

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.  
Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.: Covid-19 oppdrag 193  
Vår ref.: 20/43393-4  
Saksbehandler: Arve Paulsen  
Bente Lund  
Dato: 27.11.2020

## **Svar på Covid-19 oppdrag fra HOD 193 - Om presisering av diverse oppdrag om løpende vurderinger mtp. gjenåpning og ny vurdering til desember**

Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19 beskriver hovedscenarioene som kan bli aktuelle i løpet av pandemien, og gir retningslinjer for hvilke tiltak som kan benyttes i det enkelte scenario. Den overordnede strategien vil derfor ligge fast selv om den epidemiologiske situasjonen endrer seg, men det vil være behov for å justere fokusområder og bruk av tiltak i de ulike scenarioene.

Oppdrag 193 inneholdt innledningsvis flere presiseringer om løpende oppdrag. Deretter den delen av oppdraget som berører den langsiktige strategien.

De løpende oppdragene er besvart i flere omganger, eksempelvis i oppdragene 216 og 226, samt 221. I dette notatet legger vi vekt på det langsiktige og beskriver hva Helsedirektoratet mener bør gjøres fremover for å nå målene i regjeringens strategi. Vi har trukket fram viktige læringspunkter fra håndteringen av pandemien til nå. Vi har sett på helsetjenestens kapasiteter og erfaringer. Vi har trukket veksler på FHIs innsikt. Vi har spesielt invitert arbeidslivets parter til å komme med innspill.

Basert på dette er vår hovedkonklusjon at målet fremover må være å gjenvinne kontrollen over smittespredningen og slå ned smitten til et lavt nivå med de midler som er nødvendig. Ikke bare fordi dette vil forhindre tap av liv og helse, men også fordi det vil være det beste for både den enkelte, næringsliv og samfunnsliv.

Både nå og fremover vil det derfor være viktig å:

- 1) målrette kommunikasjonsarbeid og smitteverntiltak mot grupper og aktiviteter som er særlig viktige for smittespredningen – der hvor mesteparten av smitten skjer.
- 2) Legge mer vekt på å håndheve tiltak ved hjelp av risikobasert kontroll og tilsyn for å styrke etterlevelsen av smittevernråd og -bestemmelser.
- 3) I høyere grad bruke påbud fremfor råd for å oppnå sterkere effekt av tiltakene der hvor det er nødvendig.

### **Helsedirektoratet**

Avdeling prosjekt og tjenstedesign

Jon Hilmar Iversen

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

- 4) Styrke den politiske koordineringen av beslutninger om smittevernvedtak lokalt i utbruddskommuner og bo- og arbeidsmarkedsregioner for å få raske og konsistente beslutninger.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har foreslått et system for å risikovurdere smittesituasjonen i landets fylker og utvalgte bo- og arbeidsmarkedsregioner. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag, i samråd med Folkehelseinstituttet, å etablere og videreutvikle systemet som dermed også vil inngå som del av det videre strategiske arbeidet.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.  
helsedirektør

Helen Brandstorp  
divisjonsdirektør

Kopi:  
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no

# Oppdatert vurdering av den langsiktige strategien for håndtering av covid-19

## Oppdraget

### **Oppdrag 193 til Helsedirektoratet om presisering av diverse oppdrag om løpende vurderinger mtp. gjenåpning og ny vurdering til desember**

I håndteringen av covid-19-pandemien er det den faktiske smittesituasjonen som skal være avgjørende for eventuelle lettelser eller innstramminger i smitteverntiltakene. Det innebærer at vi en periode stanset ytterligere lettelser inntil videre for å sikre kapasitet og kontroll, men at vi basert på smittevernfaglige vurderinger nå legger opp til å lette på noen nasjonale smitteverntiltak forutsatt at lokale tiltak iverksettes der smittesituasjonen gjør det nødvendig.

### **Om løpende oppdrag knyttet til gjenåpning**

Departementet viser til at Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet har flere løpende oppdrag knyttet til vurderinger mtp. gjenåpning:

- Oppdrag 110 del 1 om konkrete forskriftsendringer
- Oppdrag 116 del 3 om ukentlige vurderinger av landlister
- Oppdrag 150 om regelmessige rapporteringer knyttet til munnbind
- Oppdrag 151 del 4 om å følge med på lokale tiltak
- Oppdrag 151 del 5 om at endringer knyttet til munnbind som berører store grupper av befolkningen forelegges departementet
- Oppdrag 168 som skal gjennomføres ved løpende vurderinger og rapporteringer – knyttet til overordnede vurderinger av smittesituasjonen og tiltak, og mer spesifikt knyttet til arrangementer, skjenkestopp og breddeidretten

Departementet presiserer at vurderingene i tråd med disse oppdragene skal gjøres løpende, og at det ved behov skal rapporteres tilbake til departementet. Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet skal i besvarelsene på de løpende oppdragene nevnt over også vurdere behov for endringer i oppdragene og gi innspill til dette basert på informasjon og smittesituasjonen og erfaringer fra håndteringen. Departementet minner også om at eventuelle delleveranser og at konkrete rapporteringer på de løpende oppdragene ikke innebærer at de løpende oppdragene skal avsluttes.

Når det gjelder råd om munnbind, kan de regelmessige rapporteringene i tråd med oppdrag 150 og 151 avsluttes, da tiltak om munnbind nå i større grad vedtas lokalt etter anbefalinger fra Hdir/FHI. Dersom situasjonen utvikler seg slik at anbefalinger om munnbind vil berøre store grupper av befolkningen, skal dette igjen rapporteres til departementet.

### **Oppdatert vurdering av den langsiktige strategien**

Den langsiktige strategien for håndteringen av covid-19 har siden vedtakelsen 7. mai ligget fast, og regjeringen har besluttet at det skal gjøres en ny vurdering av den langsiktige strategien medio desember. I tråd med oppdrag 168 skal det gjøres løpende vurdering av smittesituasjonen mtp. gjenåpning, herunder av smittesituasjonen og kapasitet til håndtering.

Departementet ber om at Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjør en oppdatert vurdering av den langsiktige strategien og ved behov foreslår konkrete justeringer. Som del av vurderingen skal det gjøres en vurdering av samlet innretning på tiltakene, og eventuelle innspill dersom vurderingen tilsier endringer i beredskapsplanen. Vurderingen skal blant annet bygge på vurderingene som gjøres i de løpende oppdragene, og Folkehelseinstituttets månedlige risikovurderingsrapporter.

**Frist for denne vurderingen settes til 7. desember kl. 14.**

Kontaktperson i Helse- og omsorgsdepartementet er Benedicte Mørkved Larsen ([bml@hod.dep.no](mailto:bml@hod.dep.no) eller telefon 22 24 83 74).

*Leveringsfristen er senere fremskjøvet til 26. november 2020.*

**I dette dokumentet er det lagt vekt på den strategiske delen av oppdraget**

## Helsedirektoratets svar på oppdraget

Regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19 beskriver hovedscenariene som kan bli aktuelle i løpet av pandemien, og gir retningslinjer for hvilke tiltak som kan benyttes i det enkelte scenario. Den overordnede strategien vil derfor ligge fast selv om den epidemiologiske situasjonen endrer seg, men det vil være behov for å justere fokusområder og bruk av tiltak i de ulike scenarioene. I dette notatet beskriver vi hva Helsedirektoratet mener bør gjøres fremover for å nå målene i regjeringens strategi.

Etter en periode med forholdsvis langsom vekst i covid-19-smitte juli/august, oppstod det en raskt eskalerende vekst i overgangen oktober/november. Situasjonen ble oppfattet som alvorlig, og det ble satt i verk en rekke smitteverntiltak både nasjonalt og i kommuner med mye smitte. Tiltakene har ført til at veksten i smitte har stanset for landet som helhet. Smittetallene er fortsatt høye, men de siste tallene kan tyde på at smitten kanskje kan være på vei ned. I Oslo har også tiltakene hatt effekt, men der er det fortsatt uklart om det blir nødvendig å forsterke smitteverntiltakene.

I ukene fremover vil det fortsatt være behov for styrkede smitteverntiltak både på nasjonalt og lokalt nivå. Det vil være riktig å forbeholde de mest inngripende tiltakene til områder med høy smitte, og det vil være viktig å videreføre arbeidet med å oppdage og stanse utbrudd lokalt. Målet bør være å få brakt smitten ned til et nivå som gjør at alle kommuner har kontroll over smittespredningen.

Siden det er store mørketall, og vi har mangelfull oversikt over hvor smitten skjer, vil det imidlertid en stund fremover være nødvendig å ha smitteverntiltak som rammer bredt, og som reduserer muligheten for at smitten skal kunne spre seg uansett hvor den måtte være. Det vil si tiltak som fører til at hver og en av oss får mindre kontakt med andre mennesker.

Både nå og fremover vil det også være viktig å:

- 1) målrette kommunikasjonsarbeid og smitteverntiltak mot grupper og aktiviteter som er særlig viktige for smittespredningen – der hvor mesteparten av smitten skjer,
- 2) legge mer vekt på å håndheve tiltak ved hjelp av risikobasert kontroll og tilsyn for å styrke etterlevelsen av smittevernråd og -bestemmelser,
- 3) i høyere grad bruke påbud fremfor råd for å oppnå sterkere effekt av tiltakene der hvor det er nødvendig, og
- 4) styrke den politiske koordineringen av beslutninger om smittevernvedtak lokalt i utbruddskommuner og bo- og arbeidsmarkedsregioner for å få raske og konsistente beslutninger.

I arbeidet med å føre kontroll og tilsyn bør kommunene få bistand fra tilsynsorganer som Arbeidstilsynet, Mattilsynet, Helsetilsynet og andre instanser, fordi dette er oppgaver som kommunene vil ha begrenset mulighet for å gjennomføre på egen hånd.

Erfaringene fra i høst har vist at det er ønskelig å justere beskrivelsen av kriteriene for scenario 2A slik at det blir aktuelt å ta i bruk inngripende tiltak også hvis TISK-arbeidet i kommunene blir overbelastet, ikke bare hvis helsetjenestens kapasitet blir truet.

For å styrke kommunenes arbeid med å holde smittenivået lavt og under kontroll, bør det utvikles et system med indikatorer og tiltakspakker som gjør det mulig for kommunene å ta stilling til hvilket smittenivå og grad av kontroll de har når det oppstår utbrudd eller økt smitte, og hvilke tiltak de bør innføre for å gjenvinne eller beholde kontrollen i den aktuelle situasjonen. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet foreslår en modell med fem risikonivåer.

*Det er behov for at andre sektordepartement tar et enda større medansvar for å få gjort den jobben som trengs for å holde smitten nede.*

*I løpet av 2021 vil sannsynligvis vaksinasjon gradvis øke beskyttelsesnivået i befolkningen og redusere behovet for smitteverntiltak, men de fleste tiltakene vil antakelig måtte opprettholdes frem til sommeren, kanskje lengre.*

### Hvor står vi?

Globalt blir stadig flere smittet av covid-19, og dødstallene øker. I Europa har smittepresset vært høyt og økende i mange uker, og flere land har måttet innføre strenge smitteverntiltak eller stenge mesteparten av virksomheten i samfunnet. Europa er nå episenteret i verden for pandemien.

Her i landet økte smittetallene jevnt, men forholdsvis langsomt fra juli/august. I overgangen oktober/november kom det en kraftig økning særlig i Oslo, Viken og Vestland, men også i mange andre kommuner rundt om i landet. Selv om et stort flertall av landets kommuner fortsatt hadde lav eller ingen smitte, var situasjonen alvorlig. Det skyldes både at smitten fra kjente utbrudd var blitt så stor at det var risiko for at kommunenes kapasitet til å teste og drive smitteoppsporing snart ville bli overskredet – noe som ville kunne føre til en eskalerende smitteøkning – og at den skjulte smitten og mørketallene var blitt større, slik at man ikke lenger hadde kontroll over smitteøkningen.

Derfor ble det innført en rekke skjerpede smitteverntiltak både nasjonalt og lokalt for å gjenvinne kontroll over epidemien. Dette har dels vært råd, og dels påbud/forbud som skulle redusere kontakthyppheten (for eksempel hjemmekontor, fjernundervisning, færre besøk og nære kontakter), begrense muligheten for å bli smittet der hvor mennesker er samlet (for eksempel redusert gruppestørrelse, større avstandskrav), og dempe risikoen for importsmitte (for eksempel styrket innreisekarantene, råd om kun nødvendige innenlandsreiser). Etter noen uker med skjerpede tiltak har økningen stanset opp i landet som helhet, og de siste tallene tyder på at smitten nå kanskje kan være på vei ned. Men smittetallene er fortsatt høye, og det vil være nødvendig å opprettholde de styrkede smitteverntiltakene inntil smittenivået er blitt vesentlig lavere enn i dag. For å kunne beholde kontrollen over epidemien, er det avgjørende at belastningen på kommunenes TISK-arbeid blir redusert til et nivå som det er mulig å opprettholde over tid.

Det er fortsatt mange utbrudd rundt om i landet, men det kommer ikke like mange nye lenger. Det er imidlertid bekymringsfullt at en del av utbruddene er i helseinstitusjoner der konsekvensene av smitte kan bli store fordi beboerne har økt risiko for å få et alvorlig forløp hvis de blir smittet. I Oslo har også økningen i smitte bremsset opp, men der er smittenivået langt høyere enn ellers i landet, og det er foreløpig ingen sikre holdepunkter for at smittespredningen er i ferd med å gå ned. Det er for tidlig å avgjøre om tiltakene som er satt inn, vil være tilstrekkelige eller om det vil bli nødvendig å skjerpe dem ytterligere for å gjenvinne kontrollen over smitten. Det er en utfordring at det nå også synes å være økende smitte blant barn i alderen 6-12 år. Dette kommer i tillegg til høy smittespredning blant ungdommer i alderen 13-19 år og unge voksne. Smitte i disse aldersgruppene vil etter hvert føre til økt smitte i eldre aldersgrupper.

En nærmere beskrivelse av den epidemiologiske situasjonen er gitt i Folkehelseinstituttets besvarelse.

De siste ukene har antallet pasienter innlagt i kommunale institusjoner, sykehus og intensivavdelinger gått opp, og det er også blitt flere dødsfall. Vi må forvente at dette vil fortsette en

stund selv om de totale smittetallene skulle gå ned, fordi de som blir innlagt nå, er blitt smittet et stykke tilbake i tid. Den økte belastningen med covid-19-pasienter har foreløpig ikke gjort det nødvendig å trappe ned den elektive virksomheten ved sykehusene, men det kan bli aktuelt hvis belastningene skulle øke.

Den sterke økningen i smitte gjør det nødvendig å forberede helsetjenesten på å kunne håndtere en større epidemibølge i tilfelle vi ikke skulle lykkes med å få slått smitten ned.

*Helsedirektoratet mener at målet fremover må være å gjenvinne kontrollen over smittespredningen og slå ned smitten til et lavt nivå med de midler som er nødvendig. Ikke bare fordi dette vil forhindre tap av liv og helse, men også fordi det vil være det beste for både den enkelte, næringsliv og samfunnsliv.*

### Hva har vi lært?

Ti måneder ut i pandemien vet vi langt mer om både viruset, spredningsmåter og effektene av tiltak. Lærdommen vi har fått ved håndteringen så langt, bør brukes til å forbedre arbeidet fremover.

Helsedirektoratet mener at følgende læringspunkter bør benyttes i den videre håndteringen:

- **Det var riktig å sette inn et bredt sett av smitteverntiltak tidlig i epidemien.** Det bidro til at vi oppnådde tilstrekkelig forståelse for alvorret i situasjonen og førte til svært god etterlevelse i befolkningen. Utviklingen i smittetallene har også vist at det var riktig å sette inn styrkede smitteverntiltak i oktober/november. Det er mulig at det burde vært satt inn kraftigere smitteverntiltak enda tidligere enkelte steder i landet.
- **Inngripende smitteverntiltak er effektive og fører til rask reduksjon i smittenivået.** Forutsetningen er at det tas i bruk en tilstrekkelig mengde tiltak i forhold til smittenivået. En så omfattende tiltakspakke som ble innført i mars, er svært effektiv, men også uhyre kostbar for enkeltindivider, næringsliv og samfunn. Om det skulle bli behov for å ta i bruk så omfattende tiltak igjen, er det imidlertid ikke sikkert at det vil ha like rask og god virkning som det hadde i mars. Det avhenger av hvor tidlig det settes inn og hvor god oppslutning vi klarer å få i befolkningen. Økonomisk sett vil det være mye å vinne på å gjennomføre tiltak som reduserer risikoen for å komme i en situasjon hvor det blir nødvendig å gjøre dette.
- **Aktivt kommunikasjonsarbeid er viktig.** Den tydelige tilstedeværelsen i presse, betalte medier og sosiale kanaler med målrettede informasjonskampanjer om ulike temaer har ført til at befolkningen kjenner svært godt til råd og anbefalinger. Tilliten til myndighetene har vært vedvarende høy, selv om den har variert noe gjennom høsten.
- **Vi trenger mer og bedre kunnskap om effekten av de ulike smitteverntiltakene,** kostnadene og skadevirkningene av dem. Det er nødvendig for å kunne gjøre gode forholdsmessighetsvurderinger, for å kunne gjøre smittearbeidet treffsikkert og for å kunne redusere tiltaksbelastningen. Dette vil være viktig for befolkningen generelt, men særlig for utsatte og sårbare grupper. Evaluering av tiltak, epidemiovervåking, modellering, forskning og oppsummering av forskning og erfaring vil være viktige kilder til slik kunnskap.

