

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Krisestab HOD  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 21/5666-31  
Saksbehandler: Anders Torper  
Dato: 25.03.2021

### **Oppdatert versjon - Svar på tilleggsoppdrag til oppdrag 346**

Viser til oversendelse fra HelseDirektoratet sendt 25. mars 2021 – *sva*r på tilleggsoppdrag til oppdrag 346 om vurdering av strategi og tiltak i takt med økende vaksinasjonsdekning – behov for konkretisering

Det opprinnelige dokumentet ble forsøkt oversendt 25. mars kl 00.05, men ved en inkurie gikk den ikke gjennom arkivsystemet. I mellomtiden har FHI oppdatert sin oppdragsbesvarelse, HelseDirektoratet ber derfor Helse- og omsorgsdepartementet om å se bort fra tidligere oversendt versjon av oppdragsbesvarelsen. Vedlagt finner dere endelig versjon fra HelseDirektoratet og Folkehelseinstituttet.

Vennlig hilsen

Helen Brandstorp e.f.  
direktør

Anders Torper  
rådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:

HelseDirektoratet, Beredskap @helsedir.no;FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no

# Svar på covid-19 tilleggsoppdrag fra HOD

## Tilleggsoppdrag til oppdrag 346

### Vurdering av strategi og tiltak i takt med økende vaksinasjonsdekning – behov for konkretisering

---

#### Oppsummering

- Helsedirektoratets vurdering er at situasjonen er og vil være mer kompleks enn at den kan reduseres til enkeltindikatorer og nivåer av disse.
- Planen for gjenåpning må følge en fastsatt rutine. Helsedirektoratet har ansvar for å vurdere dette etter råd fra Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet vil etablere en fast rutine for samlet vurdering av sjekkpunkter jevnlig med tanke på eventuell nedtrapping av tiltak. Etatene vil da også ha dialog med sentrale aktører for å belyse helhetsvurderingene som gjøres rundt sjekkpunktene. Dette vil bidra inn i grunnlaget for råd fra etatene om håndtering av situasjonen.

Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet leverte en felles oppdragsbesvarelse til oppdrag 346. Av tidshensyn har ikke FHI og Helsedirektoratet levert en felles besvarelse til dette tilleggsoppdraget, men direktoratets besvarelse er utarbeidet i lys av instituttets utkast, mottatt klokken 20.34 den 24. mars 2021. Instituttets endelige besvarelse ligger i sin helhet vedlagt oversendelsesbrevet fra Helsedirektoratet. Oppdraget ble mottatt i Helsedirektoratet klokken 12.37 samme dag som oppdragsbesvarelsens frist, samtidig jobbes det med andre akutte oppdrag. Innholdet i besvarelsen må ses i lys av dette.

---

#### Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

##### **Tilleggsoppdrag til oppdrag 346 - om vurdering av strategi og tiltak i takt med økende vaksinasjonsdekning – behov for konkretisering**

*Det vises til svar på oppdrag 346 med bl.a. forslag til plan for gjenåpning og til samtale mellom HOD v/Tone Brox Eilertsen og FHI v/Line Vold i dag.*

*I det videre arbeidet med plan for gjenåpning vil det, som etatene har foreslått, legges til grunn tre sjekkpunkter for vurderingene;*

- 1) Smittesituasjonen og sykdomsbyrde,
- 2) kapasitet i helsetjeneste og
- 3) vaksinasjon.

*HOD ber om at etatene i samarbeid utarbeider en beskrivelse av hvilke nivåer på de ulike sjekkpunktene som vil gi grunnlag for gjenåpning. Dette som grunnlag for redegjørelse i Stortinget.*

**Frist for oppdraget er i dag 24. mars.**

*I tillegg vil HOD gjøre oppmerksom på at det i løpet av dagen vil være behov for kvalitetssikring av omtale av de ulike trinnene i den veiledende planen for gjenåpning. HOD vil komme tilbake til saken senere i dag.*

Kontaktperson i HOD er Tone Brox Eilertsen [tbe@hod.dep.no](mailto:tbe@hod.dep.no) og 92218277.

## Bakgrunn

Helsedirektoratet viser til tilleggsoppdrag til oppdrag 346 - om vurdering av strategi og tiltak i takt med økende vaksinasjonsdekning – behov for konkretisering.

