktuelle scenarier og tiltak, herunder beredskapsnivå og innretning på TISK-tiltak. Det bes også om at andre relevante aktører involveres dersom det er hensiktsmessig. Forslag til justeringer må kunne dekkes innenfor gjeldende budsjettammer.

FHI bes om å særlig se på de smittevern-faglige vurderingene knyttet til overvåking, scenarier og smitteverntiltak, inkludert vaksinasjon, og Helsedirektoratet på områder knyttet til helsetjenestens beredskap og behov for justeringer i regelverket (se også under).

HOD ber også om innspill til varighet av en justert strategi- og beredskapsplan for eksempel på om den bør gjelde ut 2023, gjennom vintersesongen 2023/24 eller enda lenger.

FHI foreslår at planen forlenges til mai-juni 2024. Det vil gi mer erfaring om hvordan SARS-CoV-2 vil oppføre seg i befolkningen etter at alle har vært smittet, altså i en post-pandemisk endemisk situasjon. Det vil også gi tid til å oppdatere annet, mer generelt planverk som kan erstatte denne planen for framtida.

Vi foreslår at planen tydelig signaliserer at hensikten nå er videre normalisering og integrering av covid-19 med annen overvåking, smittevern og beredskap. Overvåkingen skal gjøre at normaliseringen kan skje trygt, og beredskapen skal sikre at håndteringen raskt kan endres ved behov. Samtidig ser regjeringen framover mot nye trusler ved at overvåkingen integreres med overvåking for andre smittsomme sykdommer og ved at beredskapen kan benyttes også ved andre epidemier.

Vi foreslår å forenkle scenarioene. Situasjonen er nå fullstendig endret ved at nesten hele befolkningen har vært smittet, og nesten alle voksne har vært vaksinert. Den brede befolkningsimmuniteten gjør at pandemien nå utgjør en mye mindre trussel enn da strategien ble publisert for ett år siden. Vi har også ett års erfaring for at pandemien kan håndteres uten andre smitteverntiltak enn oppfriskningsvaksinasjon for noen grupper og råd om å være hjemme ved nyoppståtte luftveisinfeksjoner.

Dette gir også mulighet for å presisere at overvåkingen, krisehåndteringen og tiltakspakkene er der som en beredskap for å oppdage og møte det lite sannsynlige scenario C (og til dels B).

Vi har, etter dialog med departementet, ikke gått detaljert gjennom pakken for nasjonale smitteverntiltak. Den kan fortsatt være som den er, men vi understreker igjen at det må gjøres en konkret vurdering før noen av pakkene eventuelt tas i bruk. Denne vurderingen vil nødvendigvis være annerledes nå og det kommende året enn den var sommeren og høsten 2022. Den store forskjellen er

immuniteten i befolkningen. Dessuten kommer det stadig ny informasjon om pandemien og om virkninger av tiltak.

Vi har ikke hatt tid til å gjennomgå pakken med innreisetiltak. Vi mener denne i hovedsak er overflødig og bør forenkles, og vi kan gjerne bidra til slik forenkling.

Pakken om TISK-tiltak kan besvares, men etter vårt syn er det lite sannsynlig, selv i de verste scenariene, at man skal ta opp igjen PCR-testing så lenge det finnes hurtigtester.

Koronasertifikat bør utgå som tiltak når det rettslige grunnlaget i EU fjernes. Det faglige grunnlaget for disse sertifikatene er svakt ettersom også personer med tidligere smitte og vaksinasjon kan smitte videre. Det er også utfordrende å dokumentere gjennomgått infeksjon ettersom de færreste får sin infeksjon registrert i MSIS.

Avsnittet om samfunnsøkonomi ved håndtering av en alvorlig utvikling bør justeres. Det bør presiseres at overveielser er aktuelle bare ved en situasjon som likner det vi i utkastet kaller scenario C. Videre bør det nevnes at beregningene også er avhengige av hvor lenge epidemien eventuelt skal holdes under kontroll. Dersom det ikke er en rimelig forventning om at befolkningen blir bedre beskyttet gjennom vaksinasjon, eventuelt med en skreddersydd vaksine mot den alvorlige varianten, er det neppe formålstjenlig å holde epidemien under streng kontroll. Skal man innføre strenge tiltak, må man ha en plan for hva som skal til for å fjerne dem.

Vi viser til vedlagte Word-dokument der vi har markert endringsforslag. Vi utdyper nedenfor noen av endringsforslagene. Se også det faglige grunnlaget i notatet om allmennfarlig smittsom sykdom.

5 Vedlegg

1. Notat om covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom
2. Regjeringens strategi- og beredskapsplan med sporede endringsforslag