- **Tillit i befolkningen er avgjørende for å lykkes.** Dette har antakelig vært en av de viktigste suksesskriteriene for vår håndtering av pandemien. Godt kommunikasjonsarbeid og godt politisk arbeid har vært avgjørende. Det er viktig å beholde denne fremover.
- **Det er kritisk å ha et følsomt overvåkningssystem** som gjør det mulig å oppdage smitteutbrudd og økning i den skjulte smitten tidlig. Dette forutsetter omfattende testing og gode elektroniske systemer som sikrer at testresultatene og klinisk informasjon blir rapportert umiddelbart til Folkehelseinstituttets registre. Mangel på slike systemer har svekket arbeidet. Det er en tankevekker at vi ikke klarte å forutse den raske eskaleringen av smitten i høst. Vi bør derfor intensivere arbeidet for å styrke overvåkningssystemene. Et viktig tiltak vil være å få raskere og mer fullstendig innmelding av klinikermeldinger.
- **Vi trenger bedre oversikt over helsetjenestens kapasitet og utfordringer.** De ordinære rapporteringssystemene for helseforetakene og kommunene gir god informasjon om de drifts og kapasitetsindikatorerne som trengs for å kunne styre virksomhetene i en normalsituasjon, men er ikke tilpasset en situasjon der bildet forandrer seg raskt, og der det er behov for andre typer data enn de som vanligvis samles inn. Det har vært vanskelig å få oppdaterte og fullstendige data raskt nok, og det har vært arbeidskrevende for virksomhetene å samle inn data og rapportere. Dette vil kunne få alvorlige følger hvis smittenivået skulle bli så høyt at helsetjenestens kapasitet risikerer å bli overbelastet. Det trengs en styrking av både elektroniske og manuelle rapporteringssystemer fra hele helsetjenesten, men særlig fra kommunehelsetjenesten.
- **TISK-arbeid er avgjørende.** Kommunene har lagt ned en imponerende innsats med testing og smitteoppsporing. Det har gjort det mulig å håndtere og slå ned utbrudd lokalt. Det tok imidlertid tid å bygge opp tilstrekkelig kapasitet i kommunene, og mange kommuner opplevde at selv en høy kapasitet ble for liten da det oppstod større utbrudd. Jo større og bedre TISK-arbeidet er, desto lenger vil man kunne utsette å måtte iverksette inngripende smitteverntiltak. En god TISK-kapasitet er dermed en god investering for kommunene. Samtidig er det viktig å erkjenne at TISK ikke vil kunne løse alle problemer. Særlig i de store byene kan det være nødvendig med enkelte inngripende smitteverntiltak i tillegg til TISK-arbeidet. En lærdom er at håndtering av utbrudd fort kan komme til å overskride kommunenes kapasitet, og at det kan være vanskelig å få til en stor nok kommunal opptrapping/oppbemanning når utbruddet er der. Derfor er det viktig å lage gode planer og bygge kapasitet på forhånd.
- **Det var viktig å gjennomføre en kontrollert og trinnvis gjenåpning** av landet. Det er imidlertid vanskelig å titrere seg ned til hva som må være igjen av smitteverntiltak for å sikre en tilstrekkelig beskyttelse. Det er sannsynlig at en viktig årsak til den eskalerende smitten i høst var en kombinasjon av for mange lettelsener i smitteverntiltakene, for mange unntak og for dårlig etterlevelse. En viktig grunn til at lettelsene ble for store, er at vurderingsprosessene ble for fragmenterte. Når man vurderer unntak og lettelsener enkeltvis, kan den totale risikoen komme til å bli for stor, selv om risikoen i hvert enkelt tilfelle er akseptabel. Når det igjen er aktuelt å begynne å trappe ned på tiltakene, bør det gjøres helhetlige vurderinger av alle tiltakene og tiltakslettelsene samlet.
- **Lokal håndtering er mest ressurseffektivt.** Vi kunne antakelig ha gått tidligere over fra å ha de samme tiltakene i hele landet (nasjonale tiltak) til å slå ned utbrudd lokalt og tilpasse



smitteverntiltakene til smittenivået i den enkelte kommune. I litt for lang tid var det slik at mange kommuner hadde inngripende smitteverntiltak til tross for at de ikke hadde et eneste smittetilfelle. Når det blir mulig å lette på dagens smitteverntiltak igjen, bør lettelsene starte i områder med lav smitte.

- **Det er viktig med god kommunal samordning.** Erfaringene fra i høst har vist at arbeidet med smitteoppsporing kan bli så arbeidskrevende at det blir vanskelig for den enkelte kommune å klare det alene. Derfor er det viktig å etablere gode interkommunale samarbeidsordninger som sikrer at overbelastede kommuner kan få hjelp. Det er også viktig å sikre at prosessene for å samordne kommunale vedtak i utbrudds- og bo- og arbeidsmarkedsregioner blir raske og effektive slik at det blir mulig å sette i verk tilstrekkelig virkningsfulle og godt nok samordnede tiltak raskt nok.
- **Det er effektivt å sette inn sterke tiltak raskt i en kort periode** ved lokale utbrudd. Flere kommuner har raskt fått kontroll over smitten på denne måten. Det kan imidlertid være vanskelig å avgjøre hvor sterke tiltakene må være for å sikre at smitten kommer raskt under kontroll. Det gjelder særlig i større byer der konsekvensene av en nedstengning er store, og der prisen for å gjennomføre unødvendige tiltak, kan være høy. Vi bør imidlertid bruke disse erfaringene til å reagere raskere ved neste korsvei.
- **Mange av utbruddene skyldes brudd på smitteverntiltakene**, spesielt brudd på avstandskravet, begrensningen på gruppestørrelse og karantenekravene. Det er derfor viktig å arbeide for å forbedre etterlevelsen av de smitteverntiltakene som gjennomføres. Det vil være i alles interesse fordi det vil kunne redusere behovet for tiltak. Det er ikke nok at et stort flertall oppgir at de følger smitteverntiltakene. Så lenge et mindretall bryter dem, vil det oppstå utbrudd.
- **Det er for stort sprang mellom scenario 1B og 2A**, i regjeringens strategi. Erfaringer fra i høst viser at det ble nødvendig å ta i bruk virkemidler forbeholdt scenario 2A før alle kriteriene for dette scenarioet var innfridd. Det skyldes i hovedsak at TISK-arbeidet i kommunene er viktigere for å beholde kontroll over epidemien enn det som fremgår av beskrivelsene for scenario 2A. I det øyeblikket smittespredningen er blitt så stor at kommunene ikke lenger makter å drive effektivt TISK-arbeid, oppstår det en akutt risiko for eskalerende smitte. Siden situasjonen da vil kunne forandre seg meget raskt, vil det ikke være hensiktsmessig å vente med å ta i bruk tiltakspakken i scenario 2A inntil det oppstår risiko for at helsetjenesten ikke lenger vil kunne håndtere tilstrømmingen av pasienter. Truende sammenbrudd i TISK-arbeidet bør derfor sidestilles med truende kapasitetsproblemer i helsetjenesten for øvrig.

### Er vi godt nok forberedt på en ny epidemibølge?

Et av de viktigste formålene ved tiltakspakken i mars var å kjøpe tid for å sette helsetjenestene i stand til å kunne håndtere en stor epidemibølge. I vår og sommermånedene har Helse-Sør-Øst på vegne av hele landet kjøpt inn store mengder medisinsk beskyttelsesutstyr, og det er etablert lagre som skal være tilstrekkelige til å dekke behovet i løpet av en epidemibølge (ca. 6 måneder) både i sykehusene og i kommunehelsetjenesten. Leverandørene har også nå vært i stand til å levere utstyr fortløpende en stund, slik at det daglige forbruket er blitt dekket. I øyeblikket er derfor utstyrssituasjonen god, men ved en langvarig høy smitte vil vi fortsatt være avhengig av at produsentlandene klarer å opprettholde leveringer. Endret bruk av munnbind representerer en

usikkerhet. Allerede nå er forbruket av munnbind i sykehus og helseinstitusjoner mangedoblet i forhold til nivået tidligere i høst. Det er derfor bestilt store mengder ekstra munnbind.

Sykehusene har forberedt seg på å kunne håndtere en smittebølge der de vil måtte behandle inntil 4000 inneliggende pasienter samtidig. Dette er i henhold til FHIs scenario for den epidemitoppen man vil kunne få ved et reproduksjonstall (R) på 1,3. Vanligvis er det 4000 – 6000 innleggelser på grunn av influensa i løpet av en sesong. På grunn av smitteverntiltakene og reiserestriksjonene som er satt inn, er det sannsynlig at belastningen ved influensa vil bli lavere. Derfor vil måltallet for antall innlagte være oppnåelig, selv om det vil føre til at annen behandling må prioriteres ned i betydelig grad hvis tallet skulle bli så høyt.

Sykehusene har lært opp personell og kjøpt inn et tilstrekkelig antall respiratorer til at de samlet sett vil kunne gi nærmere 1 200 pasienter intensivbehandling på samme tid, under forutsetning av at endrer bruken av personellgrupper og organiserer arbeidet annerledes enn i en normalsituasjon. Dette vil de imidlertid bare klare i en forholdsvis kort periode. Mangel på personell med spesialutdanning vil gjøre det vanskelig å opprettholde en så høy behandlingsskapasitet i mer enn noen uker.

Det er kommunene som har ansvaret for å finne og isolere de smittede, spore opp deres smittekontakter og sette dem i karantene. De har også ansvaret for behandlingen – så fremt pasientene ikke blir alvorlig syke. Kommunene har i samarbeid med Fylkesmennene arbeidet med å styrke beredskapen siden januar. De har bygget opp testapparat og har etablert smittesporingsteam med digitale verktøy. For å kunne ta hånd om covid-19-syke som ikke trenger sykehusinnleggelse, har de etablert pasientmottak og isolat i Helsehus, kommunale akutte døgnenheter og sykehjem. De har også styrket det interkommunale samarbeidet både formelt og uformelt, dels med støtte fra Fylkesmannen, men også på eget initiativ. Kommunene har arbeidet med å følge opp at smittetiltakene blir overholdt ved hjelp av tilsyn og samfunnsmedisinsk rådgiving.

Personellmangel er en utfordring i mange kommuner også i en normalsituasjon, og de vil ha begrenset mulighet til å øke kapasiteten ved en epidemitopp fordi det vil ta lang tid å utdanne og rekruttere kvalifisert personell. Bruk av ufaglærte og helsefagstudenter er en løsning kommune-Norge allerede benytter. Det er derfor usikkerhet knyttet til kapasiteten i kommunehelsetjenesten. Det er mulig at det er kapasitetsbrist i kommunene og ikke i sykehusene som vil kunne føre til at vi mister kontroll over situasjonen.

Ved en ny stor epidemibølge og et scenario 2, vil fremdeles de fleste covid-19-pasientene bli behandlet hjemme hos seg selv eller i en kommunal institusjon, og de fleste dødsfallene vil skje i kommunene. Dette vil gi stor belastning på personellet, og det er høy risiko for at kapasiteten kan komme til å bli overskredet. Dette vil kunne få betydning for sykehusene, fordi terskelen for å overføre pasienter fra kommunehelsetjenesten til sykehusene kan bli lavere.

Sykehusene har imidlertid i sin beredskapsplanlegging tatt utgangspunkt i at pasienter som kan behandles i kommunehelsetjenesten, skal håndteres der under en epidemibølge. De forventer også at kommunehelsetjenesten skal kunne avlaste dem ved å overta ansvaret for pasienter som medisinsk sett ikke lenger trenger avansert sykehusbehandling.

Ut fra dagens planverk styrer vi derfor mot en situasjon der både sykehusene og kommunehelsetjenesten vil kunne komme til å trenge hjelp fra hverandre, uten at noen av dem vil være i stand til å gi det.

*Helsedirektoratet mener at beredskapen i helsetjenestene nå er stor nok til at den vil kunne håndtere en smittebølge som medfører at inntil 4000 pasienter vil trenge sykehusbehandling og 1200 intensivbehandling samtidig – slik FHIs planscenario forutsetter. Et så høyt antall intensivpasienter vil imidlertid ikke sykehusene kunne tåle i mer enn noen uker. Hvis vi skulle få en slik bølge, vil det derfor bli nødvendig å sette inn kraftfulle smitteverntiltak for å få ned antall syke raskt. Selv en moderat bølge som pågår over tid vil kunne få alvorlige konsekvenser, ikke minst fordi det vil fortrenge annen nødvendig behandling. Bestrebelsene for å forhindre en ny stor epidemibølge, må derfor gis høyeste prioritet.*

*Kommunenes og sykehusenes beredskapsplaner må avstemmes slik at de samlet sett blir i stand til å håndtere den store belastningen med covid-19-pasienter som vil kunne komme både i og utenfor sykehus.*

### Hvilke ambisjoner bør vi ha for fremtidig smittenivå? (Scenario 1A/1B)

Covid-19 utgjør en risiko vi må leve med over lengre tid, kanskje i flere år. Inntil videre må strategien være å håndtere, ikke eliminere risikoen. Vi må finne en måte å leve med den på som fører til at tap av liv og helse er lavt, og at samfunnet kan fungere mest mulig normalt.

Det kan anslås at 1-2 prosent av befolkningen kan ha beskyttende immunitet mot covid-19. For praktiske formål betyr det at befolkningen er like mottakelig for smittespredning nå som den var i mars. Så lenge landet ikke er lukket fra omgivelsene, og det er smitte i andre land, vil det derfor hele tiden oppstå smittespredning.

Selv om vi kunne ønske at smitten igjen kom ned på det lave nivået vi hadde i sommer da vi var i scenario 1A, er det antakelig mer realistisk å forvente at det også etter at den nåværende epidemibølgen er over, vil komme stadig nye utbrudd, og at scenario 1 B vil kunne bli den nye normalen for resten av pandemien. Det vil imidlertid kunne være mulig å holde den delen av smitten som ikke er ledd i utbrudd, på et lavt nivå hvis vi lykkes med å slå ned epidemibølgen. Siden de fleste med covid-19 bare smitter én annen eller ingen, er det bare noen få av de smittede som vil smitte så mange andre at det oppstår et utbrudd. Vi vil derfor kunne tåle å ha en viss skjult smitte i befolkningen så lenge vi har gode systemer for å oppdage utbrudd tidlig, men den kan ikke bli for stor.

Erfaringer fra andre land viser at det er vanskelig å holde smittespredningen stabil uten bruk av inngripende smitteverntiltak, med mindre den holdes på et ganske lavt nivå. Spørsmålet er hvor lavt nivået må være. Det er antakelig ikke mulig å fastsette en nøyaktig grense fordi det vil avhenge av forhold ved smittespredningen, som for eksempel om smitten i hovedsak er forårsaket av utbrudd, eller om den skyldes mer generell smitte som ikke kan tilbakeføres til utbrudd. Det vil også avhenge vår evne til å håndtere utbrudd og avdekke skjult smitte før den får spredt seg for mye, hvilke generelle smitteverntiltak man har innført, og hvor godt befolkningen følger de grunnleggende smittevernrådene.

I regjeringens strategiplan er det satt som mål at smitten skal være lav. Av hensyn til epidemihåndteringen ville det vært nyttig å få utviklet et sett av kriterier som kunne gi en mer presis beskrivelse av hvor lavt nivået bør være.

Mulighetene for å holde et stabilt lavt nivå i Norge vil til en viss grad avhenge av hvilken strategi våre naboland og andre europeiske land velger.

*Helsedirektoratet mener at det er mest realistisk å forvente at Norge i tiden fremover etter den pågående epidemibølgen vil være i scenario 1B, og at helsetjenesten må settes i stand til å kunne håndtere dette.*

*Det bør være et mål å holde smitten lav, særlig den skulte smitten som ikke er del av utbrudd. Det bør utvikles et sett av kriterier som kan gi en mer presis beskrivelse av hvor lav smittenivået bør være.*

*Det er et overordnet mål å forebygge at vi kommer over i scenario 2. Det umiddelbare målet er å slå ned smitten i den pågående epidemibølgen.*

### Hva vil være de viktigste tiltakene?

De viktigste tiltakene for å slå ned smitten i den situasjonen vi er i nå der mer enn 60 prosent av smitten er ukjent, er:

- 1) å redusere kontakthypigheten i befolkningen, slik at hver enkelt treffer færre mennesker og dermed får færre muligheter til å smitte andre,
- 2) å holde tilstrekkelig avstand når mennesker møtes, slik at risikoen for å overføre smitte blir lavere,
- 3) å begrense eller stanse aktiviteter som medfører særlig stor smitterisiko,
- 4) å redusere importen av smitte fra utlandet eller fra områder i landet med høy smitte til områder med lavere smitte,
- 5) og styrke tiltak som må være tilstede i hele pandemien som god hygiene og være hjemme når man er syk.

Det er disse prinsippene som ligger til grunn for tiltakene som nå er gjennomført nasjonalt og lokalt. For flere av tiltakene vil det være en avveining mellom risikoreduksjon og gjennomførbarhet. Jo større behovet er for å redusere risikoen for smittespredning, desto mer inngripende vil tiltakene bli, og desto mer krevende vil det være å gjennomføre dem. Et avstandskrav på to meter vil redusere risikoen mer enn et avstandskrav på én meter, men vil samtidig få langt større negative konsekvenser for offentlig transport, kultur, idrett og arbeidsliv. Selv om tiltakene som nå er innført, er forholdsvis moderate, har de betydelige negative konsekvenser for mange. Ukene fremover vil avgjøre om tiltakene er tilstrekkelige, eller om det blir nødvendig å styrke dem.

Forutsetningene for at vi skal kunne slå ned smitten nå og klare å beholde den lav deretter, er:

- at befolkningen fortsetter å slutte opp om smitteverntiltakene og følger rådene om å la seg teste hvis det er grunn til det,
- at kommunene klarer å bygge opp god nok kapasitet til å kunne videreføre en høy testaktivitet over lengre tid og gjennomføre nødvendig smitteoppsporing,
- at Folkehelseinstituttet sammen med kommunene klarer å oppdage utbrudd tidlig nok,
- at kommunene klarer å sette i verk kraftige nok smitteverntiltak for å stanse smitten hvis arbeidet med å teste, isolere, smittespore og karantenerne (TISK) ikke skulle være tilstrekkelig,
- og at vi sikrer koordinert og tidsriktig iverksettelse av tiltak dersom utbrudd sprer seg mellom flere kommuner eller større områder.

Det er en forutsetning at importsmitten holdes på et forholdsvis lavt nivå, og at de generelle tiltakene som bør være tilstede gjennom hele pandemien for å beskytte befolkningen mot smittespredning, er sterke nok til å kunne sørge for at de fleste som blir smittet, enten ikke smitter

noen andre eller bare én. Siden personer som ikke har Norge som fødeland har høyere smitteforekomst enn resten av befolkningen, er det særlig viktig å nå frem til dem.

Erfaringene fra håndteringen av utbruddene i høst, er at mange mindre og middels store kommuner har lyktes med å sette inn et tilstrekkelig antall virkningsfulle smitteverntiltak raskt. I tilfeller der utbruddene har vært avgrenset til grupper eller arrangementer, har det vært nok å intensivere TISK-arbeidet. I de store byene har det vært vanskeligere å få kontroll over utbruddene fordi mønsteret for smittespredning har vært mer komplisert, fordi det har vært vanskeligere å forhindre brudd på smitteverntiltakene, og fordi smitteoppsporingen er mer krevende.

Erfaringene fra i høst tilsier at vi i fremtiden må være tidligere ute med tiltak som er kraftfulle nok til å slå ned smitten i de store byene slik at den ikke får spredt seg til kommunene rundt og andre deler av landet. Jo tidligere man setter inn tiltak ved en økning i smitten, desto enklere vil det være å få gode resultater. Hvis smittespredningen først har fått fotfeste, kan det ta lang tid og være krevende å få den ned igjen. Dette er imidlertid en vanskelig balansegang fordi vi er avhengig av at befolkningen forstår og er enig i at det er nødvendig å sette inn inngripende tiltak. Denne forståelsen kan det være vanskelig å oppnå på et tidlig stadium når smitten øker. Det kan derfor være behov for at både Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet støtter berørte kommuner med smittevern faglige og juridiske råd i slike situasjoner.