Helsedirektoratet viser også til FHIs besvarelse på dette tilleggsoppdraget. Generelt slutter Helsedirektoratet seg til FHIs besvarelse når det gjelder "Vurdering i andre land". Det er generelt lite spesifikk informasjon tilgjengelig om hvilke kriterier og data andre land legger til grunn for sine gjenåpningsplaner. Vi slutter oss også til FHIs henvisninger til besvarelsen på Oppdrag 346.

## Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet vil først kommentere de tre sjekkpunktene, før vi kommenterer de overordnede praktiske implikasjonene av sjekkpunktene og hvordan håndteringen kan gjøres i praksis.

### Sjekkpunktene

Vi vil nedenfor kommentere de tre sjekkpunktene som skal vurderes ved mulig gjenåpning.

#### 1. Smittesituasjon og sykdomsbyrde

Helsedirektoratet viser til besvarelsen fra FHI på dette punktet. Vi understreker samtidig viktigheten av å ha kontroll på smittespredningen ( $R$  under 1) og at smitten samt sykdomsbyrden er håndterbar, blant annet slik at det er mulig å gi forsvarlig helsehjelp også til andre pasienter.

#### 2. Helsetjenesten

Det viktigste som skal vurderes under dette punktet er om helsetjenesten vil være i stand til å gi et forsvarlig tilbud til pasienter med alvorlig covid-19-sykdom eller andre pasienter, hvis man gjør lettelser i smitteverntiltak.

Det er en rekke forhold som kan inngå i en vurdering av tilgjengelig kapasiteten i tjenestene og om belastningen kan forventes å være håndterbar.

Kommunesiden trenger tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å kunne utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Eksempler på mulige knapphetsfaktorer er:

- Testkapasitet og svartid (her er kommunene også avhengig av andre aktører)
- Smittesporingskapasitet
- Oppfølging med etterlevelse av karantene og isolasjon
- Evne til å opprettholde øvrige tjenester på et forsvarlig nivå

I spesialisthelsetjenesten er det en rekke strukturelle indikatorer som kan si noe om i hvilken grad spesialisthelsetjenesten har hentet ut potensialet for å tilpasse seg situasjonen, for eksempel om:

- Det er gjort endringer i den ordinære organisering av pasientlokaler
- Det er gjort endringer i bemanningsstruktur og kompetanse
- Det er gjort endringer i nivået for kvaliteten av helsetjenester som ytes
- Det er endringer i belegg for pasienter som trenger intensivbehandling
- Det er endringer i tilgang på nødvendig utstyr

- Det er problematisk å håndtere situasjonen innen eget HF

Det regionale perspektivet kan ivaretas av RHFer og Statsforvaltere, der Statsforvalterne har en viktig rolle med å koordinere beredskapsresponsen i fylket.

FHI har videre satt opp noen indikatorer som kan inngå i en vurdering av helsetjenestens evne til å håndtere pasienter med sykdom fra pandemien og andre tilstander. Som beskrevet i besvarelsen på 346, vil vi framover måtte endre hvordan vi vurderer ulike indikatorer. Erfaring fra krisehåndteringen har vist at nye indikatorer etableres og vektlegges ulikt etter hvert som pandemien har utviklet seg.

### 3. Vaksinasjonsprogrammet

- Helsedirektoratet viser til FHIs vurderinger på dette sjekkpunktet. Vi vil for øvrig understreke at status knyttet til vaksinasjonsprogrammet kan få betydning for vurderingen av de andre punktene og den helhetlige vurderingen av sjekkpunktene.

### **Helhetsvurdering og rutiner for rådgivning**

Helsedirektoratets vurdering er at situasjonen er og vil være mer kompleks enn at den kan reduseres til enkeltindikatorer og nivåer av disse.

Planen for gjenåpning må følge en fastsatt rutine. Helsedirektoratet har ansvar for å vurdere dette etter råd fra FHI. Helsedirektoratet vil etablere en fast rutine for samlet vurdering av sjekkpunkter jevnlig med tanke på eventuell nedtrapping av tiltak. Etatene vil da også ha dialog med sentrale aktører for å belyse helhetsvurderingene som gjøres rundt sjekkpunktene. Dette vil bidra inn i grunnlaget for råd fra etatene om håndtering av situasjonen.

I besvarelsen av 346 har vi anbefalt at man venter minst 3 uker mellom hvert trinn av lettelsers, for å kunne observere endringer i situasjonen og vurdere disse med tanke på nye lettelsers, eller med tanke på gjeninnføring av tiltak hvis situasjonen forverres.