*Helsedirektoratet mener at det er nødvendig å videreføre – eventuelt styrke – smitteverntiltakene som er innført nasjonalt og lokalt inntil smitten er kommet ned på et lavt nivå.*

*De viktigste tiltakene for å holde smitten lav, vil være kommunikasjonsarbeid, TISK, epidemiovervåking og lokal håndtering av utbrudd i kommunene støttet av Folkehelseinstituttet. Det vil også være viktig å opprettholde en god nok beskyttelse gjennom hele pandemien ved hjelp av nasjonale råd og påbud som reduserer kontakthypighet og risiko for smitteoverføring.*

*Høy tillit og oppslutning i befolkningen og god kommunal innsats er kritiske suksessfaktorer. Det er viktig å sette inn kraftfulle nok tiltak raskt, men for å få effekt av dem, må befolkningen forstå at de er nødvendige og forholdsmessige.*

#### Hvordan bør kommunikasjonsstrategien være?

Den viktigste funksjonen for kommunikasjonsarbeidet er 1) å gi kunnskap om viruset og virusets smitemåter slik at folk blir satt i stand til å ta vare på egen helse og beskytte seg selv og andre mot smitte, 2) å bevisstgjøre befolkningen på sin rolle i å stanse pandemien, 3) å støtte opp under myndighetenes smitteverntiltak ved å sørge for at folk forstår hva de går ut på, og hvorfor det er nødvendig og viktig å følge dem, 4) å skape tillit, dempe konflikter og bidra til forholdet mellom befolkningen og myndighetene er godt slik at alle spiller på lag.

For å oppnå dette, er det viktig at myndighetene lytter til befolkningen slik at informasjon, råd, påbud og forbud blir utformet på en måte som møter dens behov og blir forstått og akseptert. Det er viktig å sørge for at informasjonen er åpen, nøktern, sannferdig og tydelig, at den kommer på rett tid, og at den når frem til alle som trenger den i en form de kan forstå. Derfor er det også viktig å bruke kanaler og formidlingsformer som er tilpasset grupper som ikke bruker riksdekkende media som sin hovedkilde til informasjon og meningsdannelse, eller som har behov for tilpasset informasjon. Disse gruppene kan være innvandrere, barn, ungdom og unge voksne og de som av ulike grunner er sårbare for tiltakene eller i særlig risiko for å utvikle alvorlig sykdom av covid-19. For å nå frem til alle, må det gis målrettet informasjon gjennom dialog med brukere og organisasjoner, det må velges

kanaler som er strategisk viktige, og informasjonen må tilpasses til aldersgrupper, geografiske områder og innbyggere med forskjellige språk. Kampanjene må etterstrebe universell utforming, mangfold og kultursensitivitet og må være tilstede på de flatene de ulike gruppene er.

Helsedirektoratet har siden mars gjennomført målrettede kampanjer med temaer knyttet til smittevernregler, sårbare grupper, risikogrupper, nærkontakter, arrangementer, handel og næringsliv, høytider, testing, bruk av munnbind, psykisk helse, og vold i nære relasjoner. Den tydelige tilstedeværelsen i presse, betalte medier og sosiale kanaler har ført til at befolkningen kjenner svært godt til råd og anbefalinger. Tilliten til myndighetene har vært vedvarende høy, selv om den har variert noe gjennom høsten.

I høst gikk pandemien inn i en ny fase der lettelsener og unntak fra smitteverntiltak førte til at folk oppfattet situasjonen som mer utydelig. Rådene fremstod som mer komplekse og vanskeligere å tolke og etterleve, særlig fordi de ofte ble endret. Hos noen ble forståelsen og motivasjonen for å følge tiltakene som kreves under en langvarig pandemi, dårligere. Likevel var effekten av målrettede kommunikasjons tiltak god.

Pandemien har vart lenge. Vi er inne i en mørk årstid, smitte- og sykdomstilfellene øker, og myndighetene har nylig strammet til. Folk har på ny fått lagt tunge begrensninger på livet sitt, og det blir mindre kontakt med andre. Mens etterlevelsen av tiltakene fortsatt er høy, ser vi antydninger til tiltaksslitasje. I en slik situasjon kan det være fornuftig å legge en ekstra dimensjon til kommunikasjonen – et mer uttalt mål om at vi skal ta vare på hverandre. At det å ringe noen kan være like viktig som å vaske hender, og at det finnes hjelpetjenester om man sliter. Disse budskapene har tidligere vært rettet mest til grupper som har vært særlig utsatt. Fremover bør det være et viktig budskap til hele befolkningen.

*Helsedirektoratet mener at det er avgjørende at vi klarer å oppnå en god nok forståelse i befolkningen av alvoret i den situasjonen vi er oppe i, og hva hver enkelt av oss bør gjøre for å unngå å bli smittet og smitte andre.*

*Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vil lage en egen strategi for kommunikasjonsarbeidet. Det er viktig å segmentere kommunikasjonen for å kunne nå frem til de viktigste målgruppene. Budskapene må være enkle, og formidlingen må være samordnet med andre sektorer.*

#### Hvilke forventninger kan vi ha til TISK-arbeidet?

Innsats for å styrke TISK-arbeidet har vært prioritert gjennom hele pandemien. I de siste ukene har Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Helseforetakene arbeidet systematisk for å styrke kapasiteten for testing og lette arbeidet med smitteoppsporing. Kapasiteten for analyser av tester har lenge vært en usikkerhetsfaktor fordi det har vært vanskelig å skaffe nok reagenser og utstyr.

Til nå har ikke analysekapasiteten begrenset testingen, men det har vært uvisst om det ville bli mulig å skalere opp testingen over lengre tid, hovedsakelig fordi det ikke er mulig å skaffe nok reagenser til analysene. Da sykehusene i større grad tok i bruk storskalalaboratoriene som baserer seg på magnetiske kuler utviklet av NTNU, økte kapasiteten betydelig, men fordi dette innebar en sentralisering, ble det vanskelig å oppnå rask nok svartid enkelte steder i landet. Dette vil kunne bli bedre når vi tar i bruk antigenbaserte hurtigtester fordi disse vil kunne analyseres på stedet og gi svar i løpet av et kvarters tid. Samlet sett er det derfor ikke analysekapasiteten som utgjør den største trusselen nå.

Fylkesmennene har i hele høst meldt at kommunene klarer den TISK-belastningen de har vært utsatt for til nå, men at kapasiteten er satt på strekk, at personellet er slitne i utbruddskommunene, og at kapasiteten kan bli overskredet hvis det skulle komme flere utbrudd etter hverandre eller de skulle bli langvarige. Personellet kan bli overbelastet både kortsiktig ved at utbruddsoppløring kan kreve ekstra stor arbeidsinnsats i en periode og langsiktig ved at belastningen blir for høy over lengre tid på grunn av et vedvarende høyt smittenivå. Enkelte små kommuner vil også kunne få problemer med å håndtere utbrudd hvis de skulle få det. Erfaringer har vist at smitteoppsporingsarbeidet kan bli så omfattende under et utbrudd at selv store kommuner med mye ressurser får problemer.

TISK-arbeidet har størst effekt når smittenivået er forholdsvis lavt, men er ikke mindre viktig når smittenivået øker. Når belastningen blir så stor at TISK-arbeidet bryter sammen, vil det kunne oppstå en eksplosiv vekst i smitten. Derfor er det viktig at kommunene klarer å opprettholde et høyt nivå på TISK-arbeidet så lenge som mulig.

Samtidig er det viktig å erkjenne at det ikke er sikkert at TISK vil kunne erstatte mange av de andre smitteverntiltakene som har vært innført tidligere. Det er mulig at det kanskje særlig i byene vil være nødvendig å opprettholde enkelte inngripende tiltak i tillegg til et godt TISK-arbeid. Dette bør også befolkningen informeres om.

Det er viktig å videreføre og intensivere arbeidet med å gjøre TISK-arbeidet mer effektivt, ved hjelp av arbeidsbesparende prosesser som for eksempel selvprøvetaking, spyttprøver, hurtigtester og smartere smittesporing og karantene.

*Helsedirektoratet mener at det er nødvendig å prioritere og videreutvikle TISK-arbeidet i kommunene.*

*Bemanningen i kommunene må styrkes, men det kommunale samarbeidet om smitteoppsporing bør videreutvikles slik at den totale kapasiteten kan skaleres opp hvis det skulle bli behov for det. Her har Fylkesmennene en viktig koordineringsoppgave.*

*Det er også viktig at Folkehelseinstituttets nasjonale smittesporingsgruppe er tilstrekkelig robust for å kunne tre inn med operativ hjelp lokalt.*

#### Hvilke smitteverntiltak må vi opprettholde gjennom resten av pandemien?

De generelle smitteverntiltakene som ble innført i mars, hadde to funksjoner. Den ene var å slå ned smitten, den andre var å beskytte de delene av landet som ikke hadde smitte, mot å få det. Behovet for det siste ble redusert da smittenivået gikk ned, men vil alltid være der og har vært større nå de siste ukene.

De viktigste elementene i grunnbeskyttelsen er å ha god hygiene, være hjemme ved sykdom, holde avstand (1 meter), og treffe få personer (gruppestørrelse). Dette er enkle og effektive tiltak, men kravene til avstand og gruppestørrelse kan være vanskelig å kombinere med arbeid, sosial omgang, kultur og idrett. Derfor har det også vært et sterkt ønske fra mange om å få unntak fra nettopp disse reglene. Disse ønskene vil antakelig komme tilbake med full styrke når smitten igjen er kommet ned på et lavere nivå.

Unntak fra avstandskravet og lemping på begrensningen av gruppestørrelse vil øke risikoen for smittespredning. Spørsmålet er hvor mye lettelse det går an å innvilge uten å risikere at smitten kommer ut av kontroll. Dette finnes det antakelig ikke noe fasitsvar på. Det avhenger av hvor godt vi klarer å bygge opp kapasiteten for TISK-arbeid i kommunene, hvor følsomt Folkehelseinstituttets overvåkningssystem er, og hvor godt befolkningen klarer å følge reglene og rådene.

Det er også vanskelig å vite når grensen er nådd, ikke minst fordi det ikke er sikkert at konsekvensene kommer med det samme hvis grensen blir overskredet. Derfor har det vært nødvendig å prøve seg frem for å finne ut hvor grensen går ved å fjerne eller gi unntak fra smitteverntiltak på en skrittvis og kontrollert måte mens man har fulgt med på smitteutviklingen. Denne titreringsprosessen har forutsatt at man har vært villig til å gå et skritt tilbake og gjeninnføre tiltak hvis smitten skulle øke.

Smitteøkningen i høst kan oppfattes som et tegn på at grunnbeskyttelsen er blitt for svak, og at den bør styrkes. Det vil i så fall innebære at også områder med liten eller ingen smitte vil måtte stramme inn noe for å styrke beskyttelsen, selv om disse ikke trenger det for å få ned smittetallene akkurat nå. Tiltakspakken i november har medført en slik styrking av grunnbeskyttelsen. Spørsmålet er om det vil være fornuftig og nødvendig å beholde noe av denne også en stund etter at smitten er brakt under kontroll. Siden det nå kanskje bare er noen få måneder til vi får hjelp av den immuniteten vaksinasjon vil gi, bør det vurderes om noen av tiltakene bør beholdes frem til dette.

*Helsedirektoratet mener at det bør utarbeides en liste over tiltak som det vi vil være nødvendig å beholde gjennom resten av pandemien – og frem til immuniteten i befolkningen er styrket gjennom vaksinasjon – for å forhindre nye epidemibølger. En slik liste vil måtte ha sterk politisk forankring.*

#### Hvordan kan vi gjøre tiltakene mer treffsikre?

I starten av pandemien var det forståelig for folk at vi gjennomførte tiltak som vi ikke fullt ut kjente virkningen av og behovet for. Når vi nå er snart ti måneder inn i pandemien, er kravene høyere til at vi klarer å utforme tiltakene på en måte som gir mest mulig effekt og minst mulig skade, til at vi avvikler tiltak som ikke lenger trengs, og til at vi unngår å innføre flere eller sterkere tiltak enn nødvendig. Dette gjelder særlig i perioder der smitten er forholdsvis lav, men også nå når situasjonen er alvorlig, og den høye smitten har skapt større forståelse for at det er nødvendig å ta i bruk sterkere virkemidler.

Det er viktig for oppslutningen i befolkningen å sikre at nytten av tiltakene står i et rimelig forhold til effekten av og behovet for dem. Derfor er det viktig å sette inn tiltakene der smitten er og utforme dem slik at de virker. Den siste tiden har den største smittespredningen skjedd:

- i hjemmene – smittede bringer smitten videre til husstandsmedlemmer – særlig i områder med trangboddhet,
- i private sammenkomster, spesielt større sammenkomster som bryllup, konfirmasjoner og fester med mange deltakere,
- på utesteder,
- på arbeid/studiested/skole,
- ved import av smitte fra utlandet, særlig gjestearbeidere og innvandrere som reiser på besøk til hjemlandet, og
- blant personer som ikke har Norge som sitt fødeland.

Vi må anta at det i den forholdsvis store gruppen av tilfeller der vi ikke kjenner smittestedet, har vært tilfeller av smitte på offentlig transport, på utesteder og på andre arenaer hvor det kan være vanskelig å identifisere smittekontaktene og få gode data, men hvor det ut fra smittevern faglige vurderinger er økt risiko for smitte, som for eksempel treningscentre, svømmehaller og lignende.

Tidligere i høst var det særlig blant yngre voksne smittespredningen foregikk. Etter hvert ble det også en sterk økning blant ungdom i alderen 13-19 år. I løpet av den siste tiden har smitten spredt seg til eldre aldergrupper, og nå skjer det i alle aldre, også i de aller eldste – og i de yngste (6-12 år).



Fremover er det viktig å rette innsatsen mot de arenaene og gruppene som har størst smittespredning. Dette kan innebære tiltak i fritidstilbud og skoler for ungdom i alderen 13-19 år.

For å kunne sørge for at smitteverntiltakene er forholdsmessige, og at det blir mulig å drive et effektivt smittevernarbeid, er det viktig å få mer og bedre kunnskap om hvor og i hvilke situasjoner mesteparten av smitten skjer. Det er nødvendig å styrke analysearbeidet på dette området.

*Helsedirektoratet mener at det fremover er nødvendig å legge enda mer vekt på å gjøre smitteverntiltakene treffsikre.*

*Det er også viktig å gjøre gode forholdsmessighetsbetraktninger før det blir besluttet å innføre nye smitteverntiltak eller beholde eksisterende. Slike vurderinger må bygges på kunnskap om tiltaket er nødvendig for å løse problemet, om det vil virke etter hensikten, om ulempene og skadene det fører med seg står i et rimelig forhold til fordelene, og om problemet kunne vært løst på en mindre inngripende måte.*

*Smitteverntiltakene må så langt det er mulig være rettet mot arenaer, steder og grupper der smitten er størst. Analysearbeidet som er nødvendig for å skaffe kunnskap om dette, må styrkes.*

#### Hvordan skal vi oppnå bedre etterlevelse?

Covid-19 er en smittsom sykdom, og det skal ofte lite til for å bli smittet. Derfor kan dette ramme oss alle, selv om vi gjør så godt vi kan for å forhindre det. For å oppdage smitte og sikre at alle tester seg ved mistanke, er det viktig at man lokalt og nasjonalt informerer på en måte som stimulerer til årvåkenhet og forhindrer skamfølelse og stigmatisering.

I spørreundersøkelser svarer et stort flertall at de støtter smitteverntiltakene og følger smittevernreglene. En del av utbruddene skyldes at smitteverntiltakene er blitt svekket på grunn av unntakene som er gitt fra dem. Men vi må også konstatere at mange av utbruddene skyldes at noen har brutt smittevernreglene. Det gjelder både avstandskravet, begrensningen på gruppestørrelse og karantenekravene. Hvis mindretallet som bryter reglene, er stort nok, vil vi få utbrudd selv om flertallet følger dem.

Manglende etterlevelse av smittevernreglene er en utfordring, ikke bare fordi det fører til utbrudd og er usolidarisk overfor de som følger reglene, men også fordi det svekker muligheten til å gjenvinne kontrollen ved å innføre ytterligere tiltak når smitten øker. Hvis problemet er at noen bryter reglene, er det ikke sikkert at flere eller strengere regler vil få full effekt. Hvis alle hadde fulgt reglene, kunne vi kanskje klart oss med færre.

Vi vil ikke kunne forvente at alle i et samfunn vil forstå nytten av de tiltakene som trengs under en pandemi. Vi vil heller ikke kunne forvente at alle som støtter smitteverntiltakene, eller sier at de gjør det, faktisk gjør det når det kommer til stykket. Derfor vil det kunne være behov for en eller annen form for kontroll og mulighet for sanksjonering i tillegg til informasjon og motivasjonsarbeid, selv om helsemyndighetene generelt bør være tilbakeholdne med å benytte politi og straff som smitteverntiltak.

Kommunen har et overordnet ansvar for å føre tilsyn med at befolkningen, arbeidsgivere og organisasjoner følger smittevernreglene. Et risikobasert tilsyn vil være et viktig virkemiddel for styrke etterlevelsen. Under pandemien vil imidlertid mange kommuner ha problemer med å gjennomføre stor nok kontroll og tilsynsaktivitet. Det ville være ønskelig at Arbeidstilsynet, Mattilsynet,

Helsetilsynet og andre instanser kan bistå kommunene i dette arbeidet. Vi kan ikke basere oss på at tilsyn vil ha effekt, hvis vi ikke sørger for at det blir nok ressurser til det.

Det er også viktig å skaffe mer kunnskap om hvorfor etterlevelsen i noen tilfeller er dårlig. I den grad det skyldes praktiske og økonomiske hindringer, er det viktig å gjøre noe for å fjerne disse.

*Helsedirektoratet mener det er viktig å styrke arbeidet med å øke etterlevelsen av smittevernreglene ved hjelp av målrettet kommunikasjonsarbeid.*

*Det er viktig å skaffe mer kunnskap om hvorfor etterlevelsen er dårlig der hvor det er tilfellet, slik at det kan settes inn målrettede tiltak.*

*Det vil også være nødvendig å sørge for en strengere håndheving av påbud og forbud gjennom et risikobasert tilsyn og kontrollvirksomhet.*

### Råd eller påbud – frivillighet eller tvang?

Mange av smitteverntiltakene forutsetter at befolkningen er enig i dem, er villige til å følge dem og får det til. De er bygget på tillit og dugnadsånd, og forutsetter at folk er årvåkne og bruker sunn fornuft når de praktiserer dem. Derfor vil det være naturlig å bruke et godt kommunisert råd fremfor et tydelig påbud i mange tilfeller. Dette er også et grunnleggende premiss nedfelt i smittevernloven. Risikoen for at noen skal reagere med avverge og sette seg imot et tiltak, vil gjerne være mindre hvis det er et frivillig råd enn om det er et påbud som blir tvunget på folk.