Helsedirektoratet legger som FHI til grunn at sjekkpunktene bør vurderes helhetlig og i sammenheng, og med samtidig balansering mot byrden av tiltakene, altså en forholdsmessighetsvurdering.

Når helsetjenesten har en ordinær driftssituasjon, eller er i beredskapsmessig ordinær tilstand, vil det ligge til rette for å gjøre lettelsers, ut fra en vurdering av dette sjekkpunktet isolert sett. De tre faktorene som skal vurderes er imidlertid både dynamiske og avhengige av hverandre.

COVID-19

# Tilleggsoppdrag fra HOD til nr. 346 om vurdering av strategi og tiltak i takt med økende vaksinasjonsdekning – behov for konkretisering

24. mars 2021



## Oppdragstekst

*Det vises til svar på oppdrag 346 med bl.a. forslag til plan for gjenåpning og til samtale mellom HOD v/Tone Brox Eilertsen og FHI v/Line Vold i dag.*

*I det videre arbeidet med plan for gjenåpning vil det, som etatene har foreslått, legges til grunn tre sjekkpunkter for vurderingene; 1) Smittesituasjonen og sykdomsbyrde, 2) kapasitet i helsetjeneste og 3) vaksinasjon.*

*HOD ber om at etatene i samarbeid utarbeider en beskrivelse av hvilke nivåer på de ulike sjekkpunktene som vil gi grunnlag for gjenåpning. Dette som grunnlag for redegjørelse i Stortinget.*

*Frist for oppdraget er i dag 24. mars.*

*I tillegg vil HOD gjøre oppmerksom på at det i løpet av dagen vil være behov for kvalitetssikring av omtale av de ulike trinnene i den veiledende planen for gjenåpning. HOD vil komme tilbake til saken senere i dag.*

*Kontaktperson i HOD er Tone Brox Eilertsen [tbe@hod.dep.no](mailto:tbe@hod.dep.no) og 92218277.*

## Oppsummering

- Tidspunkt for lettelser i tiltak bør styres etter *data – not dates*
- Hovedsjekkpunktene er:
  - Smittesituasjon og Sykdomsbyrde
  - Kapasitet i helsetjenesten
  - Vaksinasjonsprogrammet
- Vi foreslår grenseverdier basert på spørsmål under sjekkpunktene skissert i oppdrag 346 (se tabell under). Status for sjekkpunktene må vurderes helhetlig og i sammenheng med hverandre. Samtidig skal smitteverntiltakene veies mot tiltaksbyrden.
- Vaksinasjonsprogrammets utrulling vil være et sjekkpunkt, men påvirker i stor grad indikatorene som vurderes under smittesituasjon og sykdomsbyrde. Når mange i befolkningen har fått en effektiv vaksine vil sykdomsbyrden bli lav, det blir mindre smitte, og belastningen på helsetjenesten blir mindre
- Det vil fortsatt være kommuner som må ha høyere tiltaksnivå basert på lokal smittesituasjon
- Vi vurderer at de nasjonale tiltakene som er iverksatt nå i forbindelse med påsken bør vurderes etter påske uavhengig av den skisserte gjenåpningsplanen.
- Vi foreslår en prosess der FHI regelmessig beskriver status på sjekkpunkt 1 og 3, og Helsedirektoratet tilsvarende på sjekkpunkt 2. Etatene vil deretter møtes med tanke på å lage en samlet vurdering og anbefaling til HOD.

## Folkehelseinstituttets vurdering

I svar på oppdrag 346 foreslo vi tre sjekkpunkter for å støtte totalvurderingene som må gjøres ved hvert trinn av lettelser i gjenåpningen. I totalvurderingen av situasjonen står også vurderingen av tiltaksbyrde sentralt, og forholdsmessighet må vektlegges hele veien i gjenåpningen.

### Vurdering i andre land

Det er generelt lite spesifikk informasjon tilgjengelig om hvilke kriterier og data andre land legger til grunn for sine gjenåpningsplaner. Gjennomgående er fokus på løpende evalueringer, gradvis og kontrollert gjenåpning og nøye monitorering av for eksempel R-tall. Flere har også fokus på WHO's seks betingelser (*conditions*). Nord-Irland, Scotland og Wales vektlegger alle *Data, not dates*. England har veiledende datoer, men vektlegger også data framfor datoer.

Ellers kom Tyskland med datoer i sin gjenåpningsplan, men de har allerede måtte sette videre gjenåpning på vent og reversere. Danmark har kommet med datoer, men er per nå i en mer stabil situasjon enn Norge.

Se nærmere beskrivelse i vedlegg.

## Oppstart og tempo

Vi anbefalte at gjenåpningen bør starte når situasjonen tillater det. Som vi ser det i dag, kan smittesituasjonen endre seg raskt så lenge en større andel av befolkningen ikke er vaksinert. Vi antar at smittespredningen vil dempes av sommersesongen, som i fjor, men dette er usikkert, særlig med de nye virusvariantene med større spredningsevne.

Vi vurderer at de nasjonale tiltakene som er iverksatt nå i forbindelse med påsken vurderes etter påske uavhengig av den skisserte gjenåpningsplanen. Det er store geografiske forskjeller i smittesituasjonen, og tiltakene som ble iverksatt nå ble anbefalt for å redusere risiko for større smittespredning i forbindelse med avvikling av påskeferie, og sannsynlighet for mer reiseaktivitet og sosiale sammenkomster på tvers av kommuner og innad i kommuner i forbindelse med påsken.

Etatene anbefaler deretter at første trinn i gjenåpningen starter når smittespredningen har vært liten og sykdomsbyrden lav i 2-3 uker (I planen beskrives prosess mer i detalj). Epidemien bør være under kontroll på et lavt nivå (for eksempel under 100 tilfeller per 100 000 innbyggere siste 14 dager nasjonalt og under 50 nye innleggelses per uke) og ikke økende når gjenåpningen starter. Da har man en buffer som gir tid til å reagere dersom det viser seg at gjenåpningen øker smittespredningen.

Som beskrevet i oppdrag 346 vil hovedsjekkpunktene være knyttet til

- Smittesituasjon og sykdomsbyrde
- Kapasitet i helsetjenesten
- Vaksinasjonsprogrammet

Som beskrevet mener vi det er uheldig å knytte gjenåpning til helt strenge nivåer. I stedet bør sjekkpunktene vurderes helhetlig og i sammenheng og med samtidig balansering mot byrden av tiltakene, altså en forholdsmessighetsvurdering. I tabellen nedenfor foreslår vi nivåer som gir grønt eller gult lys for hvert av spørsmålene. Sjekkpunktene kan passeres dersom det i hovedsak er grønne lys, men noen gule lys tillates i en helhetlig vurdering. For mange gule lys og eventuelt flere røde lys tilsier at risikoen ved videre gjenåpning kan være for stor. I tillegg må geografiske forskjeller tas med i vurderingen. Dessuten er det nødvendig å følge situasjonen nøye etter et nytt trinn i gjenåpningen slik at man eventuelt kan gjeninnføre tiltak dersom situasjonen forverres.

## Prosess for vurdering av lettelser i tiltak

En uke før planlagt lettelse vil FHI beskrive status på sjekkpunkt 1 og 3, og Helsedirektoratet vil beskrive status på sjekkpunkt 2. FHI og Helsedirektoratet vil deretter møtes med tanke på å lage en samlet vurdering og anbefaling til HOD.

**Kommunene** og bo- og arbeidsmarkedsregioner forholder seg til Kommunelegehåndboka og vil uansett vurdere behov for innstramming eller lettelser i lokale tiltak i henhold til denne, jf. risikonivå 1 – 5 (se vedlegg). Kommunene kan ikke gå lavere i tiltaksnivå enn det nasjonale sikkerhetsnett.

**Nasjonalt** anbefaler vi sjekkpunktene og spørsmålene i tabellen

Vurdering opp mot **tiltaksbyrde**: De tre sjekkpunktene må vurderes samlet og må alltid vurderes opp mot tiltakenes byrde, inkludert helsetap og økonomiske konsekvenser. Her må det løpende vurderes om tiltakenes belastning på befolkningen, virksomheter og samfunnet tilsier lettelser i tiltakene. Til

sammen innebærer dette en vurdering av tiltakenes forholdsmessighet. I tillegg bør det løpende vurderes om nasjonale tiltak kan erstattes av lokale tiltak, gitt målet om lokale tiltak når mulig.

I tillegg til sjekkpunktene, anbefaler etatene at det går minimum 3 uker mellom hver trinn i planen.