I noen situasjoner kan det imidlertid også være enklere for å forholde seg til et konkret påbud enn et råd som forutsetter skjønn og vurderinger. Bruk av munnbind på offentlige transportmidler kan være et eksempel. Mange opplevde det som enklere å vite hva man skulle gjøre når bruk av munnbind ble påbudt og alle måtte bruke det. Oppslutningen og etterlevelsen ble også bedre. Dette er i tråd med resultater fra Helsedirektoratets ukentlige befolkningsundersøkelse der nå 87 % svarer at de foretrekker klare lover og regler, slik at det er lett å vite at de gjør de rette tingene.

Et eksempel på hvordan fordeler og ulemper ved bruk av råd fremfor forskriftsfestet påbud kan veies mot hverandre, er gitt i tabell i vedlegg.

I en situasjon der smitten øker og manglende etterlevelse av råd og påbud er en viktig årsak til utbrudd og smittespredning, kan det være nyttig å bruke påbud og forbud i noe høyere grad for å gi et sterkere signal og for å gi mulighet til å kunne sanksjonere ved brudd.

*Helsedirektoratet mener at det på områder hvor det er viktig å oppnå høy etterlevelse, kan være aktuelt å bruke påbud fremfor råd i høyere grad enn i dag for å gi sterkere signaleffekt og gi rom for å kunne sanksjonere hvis det skulle være nødvendig og andre tiltak ikke er tilstrekkelige. Det gjelder særlig i kommuner som har behov for raskt å få kontroll over smitteutbrudd, men også for nasjonale tiltak i den grad det er behov for å ha tiltak som omfatter alle kommuner og som krever høy etterlevelse.*

### Hvordan skal vi håndtere reising?

Import av smitte fra land med høyere smitte enn i vårt land vil gi økt risiko for utbrudd og forhøyet smitte. Normalt vil turisme utgjøre den største reisevirksomheten og dermed også den største risikoen. På grunn av innreisekarantene, reiseråd fra UD og reiserestriksjoner i andre land, har

reisevirksomheten gått ned med 95 prosent. Importsmitte har derfor lenge utgjort en liten del av smittebildet både i Norge og i andre europeiske land.

I Norge er det først og fremst gjestearbeidere og innvandrere som har besøkt hjemlandet, som har forårsaket importsmitte de siste månedene. Dette er til gjengjeld blitt et økende problem etter hvert som smitten i disse landene har økt. De siste ukene har smitte fra enkelte land forårsaket mange utbrudd. Denne smitten er det viktig å få redusert fordi den vedlikeholder et høyt smittepress og setter kommunenes TISK-arbeid under press. Det gjøres mye for å nå frem til disse gruppene, men det trengs en betydelig satsing for å sikre forståelse og etterlevelse. Vi må forvente at dette vil fortsette å være en stor utfordring fremover.

Reiserestriksjonene har innskrenket den enkeltes frihet og har hatt negative virkninger både for turistnæringen og næringslivet for øvrig. For å skape større forutsigbarhet og en mer rasjonell bruk av tiltak for å begrense reising, har EU laget et rådgivende rammeverk som skal standardisere bruken av reiserestriksjoner i Europa. Slik situasjonen er for tiden, er det lite sannsynlig at dette rammeverket vil få store praktiske konsekvenser med det første fordi de fleste land har et så høyt smittenivå, at reising er lite aktuelt.

Når epidemibølgen vi er inne i nå, er drevet tilbake her i landet, og dette også har skjedd i resten av Europa – eller det har oppstått et stabilt forhøyet smittenivå i de fleste europeiske land slik at dette er en situasjon man må leve med lenge – vil det bli viktigere for Norge å ta stilling til EUs anbefalinger.

I dagens situasjon hvor vi har satt inn inngripende tiltak for å slå ned smitten og gjenopprette et lavt smittenivå, vil det være viktig å begrense reising og stanse importsmitte selv om denne ikke utgjør en stor andel av smitten totalt. Normalt vil imidlertid reiserestriksjoner være viktigst og ha sterkest effekt hvis Norge har et vesentlig lavere smittenivå enn andre land. Hvis forskjellen i smittenivå er liten, vil ulempene kunne bli større enn gevinstene.

Hvis Norge etter hvert skulle få vesentlig lavere smittenivå enn resten av Europa, vil det være viktig å beholde regler som i høy grad begrenser importsmitte. Hvis smittenivået i Norge skulle bli omtrent det samme som i en del andre europeiske land, blir det mindre viktig å opprettholde slike begrensninger for disse landene.

Innreisekarantene er et av de viktigste tiltakene for å begrense importsmitte. Det vil være et effektivt tiltak hvis man klarer å få god etterlevelse. Erfaringer fra håndteringen av pandemien så langt er imidlertid at det oppstår mange behov for unntak knyttet til arbeidsreiser, arbeidsinnvandring, arbeidspendling på tvers av grensene, kontakt med familie og lignende. Dette reduserer effekten av tiltaket. Flere av utbruddene de siste månedene kan knyttes til disse unntakene. Det er også et problem at karantenereglene blir brutt.

*Helsedirektoratet anbefaler at Norge holder fast ved sin støtte til EUs rådgivende rammeverk for reiserestriksjoner, men venter med å differensiere mellom oransje og røde land inntil dette kan gjøres på en måte som gir god nok beskyttelse mot importsmitte. Dette kan innebære økt bruk av testing eller andre kompensierende tiltak for å forkorte eller unngå karantene for oransje land. Det vil imidlertid være liten hensikt i å ta i bruk dette rammeverket før smitten er brakt under kontroll, og vi har fått en mer stabil og forutsigbar situasjon både her i landet og i resten av Europa.*

*Helsedirektoratet mener at det er nødvendig å etablere mekanismer som sørger for bedre etterlevelse av kravet til innreisekarantene fordi brudd på karantenereglene svekker effekten av tiltaket.*

### Hvordan skal vi bruke karantene som virkemiddel?

Generelt sett er bruk av karantene for nærkontakter til smittede – og de som er mistenkt smittede – effektive og nyttige tiltak for å stanse utbrudd og holde smitten lav. Det kan også være effektivt med innreisekarantene fra land med høy smitte. Men bruk av karantene kan også skape høy belastning for arbeidsliv og skolegang hvis kriteriene for nærkontakter er for vide eller praktiseres for bredt. Det er derfor viktig å sørge for at karantenereglene er kunnskapsbasert og treffsikre slik at de ikke fører til at unødvendig mange går glipp av arbeidsdager og skolegang. Det er bare ca. to prosent av nærkontakter av kjente smittede som blir smittet.

Brudd på karanteneregler har vært årsak til flere utbrudd av covid-19. Det gjelder særlig personer som har hatt innreisekarantene etter å ha vært i eller kommet fra land med høy smitte, men også nærkontakter til smittede. Slike regelbrudd kan redusere effekten av tiltaket. Det er derfor viktig å oppnå høy oppslutning og etterlevelse av karantene.

*Helsedirektoratet mener det bør settes i gang et arbeid med bredt sammensatt representasjon for å gå gjennom bruk av karantene som virkemiddel. Målet er å gjøre virkemiddelet mer treffsikkert og effektivt.*

### Hvordan bør balansen være mellom nasjonale og lokale tiltak?

Smittespredningen ved covid-19 skjer flekkvis, og smittsomheten er variabel. De fleste med covid-19 smitter bare én annen eller ingen, mens noen få smitter mange. Dette gjenspeiler seg også i utbredelsen i landet. Selv om smittenivået er mye høyere nå enn i sommer, er det fortsatt slik at mange kommuner ikke har smitte i det hele tatt, eller bare noen få smittetilfeller. Mesteparten av smitten skyldes utbrudd eller forhøyet smitte i et begrenset antall kommuner, særlig i store byer med områdene rundt.

I en slik situasjon vil det være mer rasjonelt å håndtere smitten lokalt i kommunene enn å basere seg på nasjonale tiltak som vil ramme alle. Det har også vært politikken de siste månedene.

Det er imidlertid vanskelig å se disse to nivåene løsrevet fra hverandre. For det første vil det være behov for enkelte nasjonale tiltak for å sørge for at også kommuner uten smitte har tilstrekkelig beskyttelse. For det andre vil kommuner være avhengige av hverandre fordi innbyggerne ofte bor i en kommune og arbeider i en annen, og fordi det hele tiden vil være både reisevirksomhet og transport på tvers av kommunegrensene.

Siden andre kommuner – og i ytterste konsekvens hele landet – kan bli påvirket av beslutninger i den enkelte kommune, vil det være behov for en overordnet nasjonal koordinering, selv om kommunene må ha stor frihet til å organisere innsats og tiltak etter eget behov. Det vil være naturlig at både Fylkesmennene, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet bidrar til en slik koordinering, men det vil antakelig også kunne bli behov for politiske prosesser for å sørge for at den enkelte kommunes lokale strategi samsvarer med regjeringens nasjonale strategi. Det bør ikke være for store forskjeller fra en kommune til en annen i ambisjoner og mål.

De lokale beslutningsprosessene i kommunene er viktige for å oppnå eierskap og legitimitet for tiltakene som skal gjennomføres. Det store bildet er at den kommunale håndteringen har vært en suksess. Et hundretalls kommuner har oppdaget, risikovurdert og håndtert lokale utbrudd etter smittevernhandboka, og har fått kontroll over situasjonen.

I en uoversiktlig situasjon som den vi er inne i nå, der smitten øker raskt, og vi ikke har full oversikt over skjult smitte og mørketall, er det viktig at både regjeringen og kommunene handler raskt og samordnet slik at man får satt i verk en tidsriktig håndtering. Mange land i Europa som nå har mistet kontrollen og har vært nødt til å stenge ned, har angret på at de ikke grep inn mer resolutt tidligere i forløpet.

Det er viktig å støtte og styrke de lokale beslutningsprosessene i den enkelte kommune og samarbeidet mellom kommunene. I noen situasjoner kan det også være nødvendig å bistå med nasjonal koordinering og regionale tiltak.

For å bistå kommunenes innsats i å holde smittenivået lavt og under kontroll, bør det utvikles et system som gjør det enklere for dem å vite når det er viktig å ta i bruk sterkere virkemidler. Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har foreslått en modell for valg av tiltak, som bør basere seg på en inndeling i fem nivåer med tilførende forslag til tiltakspakker. Et slikt system vil kunne være til god hjelp hvis det lages et sett av gode kvantitative mål og skjønnsmessige vurderingskriterier som gjør det enkelt å definere nivå, og det lages gode tiltakspakker for hvert nivå som det forutsettes at kommunen tar i bruk, og som er utformet slik at de med høy grad av sannsynlighet vil være tilstrekkelige til å få brakt smittenivået raskt ned igjen.

*Helsedirektoratet mener det er viktig å sikre at det er en felles politisk forståelse for hvordan regjeringens strategi skal operasjonaliseres i den enkelte kommune.*

*Det er også viktig å videreutvikle det kommunale samarbeidet i bo- og arbeidsmarkedsregionene.*

*Helsedirektoratet vil anbefale at det tydeliggjøres overfor kommuner hvordan de bør gjennomføre gode politiske prosesser i en bo- og arbeidsregion på en måte som gjør det mulig å fatte beslutninger om samordnede smitteverntiltak raskt. Det gjelder særlig for tiltak som innebærer restriksjoner på kollektivtransport, utesteder, treningsentre og andre virksomheter der det er viktig å ha samordnede regler. Dette kan for eksempel tydeliggjøres i Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv om kommunale smittevernvedtak i-7/2020.*

*Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet har foreslått et system med fem risikonivåer med tilhørende forslag til tiltakspakker som blant annet vil kunne gjøre det enklere for kommunene å raskt gjenvinne kontrollen ved å sette inn adekvate tiltak hvis smitten skulle øke. Helsedirektoratet er i samråd med Folkehelseinstituttet gitt i oppdrag å etablere og videreutvikle systemet med å risikovurdere smittesituasjonen i landets fylker og eventuelt utvalgte bo- og arbeidsmarkedsregioner.*

#### Bidrag fra andre samfunnssektorer?

Covid-19-epidemien og tiltakene mot den får betydning for de fleste sektorene i samfunnet. Helseforvaltningen og helsetjenesten vil måtte ha et hovedansvar for å ta hånd om de som blir syke og finne ut hvilke tiltak som må gjennomføres for å bekjempe epidemien. Flesteparten av smitteverntiltakene gjennomføres imidlertid ikke i helsetjenesten, men i andre samfunnssektorer. Håndteringen av epidemien må derfor bygge på et samarbeid mellom alle de sektorene som blir berørt.

Regjeringen har stått sammen om den overordnede håndteringen. Det har derfor det i liten grad vært signalisert uenighet om smitteverntiltakene som er blitt gjennomført. Helsedirektoratet opplever imidlertid at det er krevende å få etatene under andre sektordepartementer til å ta et

ansvar for den jobben som må gjøres for å få gjennomført tiltakene når det er mange berørte aktører. Et eksempel er innreise til Norge. Målet bør være at alle passasjerer som kommer til Norge, eller planlegger å reise hit, skal vite hvilke råd, anbefalinger og regler som gjelder for dem. For å oppnå det, må det lages et forløp helt fra starten av reisen til ankomst i norske kommuner der alle relevante aktører samarbeider og tar sitt ansvar for å gi god informasjon og bidra til å stoppe importsmitten til Norge. I dag mangler det gode systemer og rutiner for å kvalitetssikre og distribuere informasjon fra de ulike aktørene om de forpliktelser, rettigheter og regler den enkelte innreisende forventes å følge. Det er avgjørende at informasjonen når frem på de rette tidspunktene.

Det er ønskelig at Justisdepartementet styrker sin rolle som overordnet koordinator av krisen.

Sektordepartementene har en dobbel oppgave. De skal på den ene siden bidra til regjeringens håndtering av pandemien, og på den andre siden ivareta behovet for at samfunnshjulene holdes i gang på sine områder. Dette er en vanskelig balansegang. Helsedirektoratet opplever at en del av sektordepartementene til nå ikke har tatt et sterkt nok ansvar for selv å bidra til å få smittetallene ned. Det har vært tatt mange initiativer for å oppnå unntak fra smitteverntiltakene og finne fleksible måter å praktisere dem på som vil ivareta sektorens behov for aktivitet, men ikke like mange initiativer for å styrke effekten av dem.

*Helsedirektoratet mener at det er avgjørende for at den videre håndteringen av pandemien skal lykkes, at alle sektordepartementer med sine underliggende etater tar et større ansvar for å få gjennomført smitteverntiltakene, og få full effekt av dem.*

*Det er viktig at sektordepartementene tar et koordineringsansvar som rekker helt ut til det operative nivå, og det er særlig viktig at Justisdepartementet ivaretar sin overordnede koordineringsrolle for krisen godt.*

#### Må de største byene behandles annerledes?

Erfaringene fra utbruddene i høst har vist at utfordringene ved å få ned smitten er annerledes i en stor by enn i mindre kommuner. Logistikken er mer komplisert, befolkningen er mer heterogen, det er mer krevende å holde oversikt over alle virksomheter, og man får mindre drahjelp av den sosiale kontrollen og støtten man har i et lite lokalsamfunn der alle kjenner alle. Det er også vanskeligere å drive god smitteoppsporing fordi folk er i kontakt med flere i løpet av en dag, og fordi kontaktpunktene er vanskelig å identifisere, som for eksempel under offentlig transport, besøk i store handlesentre og lignende.

I de fleste europeiske land har det vist seg vanskeligere å slå ned smitten i hovedstedene og store byene enn i resten av landet. Det ser det også ut til å kunne bli hos oss. Spørsmålet er om det er uunngåelig at noen av de største byene ender opp med et noe høyere generelt smittetilnivå enn ellers, eller om det bare vil kreve mer innsats for å få smitten ned.

*Helsedirektoratet mener at i den grad kommuner skal lage egne strategier for håndtering av covid-19-epidemien, må disse speile regjeringens strategi fullt og helt. Det må være rom for visse forskjeller i det generelle smittetilnivået mellom store byer og andre kommuner, men forskjellene kan ikke bli så store at byene blir en belastning og trussel for resten av landet. Det bør være større toleranse for høye smittetall forårsaket av kjente utbrudd enn for høye smittetall forårsaket av skjult smitte og smitte med ukjent utgangspunkt.*

*Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet vil fortsette å følge situasjonen og ha dialog med kommunene hvis smittenivået skulle bli for høyt.*

### Hvordan kan vi skape forutsigbarhet for næringslivet?

En av konklusjonene fra Holdenutvalget var at det viktigste for næringslivet er stabilitet, og at dette er viktigere enn tiltaksbelastningen i seg selv. Det mest ødeleggende er å måtte åpne og stenge ned flere ganger, både fordi det er tid- og ressurskrevende å stenge og åpne virksomhetene og fordi det tar lang tid før kunder og forbrukere endrer sine vaner. Det beste for næringslivet ville derfor ha vært at vi hadde klart å beholde det lave smittenivået som ble oppnådd etter den første nedstengningen i mars, selv om det hadde medført at det ikke ville vært mulig å gjenåpne samfunnet så mye som vi har gjort. Det ville vært lettere for næringslivet å tilpasse seg moderat inngripende smitteverntiltak hvis det hadde vært mulig å beholde kontrollen over epidemien over lengre tid på denne måten.

Når vi nå får en ny økning i smitten, er det nødvendig å ta stilling til om det vil være best å slå kraftig til og få en rask nedgang i smitten, eller om det vil være bedre å ta det langsommere og nøye seg med å innføre tiltak som kan beholdes over lengre tid og som kan gi en mer stabil situasjon.

Et av kjennetegnene ved denne epidemien er at det synes å være vanskelig å beholde et stabilt smittenivå på et moderat nivå uten inngripende smitteverntiltak. Det er først når smittenivået blir lavt at det blir mulig å holde det stabilt med moderat eller lavt tiltaksnivå. Det er dette som er begrunnelsen for innstramningen regjeringen gjorde i oktober/november. Men når smittenivået etter hvert kommer ned igjen på et lavt nivå, vil problemstillingen oppstå på nytt. Bør vi da beholde en del av smitteverntiltakene fast for å forhindre at smitten skal gå opp igjen, og det blir nødvendig å stramme inn på nytt? Eller vil det tross alt være bedre å utnytte det tidsvinduet som oppstår til å få fart på samfunnshjulene?