Når en større andel av befolkningen er vaksinert vil det være nødvendig å revurdere kriteriene. Da vil sannsynligvis aldersprofilen for de smittede være annerledes. Dermed kan man trolig akseptere et høyere smittenivå så lenge den totale sykdomsbyrden er lav, både med tanke på innleggelser og eventuelle følgetilstander av infeksjonen. Dette må vi vurdere når vi nærmer oss sommeren. Da har vi mer kunnskap om effekt av vaksine på smittespredning, erfaringer fra land med som har kommet lengre i vaksinedekningen, og kunnskap om senvirkninger.

Gitt dagens utvikling av epidemien og vaksinasjonsprogrammet blir det neppe mulig å starte første trinn av gjenåpningen før tidligst i siste halvdel av mai. I et mer nøkternt scenario vil lettelser kunne begynne i juli, mens i et verstefallsscenario vil gjenåpning være vanskelig i 2021. Ettersom dette er et stykke frem i tid, anbefaler vi at en justering av planen løpende vurderes.

Basert på dette anbefaler vi at det uansett gjøres en gjennomgang av gjenåpningsplanen med tanke på behovet for større justeringer i mai/juni.



Sjekkpunkter og spørsmål	Grønt lys	Gult lys
NB Sjekkpunktene vurderes helhetlig og i sammenheng med hverandre. Samtidig skal tiltakene veies mot byrden av tiltakene.		
<b>1. Smittesituasjon og sykdomsbyrde</b>		
Fører epidemien fortsatt til et begrenset og ikke raskt økende antall sykehusinnleggelser og dødsfall?	Antallet nye innleggelser i sykehus har vært under 50 per uke i to uker, og antall dødsfall har vært under 10 per uke i to uker og insidensen av infeksjon er nedadgående ( $R < 1$ )	Antallet nye innleggelser i sykehus har vært under 75 per uke i to uker, og antall dødsfall har vært under 20 per uke i to uker og insidensen av infeksjon er nær 1 ( $R < 1,1$ )
Er nye virusvarianter kommet som endrer risikovurderingen?	De klart dominerende virusvariantene har ikke verre egenskaper (smittsomhet, alvorlighet og vaksinefølsomhet) enn den engelske varianten	De klart dominerende virusvariantene har bare litt verre egenskaper (smittsomhet, alvorlighet og vaksinefølsomhet) enn den engelske varianten
Er det kommet ny kunnskap om alvorlige ettervirkninger?	Kunnskapen tilsier at alvorlige, langvarige postvirale plager rammer svært få av pasientene som har hatt mild covid-19	Kunnskapen tilsier at alvorlige, langvarige postvirale plager rammer få av pasientene som har hatt mild covid-19
<b>2. Helsetjenesten (beskrives eventuelt nærmere av Helsedirektoratet)</b>		
Er det tilstrekkelig kapasitet og ressurser i kommunene til å gjennomføre nødvendig testing og smittesporing?	Over 90 % av kommunene melder om tilstrekkelig kapasitet	Over 75 % av kommunene melder om tilstrekkelig kapasitet og disse har over 75 % av landet innbyggere
Er belastningen på spesialisthelsetjenesten innenfor det som kan håndteres uten overbelastning?	Antallet inneliggende i landets sykehus har vært under 50 i to uker	Antallet inneliggende i landets sykehus har vært under 100 i to uker
<b>3. Vaksinasjonsprogrammet</b>		
Er leveransene av vaksiner i rute?	Leveransene er like eller overstiger det nøkterne vaksinescenarioet fra FHI	Leveransene er inntil 20 % lavere enn det nøkterne vaksinescenarioet
Klarer kommunene å tilby vaksinasjon etter planen?	Over 90 % av kommunene ønsker maksimalt antall vaksiner hver uke og bruker dem opp samme uke	Over 75 % av kommunene ønsker maksimalt antall vaksiner hver uke og bruker dem opp samme uke
Er effekt av vaksinerings som forventet?	Vaksinasjon beskytter over 80 % mot sykehusinnleggelse og over 60 % mot videre smitte	Vaksinasjon beskytter over 60 % mot sykehusinnleggelse og over 40 % mot videre smitte
Er oppslutningen om vaksinasjon fortsatt god?	Over 80 % av målgruppene lar seg vaksinere	Over 70 % av målgruppene lar seg vaksinere

## Vedlegg

Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen. Kap 4 Risikovurdering

<https://www.fhi.no/nettpub/overvaking-vurdering-og-handtering-av-covid-19-epidemien-i-kommunen/ti-trinn2/4.-risikovurdering/?term=&h=1>

Risikovurderingen består tre delvurderinger og kan munne ut i en plassering av kommunen på ett av fem risikonivåer:

### A. Epidemiologisk situasjon må bestemmes:

- Et utbrudd med flere tilfeller knyttet til samme smittekilde eller smittesituasjon, eventuelt en massesmittehendelse.
- Flere tilfeller med ukjent eksponering.
- En generell økning.

Vurderingen bygger på en beskrivelse av utbruddet basert på overvåkingen (trinn 1), smitteoppsporingen og etterforskningen (trinn 3). Fire indikatorer er særlig viktige:

Indikator	Formål	Risikonivå				
		1	2	3	4	5
Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler hyppighet av påviste tilfeller	Under 50	50-99	100-199	200-399	400 eller høyere
Andel som har ukjent smittesituasjon blant de nye tilfellene	Måler indirekte størrelsen på den skjulte delen av epidemien	< 5 %		5 - 14,9 %		≥ 15 %
Andel positive blant de testede i gjennomsnitt siste to uker	Måler prevalens blant de testede	< 0,5 %		0,5 – 4,9 %		≥ 5%
Antall nye innleggelser per 14 dager per 100 000 innbyggere	Måler hyppighet av alvorlig sykdom	< 5		5 – 14,9		≥ 15

I tillegg må man vurdere:

1. om utviklingen er synkende, stabil eller økende uke for uke; en vedvarende eller rask økning taler for et høyere risikonivå
2. hvilke grupper som er rammet
3. om tilfellene er del av kjente utbrudd, og i så fall hvor og når smitten skjedde, hvem som er omfattet, om særlig utsatte grupper er rammet, og hvor mange nærkontakter som er involvert.

### B. Spredningspotensialet:

Vurdering av spredningspotensialet *i fravær av nye eller forsterkede tiltak* i denne aktuelle situasjonen basert på erfaring fra liknende utbrudd, analyse av smittekjeden, andel med ukjent

smitteeksponering, anslag over spredningspotensialet R og faren for massesmittehendelser. Det er dermed nyttig å vite hvilken variant av viruset som forårsaker utbruddet da enkelte varianter kan ha økt spredningspotensiale.

- [Risikovurderinger av nye virusvarianter](#)

Husk at R er et gjennomsnittsansall for sekundærtillfeller. I virkeligheten er det stor variasjon i hvor mange sekundærtillfeller hver pasient gir opphav til. Jo flere som er smittet, jo større er faren for at én av dem skal gi opphav til en massesmittehendelse.

Også faren for overbelastning av testings- eller smitteoppsporingskapasiteten må vurderes. Hvis kapasiteten er for lav, kan testing og smitteoppsporing bli for lite effektive, og man kan gå inn i en negativ spiral med rask smittespredning.

### C. Forventet sykdomsbyrde:

Faren for spredning til andre kommuner og inn i sykehjem eller andre helsetjenester må også vurderes. Vurdering av forventet sykdomsbyrde *dersom utbruddet utvikler seg videre*, basert på kjent kunnskap om spredningspotensialet og sykdomsalvorligheten samt den tilgjengelige kapasiteten i helse- og omsorgstjenesten for å gi riktig behandling på riktig nivå og oppslutning om allerede pågående smitteverntiltak. Vi anbefaler dialog med sykehuset om denne vurderingen.

Til hjelp for kommunelegens risikovurdering vil de statlige etatene bidra slik:

- Folkehelseinstituttet vil hver onsdag publisere en [epidemiologisk rapport for fylkene \(fylkesvurdering\) \[1\]](#). [Sykdomspulsen \[2\]](#) oppdateres daglig med overvåkingsdata for kommunene og indikatorene nevnt over daglig.
- Helsedirektoratet vil lage oversikter over belastningen for testing, isolering, smitteoppsporing og karantene samt tilgang på smittevernustyr.

Risikovurderingen består dermed av en enkel beskrivelse av utbruddet eller situasjonen og en konklusjon av risikonivå (se tabell under) som produktet av sannsynligheten for forverring uten tiltak og konsekvensene av slik forverring.

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 innleggelse 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.