Her vil antakelig ulike deler av næringslivet har forskjellige ønsker, og det kan også være kryssende behov. Mange vil kunne ha et kortsiktig ønske om å få avviklet tiltakene for å kunne åpne opp, og et langsiktig ønske om at det ikke skal gjenåpnes så mye at man risikerer at smitten går opp igjen. Bransjer som blir hardest rammet av tiltakene og som vil ha størst problemer med å tilpasse seg dem, vil ha et sterkere ønske om å få lettet på tiltakene så raskt som mulig enn bransjer som har mulighet til å tilpasse seg. Belastningen ved smitteverntiltakene vil være avhengig av hvilke økonomiske støtteordninger som knyttes til dem. Gode og langsiktige og kompensasjonsordninger som når frem til dem som blir fratatt muligheten til å utøve sin næring, vil gjøre det enklere for næringslivet å tåle svingninger.

For næringslivet er det en ulempe om det er ulike smittevernregler i forskjellige kommuner. Så lenge det er liten eller ingen smitte i et stort flertall av kommunene, og forholdsvis høy smitte i en del kommuner, vil det imidlertid samlet sett være uhensiktsmessig å ha de samme smitteverntiltakene alle steder. Dette er derfor et motsetningsforhold som det er vanskelig å løse. Det er imidlertid viktig å sørge for at næringslivet får lett tilgang på lettfattelig og oppdatert informasjon om hvilke regler som gjelder i ulike kommuner.

Som ellers i samfunnet er det viktig for næringslivet at smitteverntiltakene som innføres er kunnskapsbaserte og forholdsmessige, og at prioriteringene blir godt begrunnet og kommunisert. God og pedagogisk informasjon er viktig slik at bransjene forstår bakgrunnen for tiltakene og blir i stand til å informere sine kunder og samarbeidspartnere på en god måte. Så langt det er mulig, bør de også være treffsikre slik at de ikke rammer virksomheter unødvendig. Det bør være et mål at næringslivet skal kunne drive sin virksomhet så normalt som mulig innenfor det som er

smittevernmessig forsvarlig. Det bør lages planer som viser hvilke tiltak det kan bli aktuelt å innføre ved ulike smittenivåer, slik at næringslivet får god tid til å forberede seg på hva som kan komme til å skje.

*Helsedirektoratet mener at strategien med å slå ned smitten raskt selv om det skulle medføre bruk av inngripende tiltak, vil være bedre for næringslivet på lengre sikt, fordi det er vanskelig å holde smittenivået stabilt uten vedvarende bruk av kostbare smitteverntiltak med mindre smitten er på et forholdsvis lavt nivå.*

*Hvis man slår til med tilstrekkelig kraft tidlig ved en økning i smittenivået, vil man kunne avvikle mange av tiltakene etter forholdsvis kort tid. Det vil være positivt for næringslivet.*

*Det forutsetter imidlertid at det gis adekvate økonomiske støtteordninger for dem som får stor belastning av tiltakene, og det er viktig at tiltakene er kunnskapsbaserte, forholdsmessige og så treffsikre som mulig.*

#### Hvordan vil vaksine kunne påvirke strategien?

Den endelige løsningen på pandemien ligger i at vi får vaksiner som sammen med naturlig oppstått immunitet etter gjennomgått infeksjon kan skape flokkimmunitet som hindrer viruset i å spre seg i befolkningen. Noen av de første vaksinene som kommer, vil kunne være av en type som gir god beskyttelse mot alvorlig sykdom, men som kanskje ikke i like høy grad vil hindre de som blir smittet, i å selv bli smittefarlig for en periode. Disse vaksinene vil dermed ikke bidra så sterkt i å skape flokkimmunitet. Likevel vil de kunne gjøre det mulig å gradvis avvikle en del av smitteverntiltakene hvis en stor nok andel av befolkningen blir vaksinert slik at helsetjenestene blir i stand til å kunne håndtere en epidemitopp.

I og med at det vil ta lang tid før de kliniske studiene er fullført, vil de første vaksinene bare kunne få en midlertidig eller betinget godkjenning. Det er ennå ikke avklart om den bare vil omfatte bruk hos de som har aller mest å vinne på vaksinen – personer i risikogrupperne – eller om den også vil åpne for bruk hos helsepersonell og andre grupper i samfunnet. Dette vil få stor betydning for hvor stor del av befolkningen det vil bli mulig å vaksinere i løpet av første halvår 2021.

Når risikogrupperne er vaksinert, vil helsetjenestene kunne tåle enn større epidemitopp enn den er i stand til nå, fordi flesteparten av de som blir alvorlig syke i dag, tilhører risikogrupperne. Men selv om det prosentvis vil være færre som får et alvorlig sykdomsforløp i den øvrige delen av befolkningen, vil det totale antallet likevel kunne bli høyt hvis mange blir smittet. Derfor er det sannsynlig at vi vil måtte beholde en del av smitteverntiltakene inntil også en del av den øvrige befolkningen er blitt vaksinert.

Muligheten for å få gode vaksiner vil avgjøre hvor raskt det blir mulig å få kontroll over pandemien.

*Helsedirektoratet vil støtte Folkehelseinstituttet i arbeidet med å få gjennomført et vaksinasjonsprogram for covid-19.*

*Helsedirektoratet har et særlig ansvar for at det finnes tilstrekkelig med sprøyter, spisser og annet nødvendig materiell, og at kommunene lager gode nok planer for å gjennomføre vaksinasjonen. Det er viktig å sørge for at alle relevante aktører blir involvert i prosessen.*



### Hvilken betydning vil hurtigtester kunne få?

Hurtigtester som påviser antigen, kan analyseres på stedet uten laboratorieutstyr og gir svar i løpet av et kvarters tid. Disse vil kunne effektivisere smitteoppsporingsarbeidet fordi det blir avklart med det samme hvem som er smittet og som må i isolasjon, og hvem som må gå i karantene fordi de er reelle smittekontakter. De vil også redusere belastningen for sykehuslaboratoriene fordi behovet for PCR-analyser blir mindre, noe som er gunstig fordi det er mangel på nødvendige reagenser for å utføre slike analyser andre steder enn ved de sentraliserte stordriftslaboratoriene.

Uttesting i pilotstudier har vist at antigen-hurtigtestene har en sensitivitet på mellom 80 og 95 prosent (evne til å påvise smittede) og en spesifisitet på 99,9 prosent (evne til å gi et sikkert svar/unngå falsk positiv). Flere studier har vist at sensitiviteten er opp mot 95 prosent for pasienter som har så mye virus at en PCR-test vil definere testen som sikker positiv. Det dekker de som er i den mest smittsomme fasen. Dette er tilstrekkelig for epidemiologiske formål, men ikke alltid godt nok for pasientdiagnostikk der det er viktig for behandlingen å stille en sikker diagnose. Dette får betydning for bruken av antigen-hurtigtestene.

Det har nettopp vært gjennomført en utprøving og validering av hurtigtestene i Oslo og enkelte andre utbruddskommuner. Når analysene fra denne er ferdig, vil det bli gjort en faglig vurdering av bruksområdene for antigen-hurtigtestene. Retningslinjer for dette vil kunne foreligge i første halvdel av desember.

Helsedirektoratet mener at det er viktig at det blir gjort en god validering av antigen-hurtigtester før de tas i bruk slik at vi vet mest mulig om hvilke bruksområder de egner seg best til. Analysene av en slik validering pågår nå.

### Hvordan skal vi klare å stå løpet ut?

Selv om vi kan få vaksine i løpet av noen måneder, vil det gå lang tid før situasjonen er normalisert. Vi må derfor planlegge for å kunne beholde høy etterlevelse av smitteverntiltak i lang tid fremover. Dette er en av de mest kritiske suksessfaktorene.

Helsesektorens primære rolle er å beskytte liv og helse. Derfor er det også naturlig at helsemyndighetene har vært opptatt av det som er mest tjenlig for befolkningens helse uten å skjele så mye til andre behov. I starten av pandemien var det også stor forståelse for at andre hensyn måtte vike. Det er det også til en viss grad nå når smitten er blitt høyere, men så snart epidemibølgen er over, blir det viktig at helsesektoren også bidrar til å begrense skadevirkningene og langtids effektene av tiltakene, både for den enkelte og for samfunnet. Dette er avgjørende for at befolkningen skal klare å leve med tiltaksbyrden over lang tid.

Det er nødvendig å stille spørsmålene: Hvordan kan vi sette andre samfunnssektorer i stand til å fungere så normalt som mulig innenfor de rammene pandemien gir? Finnes det kompensierende tiltak som kan gjøre det mulig å gi flere unntak? Kan bruk av teknologi erstatte noen av tiltakene? Hvordan kan vi ta vare på sårbare grupper?

Det er særlig tre smitteverntiltak som er krevende. Det ene er kravet om å holde avstand (1-meter), det andre er begrensningen av gruppestørrelse, og det tredje er reiserestriksjoner. Disse er blant de mest effektive smitteverntiltakene vi har, men er også de mest problematiske å gjennomføre over lengre tid. Det begrenser både arbeidslivets, kulturlivets, idrettens og den enkeltes muligheter til å utfolde seg.

*Helsedirektoratet mener at det bør settes i gang et innovativt arbeid med bred involvering for å utforske mulighetene for å kunne redusere tiltaksbelastningen for covid-19 på en trygg måte slik at det blir mer overkommelig å leve med den over lengre tid. Dette kan dels være avbøtende tiltak, og dels tilpasninger av tiltakene for å gjøre dem mer treffsikre.*

*Arbeidet vil først og fremst få betydning når epidemibølgen er under kontroll.*

### Hvordan kan vi beskytte risikogruppene bedre?

Den beste måten å beskytte risikogruppene på, er å holde smittenivået lavt. Da vil også risikogruppene kunne leve mer eller mindre som normalt. Jo høyere smittenivået blir, desto større blir behovet for å lage andre tiltak for å beskytte dem som har økt risiko for å bli alvorlig syke hvis de blir smittet. De som er i risikogruppene må ha et hovedansvar for å beskytte seg selv mot smitte, men samfunnet – og hver og en av oss – må sette dem i stand til å gjøre det.

Det er fem arenaer hvor det er viktig å sørge for at personer i risikogruppene kan ferdes trygt. Den ene er i det åpne offentlige rom (natur, veier, parker, åpne plasser, offentlige kontorer). Den andre er på arbeid og på reise til og fra jobb. Den tredje er i butikker og handlesentre. Den fjerde er hos de som yter én til én-tjenester – lege, tannlege, frisør, hjemmehjelp/hjemmesykepleie og lignende. Den femte er i sykehus, helseinstitusjoner og tilrettelagte boenheter.

I starten av pandemien ble dette langt på vei ivare tatt ved 2-metersregelen og ved at de fleste én til én-tjenestene var stengt. Nå når 2-metersregelen er erstattet av en 1-metersregel, og mange lar være å følge avstandskravet i det hele tatt i det offentlige rom, er beskyttelsen blitt vesentlig dårligere.

I perioder hvor smittenivået er høyt, kan det bli behov for å innføre tiltak som:

- å gjeninnføre 2-metersregelen i det åpne offentlige rom og i butikker og handlesentre,
- forbeholde offentlige transportmidler for helsepersonell og risikogruppene og påby bruk av munnbind,
- skjerpe hygienetiltakene hos de som yter én til én-tjenester, for eksempel ved å påby bruk av munnbind, sette strengere grenser for bruk av venterom, og gå tilbake til bruk av digitale møter der hvor det kan være aktuelt,
- forbeholde visse tidsperioder til personer i risikogruppene i butikker, offentlige kontorer, tjenesteytere og lignende,
- godta sykmelding for personer i risikogruppene hvis det ikke er mulig å sørge for en trygg arbeidsreise og en trygg arbeidsplass, og
- sørge for god skallsikring og effektive smitteverntiltak i sykehus, helseinstitusjoner, tilrettelagte boenheter og lignende.

*Helsedirektoratet mener at det er behov for å styrke tiltakene for å beskytte risikogruppene mot smitte. Det gjelder særlig tiltak rettet mot sykehus, helsetjenester og boenheter og mot personell som yter én-til-én-tjenester. Dette må gjøre på en måte som ivaretar smittevernbehovene uten å skape for sterk grad av isolasjon.*

### Hvordan kan vi ta vare på utsatte og sårbare grupper?

På samme måte som for risikogruppene, vil et lavt smittenivå være gunstig for utsatte og sårbare grupper fordi det vil gjøre det mulig for samfunnet å opprettholde tjenester de er avhengige av. En normal hverdag med skolegang vil være gunstig for barn og unge.

For å oppnå god beskyttelse mot spredning av covid-19, er det imidlertid nødvendig å redusere kontakten mellom mennesker. Kontaktreduserende tiltak er effektive for smittevernet, men kan utgjøre en stor belastning hvis de blir langvarige. For utsatte barn og unge, gravide og eldre, personer som er ensomme, har psykiske problemer, rusproblemer eller spesielle behov, eller har det vanskelig i familien eller på skole eller arbeid, kan situasjonen fort bli verre hvis den sosiale omgangen blir redusert eller tjenester de er avhengige av, blir svekket. For barn og unge kan stengte barnehager og skoler få store negative konsekvenser.

Siden vi antakelig vil måtte leve med visse kontaktreduserende tiltak over lengre tid – og tjenestene til utsatte og sårbare grupper kan bli svekket i perioder – vil det være nødvendig å være spesielt oppmerksom på disse gruppene. Isolering og redusert sosial kontakt kan føre til helsemessige problemer for utsatte og sårbare grupper. Det er viktig at disse helseproblemene blir oppdaget og møtt på en god måte med virksomme helsetjenester, men det er også viktig at det blir satt i verk gode forebyggende tiltak. Siden formålet med tiltakene er å skape fysisk avstand mellom mennesker og hindre nær kontakt, er det nødvendig å finne andre måter å få dekket behovet for medmenneskelig kontakt på. Her vil pårørende ha en viktig rolle, men det er også mulig at frivillige organisasjoner kan bidra, og det er naturligvis viktig at behandlere følger opp de som har kontakt med behandlingsapparatet. Så langt det er mulig, bør det prioriteres å sikre så normal skolegang som mulig for barn og unge. Av hensyn til barns psykososiale utvikling er det også viktig å holde barnehager åpne.

Helsedirektoratet følger nøye med på de skadevirkningene smitteverntiltakene kan gi for utsatte og sårbare grupper og vil gi kommuner og andre aktører med ansvar informasjon om behov som måtte oppstå.

*Helsedirektoratet mener at det er viktig å opprettholde tjenestetilbudene til utsatte og sårbare grupper så langt det er mulig og vil følge opp at dette skjer.*

*Helsedirektoratet mener at både helsetjenesten og regjeringen bør gi større oppmerksomhet til de helsemessige problemene som vil kunne oppstå som følge av isolering og lite sosial kontakt for utsatte grupper.*

*Helsedirektoratet vil følge situasjonen nøye og holde ansvarlige instanser og aktører informert.*

### Hvilke endringer bør gjøres i regjeringens strategi og beredskapsplan?

Regjeringens strategi og beredskapsplan er overordnede planverk som gir rammer og retning for den jobben underliggende etater og institusjoner må gjøre for å omsette dette til operative planer. Som støtte for dette, mener Helsedirektoratet at det kan være ønskelig at regjeringens planverk gir tydeligere signaler på følgende områder:

**Beskrivelser av scenarier.** Regjeringens strategiplan har som mål at smitten skal være lav og at vi skal ha kontroll (scenario 1), og at vi skal sette inn nødvendige tiltak for å komme tilbake til scenario 1 hvis vi for en periode kommer over i scenario 2. Kravet for å kunne bruke tiltakene som er beskrevet for scenario 2A, er imidlertid at vi både har mistet kontrollen over smittespredningen, og at det er risiko for at helsetjenesten ikke lenger skal kunne tåle belastningen. Erfaringen fra i høst er

at det er svært kort vei fra TISK-arbeidet i kommunene bryter sammen til smittespredningen eskalerer. Når dette skjer, er det bare spørsmål om tid før helsetjenesten vil bli overbelastet. Fordi det er mer krevende å snu utviklingen, desto lengre den er kommet, vil det ikke være noen fordel å vente til helsetjenestens kapasitet blir truet med å sette i verk tiltak for å gjenvinne kontrollen. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det i scenario 2A gis en bedre beskrivelse av at det er viktig å beholde kontrollen over 1) smittespredningen, 2) kommunenes evne til å drive smittesporing, oppdage og stanse utbrudd, og 3) sykehusenes og kommunehelsetjenestens evne til å ta hånd om de pasientene som trenger det. TISK-kapasiteten i kommunene bør sidestilles med kapasiteten i sykehusene. Det bør også understrekes sterkere at kostnadene og risikoen ved å komme over i scenario 2, er så store at det er et overordnet mål å forhindre at det skjer.

**Beskrivelse av risikonivåer.** For at kommuner, fylker og bo- og arbeidsmarkedsregioner skal få et bedre grunnlag for å kunne sette inn adekvate smitteverntiltak tidlig nok, bør det utvikles en modell med fem risikonivåer som på operativt plan kan utfylle de tre scenarioene i regjeringens strategi. I denne modellen vil risikonivå 1 og 2 (kontroll og kontroll med klynger) tilsvare scenario 1A og 1B, mens risikonivå 3 og 4 (økende smitte og utbredt smitte) vil tilsvare overgangen mellom scenario 1 og 2 og scenario 2A, mens risikonivå 5 vil tilsvare scenario 2B. Det forutsettes at det for hvert av tiltaksnivåene blir laget gode tiltakspakker som med høy grad av sannsynlighet vil være tilstrekkelige til å bringe smitten raskt ned på et nivå som gir kommunen eller regionen god kontroll over smittespredningen. Dette forslaget er i samsvar med svar gitt på oppdrag 216 og 226. Det vil også bli videreutviklet i vårt svar på oppdrag 243 med frist 2. desember.

**Beskrivelse av tiltak.** Erfaringer fra håndteringen av epidemien i høst er at etterlevelsen har vært høyere for påbud og forbud enn for råd og oppfordringer. Strategiplanen bør signalisere at det kan være ønskelig å i høyere grad bruke påbud og forbud i situasjoner der det er viktig å få rask effekt av smitteverntiltakene eller høy etterlevelse, og der en forholdsmessighetsvurdering tilsier at slike virkemidler er rimelige. Det vil kunne gi større tydelighet og bedre koordinert innsats.

**Beskrivelse av tiltak for å bedre etterlevelse.** Ettersom manglende etterlevelse og brudd på smittevernreglene er en viktig årsak til at det oppstår utbrudd og skjult smitte, er det viktig at strategien omtaler tiltak for å styrke håndhevingen av smitteverntiltakene, om nødvendig med kontroll og sanksjoner. Relevante samfunnssektorer må ta et sterkere ansvar for at dette skjer.

**Beskrivelse av strategi for utbruddshåndtering.** Erfaringene fra i høst viser at det er viktig å slå ned lokale utbrudd raskt, og at det vil være mer effektivt å sette inn tilstrekkelige tiltak over en kort periode, fremfor å gradvis trappe opp tiltak inntil man når ønsket effekt med den risiko det innebærer for at smitten spres til nabokommuner. Dette bør omtales i strategi/beredskapsplan.

**Beskrivelse av forholdet mellom nasjonale og lokale tiltak.** Det bør gis en bedre beskrivelse i strategien av hvilke forventninger man har til at kommuner i utbrudds- eller bo- og arbeidsmarkedsregioner klarer å gjennomføre gode politiske prosesser som gjør det mulig å fatte beslutninger om samordnede smitteverntiltak raskt. Helsedirektoratet vil anbefale at det tydeliggjøres i rundskriv hvordan dette bør gjøres for eksempel i *Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv om kommunale smittevernvedtak i-7/2020*.

**Beskrivelse av helsetjenestenes innsats.** De kommunale helsetjenestenes funksjon bør omtales bredere i strategien. Det er viktig å ha tilstrekkelig kapasitet for sykehussenger og intensivplasser, men det er et nært samspill mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. Ved en større epidemi vil flesteparten av pasientene måtte håndteres i kommunehelsetjenesten. Det er viktig at kommuner og sykehus samordner sine beredskapsplaner slik at de i fellesskap vil klare å håndtere en økt belastning både i sykehusene og i kommunene.

**Beskrivelse av TISK-arbeidet.** Siden TISK-arbeidet er så sentralt for å unngå å komme i scenario 2, bør det understrekes at det er nødvendig at kommunene øker bemanningen på dette området, og at de etablerer et godt interkommunalt samarbeid som gjør det mulig for dem å bistå hverandre ved utbrudd og behov for ekstra innsats.

**Beskrivelse av tiltak for utsatte og sårbare grupper.** Strategien bør i høyere grad omtale tiltak for å verne om utsatte og sårbare grupper. Disse rammes både av smitteverntiltakene i seg selv fordi disse gjerne fører til mindre sosial kontakt, og av at tjenestetilbudet de er avhengig av, kan bli redusert hvis smittenivået blir for høyt. Det bør utvikles mekanismer for å forebygge negative konsekvenser av dette.

**Beskrivelse av tiltakspakker for kommunenes arbeid.** Strategien bør gi bedre rettesnorer for kommunenes arbeid med å holde smittenivået lavt og under kontroll. Et hjelpemiddel kan være å utvikle et system som gjør det mulig for kommunene å definere hvilken smittesituasjon de er i og hvilke tiltakspakker de bør innføre som en følge av dette. I Folkehelseinstituttets forslag til justeringer av strategien er det i kapittel 8 beskrevet et slikt system der det er angitt fem nivåer som spenner fra ingen smitte på nivå 1 til ukontrollert smitte i nivå 5. Et slikt system vil kunne være til god hjelp hvis det lages gode kriterier for å fastsette nivå og gode tiltakspakker for hvert nivå. Kriteriene bør i hovedsak bestå av kvalitative mål som insidens, andel positive tester, andel smittede med ukjent smittested og lignende, men det bør være mulighet for å foreta skjønnsmessige vurderinger i tillegg i spesielle situasjoner. Tiltakspakkene bør være utformet slik at de med stor grad av sannsynlighet vil være tilstrekkelige til å bringe situasjonen raskt under kontroll hvis de tas i bruk.

#### Hvilke endringer bør gjøres i covid-19-forskriften?

I samarbeid med Folkehelseinstituttet gir Helsedirektoratet jevnlig råd om endringer i covid-19-forskriften som en del av den løpende håndteringen av epidemien. Dette er derfor et dynamisk virkemiddel for nasjonale smitteverntiltak der tilpasninger og endringer må vurderes fortløpende etter smittevernfarene og behov og krav om forholdsmessighet.

#### Vedlegg:

Tabell om bruk av forskrift versus råd/anbefalinger

## Fordeler og ulemper for bruk av forskrift versus råd/anbefalinger

<b>Hendelse: COVID-19 – virkemidler og tiltak</b>		<b>Tidshorisont: kort sikt</b>		<b>Tid/dato rapportering: Dato: 17.08.20</b>	
1	<b><u>Virkemiddel:</u></b>  Forskriftsfesting	<b><u>Pro:</u></b> Tydelig og klar kommunikasjon Gir sanksjonsmuligheter Tydelige nasjonale føringer Mindre lokal variasjon Tvinger frem prioriteringer Markerer alvorlighetsgraden Markerer kommunenes plikt Gir nasjonal styring Øker sjansen for gjennomføring	<b><u>Contra:</u></b> Veldig strengt Mindre fleksibilitet for kommunene Kommunene er veldig forskjellige, har ulike behov og ulike smittestatus. Forskriftsfesting kan slå uheldig ut hvis rammene blir for stramme. At alle behandles likt er ikke nødvendigvis en fordel. Må kunne håndheves Unødvendig ressursbruk? Fratar kommunene ansvar Økt statlig styring er ikke alltid bra	<b><u>Vurdering:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydelig budskap og kommunikasjon.</li> <li>• Forskriftsfesting er lett å forstå og forholde seg til, og gir muligheter til håndheving.</li> <li>• Forskriftsfesting hindrer at tiltak kan velges bort</li> <li>• Bruk av munnbind vil være vanskelig å håndheve, mens maks antall personer på privat arrangement er lettere</li> <li>• Forskriftsfesting er ønsket fra både kommuner, ulike bransjer og enkeltpersoner. I en krisesituasjon er det viktig å være så tydelig man kan der det er mulig, og flere kommuner tok tidlig til ordet for tydeligere nasjonale føringer. Når vi nå er på et kritisk punkt er det viktig med tydelig ledelse.</li> <li>• Forskriftstekster bør formuleres slik at kommunenes ansvar og ulike behov ivaretas</li> <li>• Forskriftstekster bør formuleres slik at TISK og variasjon i smitte over tid ivaretas</li> <li>• Viktig at tiltak ikke endres for ofte, uten begrunnelse i økende eller minskende smitte.</li> </ul>	<b>Anbefaling</b>

2	<p><b><u>Virkemiddel:</u></b></p> <p>Råd/anbefaling</p>	<p><b><u>Pro:</u></b></p> <p>Mindre forpliktende          Mer fleksibilitet for kommunene          Kan virke tillitsskapende (vi stoler på at dere følger rådene)          Kommunene er ulike og har ulike behov. Råd/anbefalinger er mindre forpliktende og kan lettere tilpasses situasjonen i den enkelte kommune og deres behov          Smittesituasjonen vil variere over tid og i de ulike kommunene</p>	<p><b><u>Contra:</u></b></p> <p>Rom for tolkning hos befolkningen.          Mulig å strekke strikken          Vanskelig å sikre etterlevelse          Kan virke utydelig (reiseråd)          Mindre forpliktende          Opplevs mindre alvorlig</p>	<p><b><u>Vurdering:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viktig å ivareta fleksibilitet for kommunene, men kan gå på bekostning av tydeligheten.</li> <li>• Vanskeligere å sikre etterlevelse og skaper et inntrykk av noe som ikke er bindende.</li> <li>• Kan lettere ivareta skiftende smittesituasjon.</li> </ul>	
---	---	---	---	---	--

COVID-19

# Oppdrag fra HOD nr. 193 del 2 om oppdatert vurdering av den langsiktige strategien

Torsdag 26. november 2020



## Oppdragstekst

*I håndteringen av covid-19-pandemien er det den faktiske smittesituasjonen som skal være avgjørende for eventuelle lettelser eller innstramminger i smitteverntiltakene. Det innebærer at vi en periode stanset ytterligere lettelser inntil videre for å sikre kapasitet og kontroll, men at vi basert på smittevernfaglige vurderinger nå legger opp til å lette på noen nasjonale smitteverntiltak forutsatt at lokale tiltak iverksettes der smittesituasjonen gjør det nødvendig.*

[...]

*Den langsiktige strategien for håndteringen av covid-19 har siden vedtakelsen 7. mai ligget fast, og regjeringen har besluttet at det skal gjøres en ny vurdering av den langsiktige strategien medio desember. I tråd med oppdrag 168 skal det gjøres løpende vurdering av smittesituasjonen mtp. gjenåpning, herunder av smittesituasjonen og kapasitet til håndtering.*

*Departementet ber om at Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet gjør en oppdatert vurdering av den langsiktige strategien og ved behov foreslår konkrete justeringer. Som del av vurderingen skal det gjøres en vurdering av samlet innretning på tiltakene, og eventuelle innspill dersom vurderingen tilsier endringer i beredskapsplanen. Vurderingen skal blant annet bygge på vurderingene som gjøres i de løpende oppdragene, og Folkehelseinstituttets månedlige risikovurderingsrapporter.*

*Frist for denne vurderingen settes til 7. desember kl. 14. [Senere endret til 26. november.]*

*Kontaktperson i Helse- og omsorgsdepartementet er Benedicte Mørkved Larsen ([bml@hod.dep.no](mailto:bml@hod.dep.no) eller telefon 22 24 83 74).*

## Folkehelseinstituttets svar

Folkehelseinstituttets notat «Anbefalinger om endringer i strategi, mål eller tiltak» følger nedenfor.



## 8. Anbefalinger om endringer i strategi, mål eller tiltak

Folkehelseinstituttets anbefaler at strategien mot koronaepidemien endres noe for perioden desember 2020 – mai 2021.

### 8.1 Bakgrunn

I januar ble verden klar over at et nytt koronavirus fra dyr hadde smittet mennesker og kunne smitte mellom mennesker. Det første utbruddet i Wuhan viste at hovedproblemet med denne sykdommen var potensialet for eksplosiv spredning som førte til overbelastning av sykehusene. Snart ble det klart at det var en tydelig aldersgradient i risikoen for alvorlig forløp, og at en stor andel av yngre hadde ingen eller milde symptomer.

Siden har viruset spredd seg til hele verden og forårsaket den mest alvorlige pandemien av en luftveisinfeksjon siden Spanskesyken i 1918.

#### *Koronaepidemien i Norge februar – november 2020*

Epidemien kom for alvor til Norge med minst tre tusen smittede nordmenn som kom hjem fra vinterferie i Italia, Østerrike, Frankrike og Spania, der epidemien nettopp var gått inn i en eksplosiv fase. Dette startet en raskt økende epidemi i mange deler av et Norge der smittevernet og helsetjenesten var utilstrekkelig forberedt. Det var særlig mangel på mulighet for utstrakt testing.

Regjeringen svarte i midten av mars, da samlet rundt 20 personer hadde hatt behov for sykehusbehandling, med å innføre vidtgående restriksjoner på kontakt mellom mennesker. Epidemien snudde raskt og utover våren ble restriksjonene gradvis fjernet uten at nedgangen stoppet. Gjennom sommeren var det bare 5 – 10 innleggelser per uke.

Etter sommeren har en stor bølge av epidemien skyllet over Europa. Den har også truet Norge, blant annet gjennom import med utenlandske arbeidstakere. Kommunene har i høst oppdaget og brakt under kontroll over hundre små eller store utbrudd. I Oslo-området og Bergen har det vært vanskeligere å snu utviklingen, og disse områdene har et vedvarende høyt nivå som nå kan være i ferd med å snu. Det har i november vært rundt 10-15 innleggelser per dag i landet, de fleste på Østlandet.

#### *Strategien mot koronaepidemien i Norge mai – desember*

Regjeringens mål er at smittespredningen til enhver tid skal være under kontroll slik at sykdomsbyrden er lav, og at antall pasienter er håndterbart i helse- og omsorgstjenesten<sup>1</sup>. Lokale oppblussinger skal slås ned.

Håndteringen skal ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. Strategien er dynamisk. Pakken av tiltak må justeres i tråd med utviklingen av både pandemien

---

<sup>1</sup> Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19-pandemien.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/>

og kunnskap. Ved endring av tiltakspakken må også eventuelle negative konsekvenser for sårbare grupper og samfunnet som helhet vurderes<sup>2</sup>.

Tiltakene er hygienetiltak (håndhygiene og trygge hostevaner), holde seg hjemme når man er syk, holde avstand til andre, tidlig oppdaging gjennom testing ved symptomer, isolering av smittede og smitteoppsporing med oppfølging og karantene av nærkontakter til de smittede, samt tiltak mot importsmitte.

Ytterligere inngripende tiltak skal i størst mulig grad målrettes mot der smitten skjer, og brukes lokalt basert på den lokale smittesituasjonen. Dette tillater at virksomheter og befolkningen andre steder i landet kan fortsette sin aktivitet.

Strategien har i hovedsak vært vellykket. Epidemien har vært under kontroll. Store deler av landet har levd med små restriksjoner til langt utpå høsten. Kommunene har oppdaget og brakt under kontroll over hundre utbrudd. Imidlertid har ikke testing og smitteoppsporing vært tilstrekkelig til å holde epidemien nede.

### *Utfordringene for kommende halvår*

Epidemien raser videre i verden, særlig i Europa. Også i Norge må vi leve med epidemien i mange måneder til. Erfaringen er at epidemien ikke kan holdes under kontroll med testing, isolering, smitteoppsporing og karantene aleine. Det trengs også noen kontaktreducerende tiltak. Det betyr at befolkningen og virksomheter fortsatt må tåle en viss tiltaksbyrde; vi kan ikke forvente normal livsutfoldelse det neste halvåret. En del av befolkningen vil gå lei av tiltakene eller være så hardt rammet av tiltakene at de opplever dem som uforholdsmessige. Kommunene må bruke en del ressurser på å ha et visst grunnivå av testing gående og beredskap for betydelig smitteoppsporing.

Vaksinasjon av deler av befolkningen kan endre bildet. Dersom risikogrupperne blir beskyttet ved vaksinasjon, blir den potensielle sykdomsbyrden av epidemien betydelig endret. Det vil påvirke risikovurderingen og dermed også tiltaksvurderingen. Dersom vaksinasjon i tillegg gir indirekte beskyttelse (ved at de vaksinerte ikke kan bli smittsomme), vil vaksinasjon direkte kunne erstatte andre tiltak slik at epidemien blir enklere å holde under kontroll.

## **8.2 Risikovurdering for det neste halvåret**

### *Spredningsfaren og belastningen på helsetjenesten*

Det første, store utbruddet av covid-19 i Wuhan januar – februar 2020 har siden vært fulgt av flere katastrofale utbrudd der sykehusenes kapasitet for å behandle pasienter med alvorlig forløp har blitt overskredet. I vår skjedde det blant annet i Lombardia og New York, i høst blant annet i Belgia og Dakota.

I slike situasjoner er det svært mange smittede og dermed også en del som får så alvorlig forløp at de trenger behandling i sykehjem, sykehus eller intensivavdeling, eller at de dør. Situasjonen forverres når sykehusene mangler kapasitet til å gi den alle beste behandlingen til alle pasientene. I tillegg øker sykdomsbyrden for andre pasienter som får forskjøvet sin sykehusbehandling fordi sykehusene er fulle av pasienter med covid-19.

---

<sup>2</sup> Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19-pandemien.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/67fb0104f88b4502980a97529bfff9da/beredskapsplan-for-smitteverntiltak-ved-okte-smittespredning-under-covid-19-pandemien.pdf>

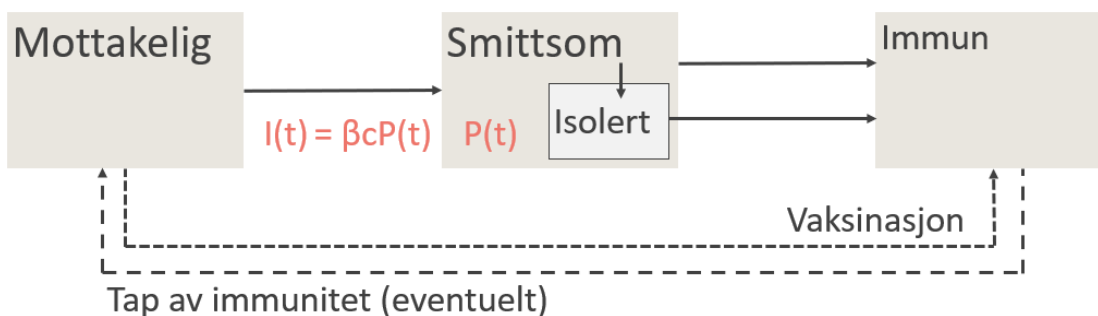
Hovedutfordringen ved koronaepidemien er dermed faren for at det oppstår akselererende spredning som ikke stoppes raskt. Da svikter etter hvert smittesporingskapasiteten, og man kommer inn i en negativ spiral med enda større epidemi. Det er da sykdomsbyrden blir stor.

Det er flere egenskaper ved viruset og infeksjonen som gjør at situasjonen er ustabil, og at viruset stadig truer med å løpe løpsk:

- Viruset smitter ganske lett, og det er lite immunitet i befolkningen, slik at reproduksjonstallet  $R$  i en situasjon helt uten smitteverntiltak kan bli et sted mellom 2 og 4. Antallet nye tilfeller ( $I_g$ ) øker eksponentielt slik:  $I_g = R^g$  der  $g$  er generasjon. For eksempel vil ett tilfelle i første generasjon bli til 243 nye tilfeller i femte generasjon ved en  $R$  på 3.
- Generasjonstida, altså perioden fra en pasient blir smittet til denne pasienten smitter en annen, er bare 4 – 5 dager. Dermed vokser epidemien raskt. Eksempelet over, fra 1 til 243 nye tilfeller, kan altså skje på bare 20 – 25 dager.
- Latenstida (fra smitte til smittsomhet) er kortere enn inkubasjonstida. Man blir altså smittsom før symptomene kommer. Symptomene kan dessuten være så svake at personen ikke erkjenner dem. Dermed vil en del smitteførende personer være uvitende om sin smitte og fortsette sin sosiale aktivitet.
- Det er betydelig variasjon i hvor mange en smittet person smitter. De fleste smittede smitter ingen andre mens noen få smitter mange. Viruset kan forårsake såkalte massesmittehendelser der forholdene ligger til rette (sammenkomster der en smittsom person har vært til stede innendørs i et folketett og dårlig ventilert lokale). På denne måten kan en rolig situasjon i en kommune raskt endres.

Strategien må hindre at viruset får løpe løpsk og dermed før eller seinere ramme de eldre.

Forenklet sagt kan vi, som i figuren under, si at personer i landet enten er mottakelig, smittet og smittsomme eller immune etter å ha gjennomgått infeksjonen. De som er smittsomme, kan være testet, diagnostiserte og isolert, eller de kan være uoppdaget.



Fra infeksjonsepidemiologisk teori vet vi at hyppigheten (insidensen)  $I(t)$  av nye tilfeller, altså overgangen fra første til andre boks over, kan beskrives ved formelen  $I(t) = \beta c P(t)$  der  $\beta$  er smittsomheten i kontakt mellom usmittede og smittsomme personer,  $c$  er kontakthypigheten i befolkningen og  $P(t)$  er den aktuelle utbredelsen (prevalensen) av smittsomme personer.

Figuren og formelen gir følgende innsikt:

- Insidensen av nye tilfeller på et tidspunkt  $I(t)$  er proporsjonal med prevalensen av smittsomme personer på samme tidspunkt  $P(t)$ . Jo flere smittesmier, jo flere nye blir smittet (hvis ellers smittsomhet og kontakthypighet er konstant).

- Antallet smittsomme personer  $P(t)$  kan reduseres ved at færre blir smittet, men også ved at smittsomme personer blir isolert og dermed funksjonelt sett ikke er smittsomme. Derfor er bred testing og rask smitteoppsporing viktig slik at man fanger opp flest mulig av dem som er eller i ferd med å bli smittsomme.
- Antallet smittsomme personer  $P(t)$  kan reduseres gjennom vaksinasjon dersom vaksinasjon gir immunitet mot smitte og smittsomhet.
- Dersom antallet smittsomme personer  $P(t)$  øker, trengs det tilsvarende større reduksjon i kontakthypighet  $c$  for å opprettholde samme insidens  $I(t)$ . Dersom antallet (ikke-isolerte) smittsomme personer  $P(t)$  er lavt, kan kontakthypigheten  $c$  være høyere uten at insidensen  $I(t)$  øker.

Dersom man ønsker lav insidens, er det fornuftig å holde antallet uoppdagete og ikke-isolerte smittsomme pasienter så lavt som mulig. Da reduseres hyppigheten av nye tilfeller og behovet for kontaktreduserende tiltak blir mindre.

### Sykdommens alvorlighet

Infeksjon med SARS-CoV-2 kan resultere i et vidt spekter av sykdomsbilder, fra umerkelig infeksjon til alvorlig lungesvikt og død. Barn får svært sjeldent alvorlig sykdom. Ungdom, unge voksne og middelaldrende kan få alvorlig forløp. Sykdommen er betydelig farligere for eldre og skrøpelige. Også personer med hjertesykdom, lungesykdom, kreft og diabetes ser ut til å rammes hardere. Hittil har nesten 90 % av dødsfallene skjedd i gruppa over 70 år. For personer over 80 år ser sykdommen ut til å være svært farlig med letalitet over 5 %. Det kan være at generell skrøpeligheit forklarer mer av dødsrisikoen enn alderen<sup>3</sup>. Det er for tidlig å bedømme betydningen av forsinket tilheling og vedvarende symptomer etter gjennomgått covid-19.

De mest interessante individuelle utfallene av infeksjonen er innleggelse i sykehus, intensivbehandling og død. Det er imidlertid store utfordringer med å anslå risikoen for disse utfallene. Det skyldes først og fremst at antall smittede, altså nevneren i risikobrøken, er ukjent og må anslås fra modellering av epidemien og fra seroprevalensmålinger<sup>4</sup>. En viktig parameter i modelleringen er nettopp anslag for risikoen for sykehusinnleggelse<sup>5</sup>. Vi har nedenfor anslått at 65 000 personer har vært smittet mellom 1. juni og 22. november, og at aldersfordelingen blant dem er den samme som blant de diagnostiserte. Med disse forutsetningene og forbeholdene gir vi her noen grove anslag for risikoen for viktige utfall etter aldersgruppe for perioden fra 1. juni til 22. november, altså nesten et halvt år:

Utfall	Antall	Nevner	Alle	Etter aldersgrupper					
				0 - 19 år	20 - 39 år	40 - 59 år	60 - 69 år	70 - 79 år	80 år pluss
Død	67	Per 100 000 innbyggere	1,2	0,037	0,14	1,2	3,4	18	
		Andel av smittede	0,10 %	0,0025 %	0,011 %	0,18 %	0,83 %	3,8 %	
Intensivbehandling	95	Per 100 000 innbyggere	1,8	0,26	2,0	4,6	5,0	3,9	
		Andel av smittede	0,15 %	0,017 %	0,16 %	0,69 %	1,2 %	0,82 %	
Sykehusinnleggelse	642	Per 100 000 innbyggere	12	1,4	6,0	17	19	23	36
		Andel av smittede	1,0 %	0,14 %	0,31 %	1,4 %	2,8 %	5,5 %	7,5 %

<sup>3</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30146-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30146-8/fulltext)

<sup>4</sup> Se en god drøfting av mørketallsproblemet her: <https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/dk/aktuelt/sygdomsudbrud/covid19/fokusrapport---uge-35---mrketallet---final.pdf?la=da>

<sup>5</sup> <https://www.fhi.no/contentassets/e6b5660fc35740c8bb2a32bfe0cc45d1/vedlegg/nasjonale-rapporter/2020.10.05-national-corona-report.pdf>

Tabell 1. Anslag for viktige utfall av SARS-CoV-2-infeksjon i Norge, juni – november 2020. Se teksten for viktige forutsetninger og forbehold.

Flere utfall presenteres i tabellen under.

Utfall	Antall	Andel av befolkningen (per 100 000)	Andel av smittede	Andel av diagnostiserte	Andel av innlagte
<i>Alle</i>					
Død	67	1,2	0,10 %	0,27 %	
Intensivbehandling	95	1,8	0,15 %	0,38 %	15 %
Sykehusinnleggelse	642	12	1,0 %	2,6 %	100 %
Diagnostisert	24 707	460	38 %	100 %	
Smittet	65 000	1211	100 %		
Befolkning	5 367 580				
<i>0 - 19 år</i>					
Død					
Intensivbehandling					
Sykehusinnleggelse	18	1,4	0,14 %	0,37 %	100 %
Diagnostisert	4 853	389	38 %	100 %	
Smittet	12 767	1 022	100 %		
Befolkning	1 248 749				
<i>20 - 39 år</i>					
Død					
Intensivbehandling					
Sykehusinnleggelse	86	6,0	0,31 %	0,82 %	100 %
Diagnostisert	10 473	726	38 %	100 %	
Smittet	27 553	1 910	100 %		
Befolkning	1 442 299				
<i>40 - 59 år</i>					
Død	2	0,14	0,011 %	0,029 %	
Intensivbehandling	29	2,0	0,16 %	0,43 %	12 %
Sykehusinnleggelse	246	17	1,4 %	3,6 %	100 %
Diagnostisert	6 795	476	38 %	100 %	
Smittet	17 877	1 252	100 %		
Befolkning	1 427 493				
<i>60 - 69 år</i>					
Død	7	1,2	0,18 %	0,47 %	
Intensivbehandling	27	4,6	0,7 %	1,8 %	25 %
Sykehusinnleggelse	108	19	2,8 %	7,3 %	100 %
Diagnostisert	1 483	255	38 %	100 %	
Smittet	3 902	670	100 %		
Befolkning	582 495				
<i>70 - 79 år</i>					
Død	15	3,4	0,8 %	2,2 %	
Intensivbehandling	22	5,0	1,2 %	3,2 %	22 %
Sykehusinnleggelse	100	23	5,5 %	14,6 %	100 %
Diagnostisert	685	157	38 %	100 %	

Utfall	Antall	Andel av befolkningen (per 100 000)	Andel av smittede	Andel av diagnostiserte	Andel av innlagte
Smittet	1 802	413	100 %		
Befolkning	435 834				
<i>80 år og eldre</i>					
Død	42	18	3,8 %	10 %	
Intensivbehandling	9	3,9	0,8 %	2,2 %	11 %
Sykehusinnleggelse	83	36	8 %	20 %	100 %
Diagnostisert	418	181	38 %	100 %	
Smittet	1 100	477	100 %		
Befolkning	230 710				

**Tabell 2. Anslag for utfall av SARS-CoV-2-infeksjon i Norge, juni – november 2020. Se teksten for viktige forutsetninger og forbehold.**

Samlet sett har epidemien siden 1. juni gitt en beskjeden sykdomsbyrde i Norge. En viktig grunn til det er at den eldre delen av befolkningen har vært lite rammet, og man har unngått situasjoner med overbelastning av sykehusene. Til sammenlikning gir en typisk influensaepidemi i løpet av fem – seks uker om lag 5000 sykehusinnleggelser, hvorav 200 på intensivavdeling og en overdødelighet på rundt 1000, men variasjonen mellom influensaepidemiene er stor. Den potensielle sykdomsbyrden ved covid-19-epidemien er imidlertid større enn ved influensa siden spredningspotensialet er betydelig større og den individuelle alvorligheten er en del høyere.

### Konklusjon

De neste seks månedene vil det være vedvarende fare for at epidemien kommer ut av kontroll lokalt, regionalt eller nasjonalt.

- Vi vurderer at det er stor sannsynlighet for mange lokale utbrudd med 5 – 100 tilfeller, men vi regner med at de involverte kommunene fortsatt vil klare å gjenvinne kontroll, i de fleste tilfellene i løpet av tre-fire uker. Sykdomsbyrden fra disse utbruddene blir sannsynligvis liten, og utbruddene vil ikke true sykehusenes kapasitet.
- Vi vurderer at det er stor sannsynlighet for at enkelte kommuner eller kommunegrupper, særlig i Oslo-området, vil ha et vedvarende høyere nivå gjennom vinteren, men vi regner med at kommunene klarer å unngå situasjoner med akselererende spredning som truer helsetjenestens kapasitet. Sykdomsbyrden fra disse utbruddene blir moderat, og sykehusenes kapasitet blir bare moderat belastet.
- Vi vurderer at det er liten sannsynlighet for en nasjonal bølge av akselererende spredning.

Situasjonen krever nøye overvåking, et sett av grunnleggende tiltak gjennom hele perioden og beredskap for forsterking av tiltak i perioder.

Dersom store deler av risikogruppene blir beskyttet gjennom vaksinasjon, vil den potensielle sykdomsbyrden kunne bli betydelig redusert. Dermed endres også risikovurderingen. Dersom vaksinasjon i tillegg gir immunitet mot smitte og smittsomhet, vil utstrakt vaksinasjon i tillegg redusere epidemiens spredningspotensial.

### 8.3 Mål for strategien

Målet for alt folkehelsearbeid er å redusere sykdomsbyrden.

Det spesifikke målet for strategien mot koronaepidemien bør være å hindre så mye ukontrollert spredning at antallet pasienter etter hvert vil overskride sykehusenes og kommunehelsetjenestens kapasitet. Erfaringer fra andre land tyder på at da synker kvaliteten på behandlingen slik at letaliteten øker samtidig som sykehusene må stenges for en del annen virksomhet. Det er særlig de eldre og kronisk syke som rammes.

Målet skal nås med minst mulig tiltaksbyrde og uten forverring av sosial ulikhet; derfor må det vurderes kompensierende tiltak.

Et middel for å nå målet er å holde insidensen svært lav og slå ned utbrudd der det er mulig, men uten at tiltaksbyrden blir for stor. Dersom insidensen er noe høyere, kan målet fortsatt nås, men faren for å miste kontroll blir større.

Toleransen for omfattende smitteverntiltak er trolig større dersom vaksinasjon gir håp om betydelig redusert potensiell sykdomsbyrde og eventuelt redusert spredningspotensial i løpet av 2021.

### 8.4 Prinsipper for responsen

Vi anbefaler at følgende hovedprinsipper skal prege arbeidet mot epidemien og dens konsekvenser, altså responsen på epidemien:

#### *Kunnskapsbasert og lærende*

Responsen bør bygge på god situasjonsforståelse og risikovurdering samt kunnskap om tiltakenes smitteverneffekt og ringvirkninger, og samtidig vil det også være nødvendig med en løpende vurdering av tiltak der kunnskapsgrunnlaget er svakt. Dette krever meget god overvåking, ny forskning, oppsummering av kunnskap og erfaring samt internasjonalt samarbeid. Videre må myndighetene kontinuerlig lære av håndteringen gjennom evaluering.

#### *Balansert*

Responsen bør bestå av tiltak som når målene, men med minst mulig ringvirkninger. Smitteverntiltakenes omfang må stå i forhold til trusselen, både i styrke og omfang. Tiltakene skal være tilstrekkelige, men ikke mer begrensende overfor befolkningen eller virksomheter eller mer langvarige enn nødvendig.

Dette er en krevende balansegang, og det er vanskelig å treffe presist. For eksempel kan ønsket om like tiltak i nabokommuner føre til at noen kommuner må ha overdrevne tiltak med unødvendig stor tiltaksbyrde. På den annen side kan ulike tiltak i nabokommuner øke forvirringen og føre til at aktiviteter (for eksempel arrangementer) flyttes over kommunegrensene.

Anbefalinger og frivillighet forsøkes før påbud, tvang og straff. Avhjelpende tiltak må settes inn for å redusere tiltaksbyrden, særlig for funksjonshemmede, pasienter med psykiske lidelser, rusmisbrukere, eldre, barn og ungdom.

#### *Målrettet og samordnet*

Responser bør fortsatt bestå av et sett med nasjonale, grunnleggende tiltak, men med tillegg av kommunale eller regionale tiltak, særlig kontaktreduserende tiltak (stenginger mv. hjemlet i smittevernloven § 4-1), når det er nødvendig for å beholde kontrollen med epidemien lokalt. Dette er i tråd med nærhetsprinsippet i beredskapen.

Staten ved Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og Fylkesmannen må gjennom veiledning bidra til lokal risikovurdering og valg av tiltak, herunder særlig samordning når en lokal situasjon rammer flere kommuner (se kapittel 8.8 nedenfor).

Responser bør videre supplere generelle tiltak med tiltak som er rettet mot sosiale grupper og sosiale arenaer som er særlig truet eller rammet av epidemien.

#### *Rettferdig og likeverdsfremmende*

Responser bør ta hensyn til sosiale og personlige forskjeller i risiko for å bli smittet og risiko for alvorlig forløp. Responser bør bidra til å motvirke sosiale ulikheter.

Befolkningen og virksomheter må gis trygghet for og tillit til at de blir ivaretatt dersom epidemien eller tiltakene mot dem rammer alvorlig. Det ordinære sosiale sikkerhetsnett samt nye kompenserende tiltak er avgjørende for å sikre oppslutning om og etterlevelse av tiltakene.

#### *Etter beredskapsprinsippene*

Responser bør følge de grunnleggende beredskapsprinsippene om ansvar, likhet, nærhet og samvirke. Det innebærer at de som har ansvar under ordinære tider, har tilsvarende ansvar i epidemiresponser. Det innebærer også at responser bør være lokale hvis det er forsvarlig. Videre innebærer det at sektorene har ansvar for beredskap, tiltak og tiltaksbyrde i egen sektor.

#### *Åpen*

Responser skal utvikles i åpen samtale med befolkningen, helsetjenesten, fagmiljøer og på tvers av sektorer. Viktige temaer er risikovurdering og begrunnelse for tiltakene samt gjeldende usikkerheter.

### **8.5 Styring og koordinering**

Arbeidet mot epidemien og dens konsekvenser styres nasjonalt av regjeringen og i kommunene av kommunestyret.

Helsesektorens innsats koordineres av Helsedirektoratet som legger til rette for at etatene og de regionale helseforetakene løser sine oppgaver på en koordinert måte. Gjennom Fylkesmennene legger Helsedirektoratet til rette for at kommunene samordner sitt smittevernarbeid og sine helsetjenester. Folkehelseinstituttet gir råd til og veileder regjeringen, Helsedirektoratet, kommunene, helsetjenesten og befolkningen om smittevernet.

### **8.6 Tiltak**

Risikoen som covid-19-epidemien utgjør, må håndteres gjennom systematiske tiltak basert på en risikovurdering og en tiltaksvurdering der også tiltaksbyrden vurderes. Responser bør bestå av tiltak i følgende kategorier:

#### *Forskning for kunnskap*



Gjennom primærforskning og evaluering samt oppsummering av forskning skal det skapes et bedre kunnskapsgrunnlag for responsen. Det trengs kunnskap om både smitteverneeffekten og om tiltaksbyrden og balansen mellom dem og om bedre strategier for testing, smitteoppsporing og karantene.

Nasjonalt kunnskapsprogram for covid-19<sup>6</sup> skal særlig skaffe kunnskap om viruset, om epidemien, effekt og etterlevelse av tiltakene og tiltakenes konsekvenser og om hvordan helsetjenestene best kan hjelpe pasientene. Ellers er det både i Norge og ute i verden en rekke initiativer for å forbedre kunnskapsgrunnlaget.

Framtidas kunnskapssystem for epidemier kan utvikles nå ved at vi utnytter potensialet i Beredt C19, bygger infrastrukturen for deling av smitteoppsporingsdata mellom kommunene og Folkehelseinstituttet, utvider bruken av fylogenetiske data, utnytter befolkningsundersøkelser og får til effektforskning om smitteverntiltak.

### *Overvåking*

Med overvåkingen av epidemien menes den vedvarende og systematiske innsamlingen, sammenstillingen, analysen og tolkningen av helsedata om epidemien og deling av denne informasjonen slik at den gir grunnlag for responsen. Folkehelseinstituttet og kommunene bruker overvåkingen til å oppdage utbrudd, til å skape situasjonsforståelse for risikovurdering og til å skape ny kunnskap om epidemien.

Overvåkingen i ulike systemer dekker atferd, symptomer, legekontakter, viruset, infeksjon, immunitet, sykdom, sykehusinnleggelse, intensivbehandling og dødsfall.

Overvåkingen må forbedres for å gi mer kunnskap om genetiske forhold ved viruset, smitte i sykehjem, smittested, smittesituasjoner og resultater av smitteoppsporing. Dette er en forutsetning for tidligere oppdaging av uheldig utvikling og bedre målretting av tiltak. Dette krever en betydelig forbedret digitalisering, særlig for digital innsamling av MSIS-meldinger og digital høsting av data fra kommunenes smitteoppsporingssystemer.

### *Råd og veiledning*

Hoveddelen av responsen på epidemien skjer ute i kommunene. En hovedoppgave for statlige etater må fortsatt være å støtte kommunene med kunnskap, overvåkingsdata, støtte til juridiske vurderinger og råd og veiledning om håndtering av den lokale situasjonen, som i Kommunelegehåndboka<sup>7</sup>.

Det er nødvendig å styrke kunnskapsgrunnlaget for rådgivningen, både om smitteverneeffekten, graden av etterlevelse, årsaker til eventuell manglende etterlevelse og om tiltaksbyrden. Kunnskapsgrunnlaget og dets kvalitet må synliggjøres bedre.

### *Kommunikasjon*

Statlige og kommunale myndigheters kommunikasjon med befolkningen om epidemien må fortsatt være rask og åpen slik at den bidrar til tillit til rådene og rådgiverne og dermed bedre etterlevelse.

---

<sup>6</sup> <https://www.fhi.no/div/kunnskapsprogrammet-for-covid-19/>

<sup>7</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

De sentrale rådene til dem som kommuniserer, er fortsatt å være åpne om beslutningsgrunnlag og usikkerhet, informere tidlig og til alle, kommunisere enkelt og tydelig og samordne kommunikasjon fra myndighetene.

Kommunikasjonen til befolkningen bør målrettes bedre til ulike grupper. Det gjelder de medisinske risikogrupperne, som trenger økt beskyttelse. Det gjelder også flere grupper innvandrere, som ser ut til å ha uforholdsmessig høy sykdomsbyrde, men også kanskje høyere tiltaksbyrde. De kan ha andre informasjonskanaler og trenge informasjon på andre språk.

### *Hygiene*

God håndhygiene skal hindre indirekte smitte via gjenstander. Hostehygiene skal hindre store mengder spytt dråper å spre seg fra den smittede. Bruk av munnbind kan komme i tillegg der det ikke er mulig å holde avstand og det er høy forekomst av smitte, særlig innendørs.

### *Testing og isolering*

Utgangspunktet er at personer med relevante symptomer skal selv-isolere seg og oppsøke testing. Testingen oppdager smitte hos personer som så kan isoleres før de rekker å smitte videre. Den effektive prevalensen av smittekilder blir altså mindre, og da synker også insidensen av nye tilfeller. Testingen kan skje hos personer med relevante symptomer eller relevant eksponering eller mistanke og eventuelt som ren screening.

Testingen kan også ha som formål å oppdage skjult spredning i lokalsamfunnet for å få bedre oversikt over smitten og kunne stanse den. Videre kan testing benyttes for å klarere folk for arbeid eller annen aktivitet eller for å avkorte karantene.

Alle kommunene må ha god testkapasitet og evne til å skalere opp raskt ved behov. Kommunene bør fase inn hurtigtester når bruksområde og egenskaper er definert. Barrierer for testing i ulike befolkningsgrupper må kartlegges og tiltak målrettes for å senke barrierene, det kan være både økonomiske, praktiske, kulturelle eller språklige barrierer. Teststrategien bør fornyes i lys av høstens erfaringer og nye hurtigtester.

### *Smitteoppsporing og karantene*

Smitteoppsporing er prosessen med å finne, informere og deretter eventuelt sette i karantene og teste nærkontaktene til pasienter som får påvist covid-19 (indekspasienter) samt kartlegge hvordan indekspasienten selv er blitt smittet. Formålet er å forebygge videre smitte fra nærkontaktene til både indekspasienten og dennes smittekilde. I tillegg kan smitteoppsporingen gi bedre forståelse av smittespredningen.

Alle nærkontakter bør testes rundt fem dager etter eksponering slik at man tidlig fanger opp smittede som kan gi opphav til videre smitteoppsporing. Oppfølgingen av nærkontakter bør, etter hvert som kunnskapen utvikles, kunne differensieres. Kanskje er det lite nytte av karantene for mer perifere nærkontakter, og kanskje kan en negativ test på et tidspunkt frita nærkontakten for videre karantene.

Alle kommuner må være beredt til raskt (samme dag som indekstilfellet blir påvist) å gjennomføre omfattende smitteoppsporing ved å ha trent og øvet personell i beredskap og ha digitale verktøy på plass. Data fra smitteoppsporingsverktøyene bør fortløpende og automatisk deles med Folkehelseinstituttet.

Befolkningen bør oppfordres til å bruke appen Smittestopp som skal understøtte den manuelle smitteoppsporingen gjennom å finne nærkontakter som indekspasienten ikke husker eller ikke kjenner.

#### *Kontaktreduserende tiltak*

Å holde avstand til andre er det grunnleggende rådet. I tillegg kan det komme en rekke andre råd eller restriksjoner som skal redusere faren for at (intetanende) smittede kommer på smittefarlig distanse til usmittede. Kontaktreduserende tiltak er mest nyttige der man ved testing og smittesporing finner og fjerner fra samfunnet bare en mindre andel av de smitteførende personene.

Formålet er dels å forebygge enkel smitte fra én smittet til én usmittet og dels å forebygge massesmittehendelser der én smittet under en sammenkomst smitter mange.

Sannsynligheten for at en massesmittehendelse skal kunne skje er dette er avhengig av antall deltakere, av utbredelsen (prevalensen) av infeksjonen i befolkningen gjestene kommer fra, og av hvor effektivt man har utelukket personer med relevante symptomer. Dette taler for at reglene kan være strengere i områder med større utbredelse av epidemien. Store sammenkomster er uheldige fordi 1) det er større sannsynlighet for at minst én av deltakerne er smitteførende, 2) flere utsettes for smitte fra denne ene og 3) smitteoppsporingen etterpå blir mer ressurskrevende.

Dersom først én smittet er til stede, påvirkes faren for en massesmittehendelse av hvor i infeksjonsforløpet denne, antakelig intetanende, smitekilden er (smittsomheten antas å være størst like før symptomstart), og av følgende sammenkomstens varighet, stedets areal og stedets volum og luftutskiftning. Deltakernes atferd har også betydning: klemming, mingling, synging, skriking eller annen forsert ekspirasjon antas å øke smittefaren.

Rådene for kontaktreduserende tiltak bør være risikobasert.

#### *Reisetiltak*

Ukontrollerte reiser fra land eller områder med høy forekomst til områder med lav forekomst kan spre epidemien. Risikoen kan håndteres med råd, restriksjoner eller karantene ved slike reiser.

#### *Vaksinasjon*

Vaksinasjon skal beskytte de vaksinerte mot alvorlig forløp av infeksjon. Dermed kan man tidlig beskytte grupper som er særlig utsatt for alvorlig forløp.

Det er håp om at vaksinasjon også kan forebygge smitte hos og smittsomhet fra de vaksinerte og dermed bidra til å redusere smittespredningen gjennom befolkningsimmunitet. I så fall kan vaksinasjon yte et betydelig bidrag til å stoppe epidemien og erstatte kontaktreduserende tiltak.

Vaksinasjon kan sannsynligvis begynne i løpet av første halvår 2021, og det er håp om at store deler av risikograppa og en del helsepersonell kan bli vaksinert før sommeren.

### **8.7 Tiltaksvurdering**

Kunnskapsgrunnlaget for effekt og byrde av en rekke befolkningsrettede smitteverntiltak, herunder de inngripende kontaktreduserende tiltakene, er for dårlig. Begrunnelsen for mange

av dem blir derfor teoretiske overlegninger, modelleringsresultater og kanskje tidsserier heller enn kontrollert studier.

Før iverksetting av tiltak bør en rekke elementer vurderes<sup>8</sup>:

- Smitteverneffekt.
- Tiltaksbyrden, det vil si tiltakenes ringvirkninger for individer, virksomheter og samfunn, altså forhold som totaldødelighet, samfunnsøkonomiske forhold og sosiale og helsemessige konsekvenser. Det er særlig viktig å vurdere konsekvenser av tiltak som rammer tilbudene til sårbare grupper, som funksjonshemmede, pasienter med psykiske lidelser og rusmisbrukere. Vurdering av tiltaksbyrde bør organiseres på tvers av sektorer og planlegges slik at det kan skje raskt, løpende, systematisk og kunnskapsbasert.
- Kompenserende tiltak mot ringvirkninger som rammer virksomheter eller sårbare grupper eller som forverrer sosial ulikhet.
- Grunnleggende krav om at tiltaket skal ha en medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet, fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering, skje frivillig for de tiltaket gjelder, jf. smittevernloven § 1-5.
- Menneskerettighetskrav om at tiltak som berører menneskerettighetene må være hjemlet i lov, søke å nå de formålene som er nedfelt i bestemmelsen, og være nødvendige i et demokratisk samfunn. Det må velges tiltak som er minst inngripende for enkeltindividet, det må etableres avhjelpende tiltak der det er mulig, og det må være forholdsmessighet mellom mål og middel.

## 8.8 System for lokal risikovurdering og tiltaksvurdering

### *Bakgrunn*

Strategien med å la kommunene oppdage og håndtere sine utbrudd i tråd med Kommunelegehåndboka<sup>9</sup> har vært en suksess. Siden i sommer har over hundre lokale utbrudd vært oppdaget og håndtert lokalt, noen ganger med ekstra kontaktreducerende tiltak i en periode, enten som råd eller som pålegg i lokal forskrift hjemlet i smittevernloven § 4-1.

En utfordring er imidlertid at tiltakene kan variere mellom kommunene, til og med mellom nabokommuner, og at samordningen mellom kommuner i samme fylke eller bo- og arbeidsmarkedsregion kan være utilstrekkelig. Det er også fare for at folk flytter sine aktiviteter fra kommuner med restriksjoner til nabokommuner uten restriksjoner.

### *Ny modell*

Vi foreslår en modell der statlig veiledning kombineres med lokal vurdering og håndtering og regional samordning. I denne modellen skal kommunene følge fem trinn:

1. Les Folkehelseinstituttets ukentlige risikovurdering på fylkesnivå.
2. Legg til egne, lokale vurderinger løpende.
3. Bestem lokalt risikonivå.

<sup>8</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/ti-trinn2/7.-tiltaksvurdering/?term=&h=1>

<sup>9</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/>

4. Vurder tiltakspakke svarende til kommunens risikonivå.
5. Samordne med nabokommuner og Fylkesmannen.

Den kvalitative vurderingen skal sammen med de kvantitative indikatorene gi grunnlag for å en vurdering av risikonivå for fylket. Dette er ikke en automatisk prosess, men involverer en nøye vurdering av den aktuelle situasjonen. Risikovurderingen er grunnlaget for den videre håndteringen, herunder tiltaksvurdering (opptrapping eller nedtrapping) og kommunikasjon. Et sett av tiltak foreslås for hvert nivå. Tiltakene vurderes i de aktuelle kommunene.

Risikonivåer	Beskrivelse
Nivå 1 (Kontroll)	Ingen eller få påviste tilfeller, men mulighet for oppblussing.
Nivå 2 (Kontroll med klynger)	Lokale og regionale utbrudd som kontrolleres. Insidensen er gjerne noe varierende som følge av utbrudd. Tilfellene kan være begrenset til visse grupper, og bare en liten andel (under 10 %) har ukjent smittesituasjon. Testing og smittesporing håndteres greit.
Nivå 3 (Økende spredning)	Økende insidens utenom avgrensede utbrudd og fare for rask akselerasjon i insidens. Tilfellene er dels sporadiske og dels klynger i ulike miljøer. Rundt 10 – 20 % har ukjent smittesituasjon. Kapasitet for smittesporing og testing er under press.
Nivå 4 (Utbredt spredning)	Høy og raskt økende insidens utenom avgrensede utbrudd. Press sykehusenes kapasitet. Økende insidens eller flere utbrudd i sårbare grupper. Rundt 20 – 30 % har ukjent smittesituasjon. Økende insidens av innleggelses og dødsfall. Kapasitet for smittesporing og testing er overbelastet.
Nivå 5 (Ukontrollert spredning)	Ukontrollert spredning i samfunnet og fare for å overskride sykehusenes kapasitet. Akselererende insidens utenom kjente utbrudd. Mer enn 30 % har ukjent smittesituasjon. Smittesporing er ikke gjennomførbart for mange tilfeller pga. kapasitetsmangel.

Tabell 3. Forslag til risikonivåer.

### Kvalitativ vurdering

Følgende indikatorer vil være sentrale for en helhetsvurdering av smittesituasjonen og risikonivå:

- Nivå og utvikling av insidensen
- Hvilke grupper som er rammet
- Om smitteveiene er kjent for de fleste tilfellene
- Om tilfellene er del av kjente utbrudd
- Kapasitet for testing og smittesporing
- Kapasitet for behandling i spesialisthelsetjenesten (andel av intensivkapasitet dekket med covid-19 pasienter)

Spredningspotensialet i fravær av nye eller forsterkede tiltak vurderes etter insidensen og andel med ukjent smitteeksponering, anslag over R, faren for massesmittehendelser, faren for spredning til andre kommuner og inn i sykehjem eller andre helsetjenester, samt ev. overbelastning av testings- eller smittesporingskapasiteten slik at ikke alle smittede kan følges opp i tide.

### Kvantitativ vurdering

Vi foreslår indikatorer for insidens av tilfeller, sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og død samt andel positive, geografisk utbredelse og sykehusbelastning. Folkehelseinstituttet vil oppdatere indikatorene på fylkesnivå ukentlig i Sykdomspulsen, som er tilgjengelig for kommunelegene og fylkeslegene.

De kvantitative indikatorene er ikke alene nok til å bestemme risikonivå. Det er dermed ikke en automatisk endring av risikonivå ved visse terskelverdier. Endring av tiltaksnivå kan derfor være aktuelt ved lavere insidensrater dersom det er mye ukjent smitte og smittesporingskapasiteten er under press. Eller en kommune kan ha høyere insidensrater, men smitteveiene er kjent og økningen er knyttet til avgrenset utbrudd, slik at høyning av tiltaksnivå er unødvendig. Helhetsvurdering lokalt og nasjonalt vil være nødvendig.

Indikator	Formål	Risikonivå					Tilgjengelighet av data
		1	2	3	4	5	
Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler hyppighet av påviste tilfeller	Under 50	50-149	150-299	300-599	600 eller høyere	Kommune, BA-region, og fylke

Tabell 4. Forslag til indikatoren 14-dagersinsidens (per 100 000 innbyggere) ved de fem risikonivåene.

Indikator	Formål	Risikonivå			Tilgjengelighet av data
		1 - 2	3 - 4	5	
Andel positive blant de testede i gjennomsnitt siste to uker	Måler prevalens blant de testede	< 2 %	2 – 9 %	≥ 10%	Kommune, BA-region, og fylke
Reproduksjonstallet	Måler veksten i insidensen	R < 1	1 < R < 1,5	R ≥ 1,5	Fylke
Antall nye innleggelser per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler hyppighet av alvorlig sykdom	< 5	5 – 29	≥ 30	Fylke
Andel kommuner med insidens over 50 per 100 000 og flere enn 10 tilfeller de siste 14 dager	Måler geografisk utbredelse i fylket eller regionen	< 10%	10 – 49 %	≥ 50%	Kommune, BA-region, fylke
Antall dødsfall per 14 dager per 100 000 innbyggere	Målet forekomst av svært alvorlig sykdom	< 0,5	0,5 – 1,9	≥ 2	Fylke

Tabell 5. Forslag til andre indikatorer ved de fem risikonivåene.

### Samordning av tiltak i regioner

Vi foreslår at Fylkesmannen fast hver 14. dag, og oftere ved behov, sammen med kommunene vurderer Folkehelseinstituttets risikovurdering og vurderer tiltak og evt behov for samordning av tiltak sammen med kommunene. Samtidig bør Fylkesmannen vurdere ressursituasjonen for testing og smittesporing i kommuner med utbrudd og diskutere evt behov for ekstra ressurser og muligheter for bistand mellom kommuner.

Den lokale kunnskapen om smittespredning og kapasitet i kommunene, samt grad av samhandling og kontakt mellom kommunene blir avgjørende for valg av tiltaksnivå i kommunene. Det er altså fortsatt fortrinnsvis kommunene som velger tiltaksnivå. Det er flere grunner til dette:

- Det er kommunene som har kompetanse til å fastsette lokale forskrifter med hjemmel i smittevernloven § 4-1.
- Det er kommunene som har tilsyn med virksomheters etterlevelse av tiltak.
- Det er kommunene som kjenner både sin smittesituasjon og sin kapasitet best.
- Det er kommunene som kjenner best til hvor mye og hva slags samhandling det er med andre kommuner.

Basert på samordningen som Fylkesmannen har lagt til rette for, fatter altså som hovedregel den enkelte kommune vedtak om tiltaksnivå med utgangspunkt i smittesituasjonen og grad av samhandling mellom kommunene:

- Kommuner som både har omfattende pendling og felles sosiale/kulturelle/fritidsaktiviteter med senterkommuner i bo- og arbeidsmarkedsregioner med stor smittespredning, bør velge samme tiltaksnivå som senterkommunen.
- Kommuner som bare har pendling til senterkommunen med stor smittespredning, bør oppfordre til bruk av hjemmekontor for pendlerne og bruk av munnbind på kollektivtrafikk til og fra senterkommunen, og ellers velge tiltaksnivå i tråd med smittesituasjonen i egen kommune.

Dersom utbrudd omfatter større regioner, kan det være mer effektivt og hensiktsmessig at beslutningen om tiltak for regionen fattes nasjonalt etter råd fra Folkehelseinstituttet og HelseDirektoratet og drøfting med Fylkesmannen og kommunene.

### *Tiltaksvurdering*

Folkehelseinstituttet har foreslått ei pakke med tiltak for hvert risikonivå. Kommunene velger fortrinnsvis alle tiltakene i pakka, men kan gjøre særlige tilpasninger. Pakkene vil bli justert basert på ny kunnskap og erfaringer med håndtering av pandemien både i Norge og internasjonalt.

De tiltak kommunen velger, kan iverksettes som:

- Anbefalinger
- Interne regler gitt av virksomheter selv
- Pålegg fra kommunen overfor enkeltpersoner eller enkeltvirksomheter, jf. smittevernloven § 4-1
- Lokal forskrift gjeldende for alle personer eller virksomheter i en sektor, jf. smittevernloven § 4-1.

Se kapittel 8.7 for nærmere beskrivelse av tiltaksvurderingene.

### Tiltak ved betydelig forverret situasjon

Det er nødvendig å planlegge for en situasjon der epidemien løper ut av kontroll og truer kommunenes kapasitet til testing og smittesporing. I disse situasjonene kan kommunene tvinges til å prioritere sin ressursbruk og i noen tilfeller måtte velge mindreverdige løsninger. Tabellen gir veiledning for slike situasjoner der kapasiteten er mindre enn det som kreves av epidemien.

Tiltak	Tilstrekkelig kapasitet	Redusert kapasitet	Utilstrekkelig kapasitet
Håndhygiene og hostehygiene			
Holde avstand generelt			
Holde seg hjemme ved symptomer			Perioden forlenges dersom ikke testing
Generelle kontaktreduserende tiltak			
Testing ved mistanke om smitte			Kan erstattes av selv-isolering uten testing
Isolering etter positiv test			
Smittesporing* av kommunens team		Kan suppleres med pasientformidlet smittesporing	Kan erstattes av pasientformidlet smittesporing
Testing av nærkontakter		Karantene uten testing	Karantene uten testing
Karantene av nærkontakter		Også etter pasientformidlet smittesporing	Også etter pasientformidlet smittesporing

\*Digital smittesporing kan etter hvert spille en rolle og må tas med i planleggingen.

**Tabell 6. Veiledning for prioritering av tiltak dersom kapasiteten i kommunene svikter ved betydelig eller katastrofal økning av epidemien. Grønt er høyt prioritert, rødt er lavt prioritert.**

I en situasjon der kapasiteten for testing er helt utilstrekkelig, vil overvåkingen av infeksjon i MSIS få mindre verdi. Andre indikatorer, som symptomer i befolkningen (Symptometer), legekonsultasjoner (Sykdomspulsen) og innleggelseser kan da likevel gi et bilde av utviklingen.