## Vurdering av smittesituasjonen basert på kriteriesettet for uke 10-11

**Tabell 4** Vurdering av smittesituasjonen i landets fylker basert på utvalgte indikatorer for uke 10 og uke 11.

Fylke	Antall nye tilfeller per 14 dager per 100 000 innbyggere	Andel positive blant de testede siste to uker	Trend i antall nye tilfeller	Antall nye innleggelse i sykehus med covid-19 som hovedårsak per 14 dager per 100 000 innbyggere	Andel kommuner/bydeler (antall/totalt antall i fylket) med insidens 50 eller over per 100 000 og flere enn 10 tilfeller de siste 14 dager
Norge	225,5	3,1	Økende	7,1	17,7 (63/356)
Oslo	615,6	5,0	Sannsynlig økende	21,7	100,0 (15/15)
Rogaland	152,9	2,6	Økende	3,9	21,7 (5/23)
Møre og Romsdal	21,1	0,5	Økende	1,5	0,0 (0/26)
Nordland	54,5	1,4	Usikker	3,7	2,4 (1/41)
Viken	387,0	4,4	Økende	9,7	60,8 (31/51)
Innlandet	66,9	1,6	Økende	2,4	15,2 (7/46)
Vestfold og Telemark	220,4	3,0	Synkende	8,1	39,1 (9/23)
Agder	60,2	1,1	Synkende	2,6	12,0 (3/25)
Vestland	68,3	1,2	Økende	2,2	9,3 (4/43)
Trøndelag	11,5	0,3	Sannsynlig synkende	0,6	0,0 (0/38)
Troms og Finnmark	33,9	0,6	Usikker	2,1	5,1 (2/39)

## Vurderinger rundt gjenåpningsplaner i andre land

Noen eksempler fra andre land (med forbehold om at disse kan ha blitt oppdatert):

### Danmark:

Beskriver datoer, med fokus på når ulike grupper er vaksinert

- “Når de ældste og sårbare borgere samt borgere over 50 år, der ønsker det, er vaccineret med første stik, vil det være en milepæl i epidemihåndteringen i Danmark. Risikoen for dødsfald og overbelastningen af sundhedsvæsenet som følge af corona vil falde meget markant, og samfundet kan genåbnes. Dog vil der forventeligt stadig gælde restriktioner i forhold til arrangementer med risiko for superspredning, herunder større arrangementer og natteliv, rejserestriktioner samt generelle smittebyggende tiltag. Aftalepartierne er enige om at fortsætte en ansvarlig, gradvis og fleksibel udfasning af restriktionerne frem mod, at vaccine-milepælen er nået. Der tages udgangspunkt i 14 dages intervaller mellem genåbningsfaserne. Sundhedsmyndighederne har omlagt vaccinationskalenderen og som led heri indsnævres og afsluttes målgruppe 4, 5 og 6.”

### Tyskland

- Har måttet reversere og sette gjenåpning på vent.

- Før det, hadde de hadde lagt inn en «nødbrems» som sier at hvis 7-dagers insidens overstiger 100/100.000 (nasjonalt eller regionalt) tre påfølgende dager skal de gå tilbake til reglene fra 7.mars
- Hade også betingelser for gjenåpning knyttet til 7-dagers insidenstall

### England:

- Fire tester (har datoer, men understreker betydningen av data og de fire testene, og at datoene kun er veiledende/tidligst mulige dato)
- “Before taking each step, the Government will review the latest data on the impact of the previous step against four tests. The tests are:
  1. The vaccine deployment programme continues successfully.
  2. Evidence shows vaccines are sufficiently effective in reducing hospitalisations and deaths in those vaccinated.
  3. Infection rates do not risk a surge in hospitalisations which would put unsustainable pressure on the NHS.
  4. Our assessment of the risks is not fundamentally changed by new Variants of Concern”

### Nord-Irland

- Beskriver 9 pathways som alle har fem faser. The Executive gjør en større gjennomgang av data og vurderinger av evt nye lettelser hver fjerde uke <https://www.executiveoffice-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/execoffice/executives-pathway-out-of-restrictions.pdf>
- Skriver bl.a. *“Keeping the Rt number below 1 and as low as possible, remains the most effective way of suppressing the virus on a longer term basis, including any new variants. This has been our commitment in the past and will continue to be so going forward.”*

“We will continually monitor a broad range of data, information and statistical indicators to inform our decisions on whether to relax restrictions, or whether we need to return to strengthening them.

### Health trends will be based on the World Health Organisation’s conditions for adjusting restrictions and will include:

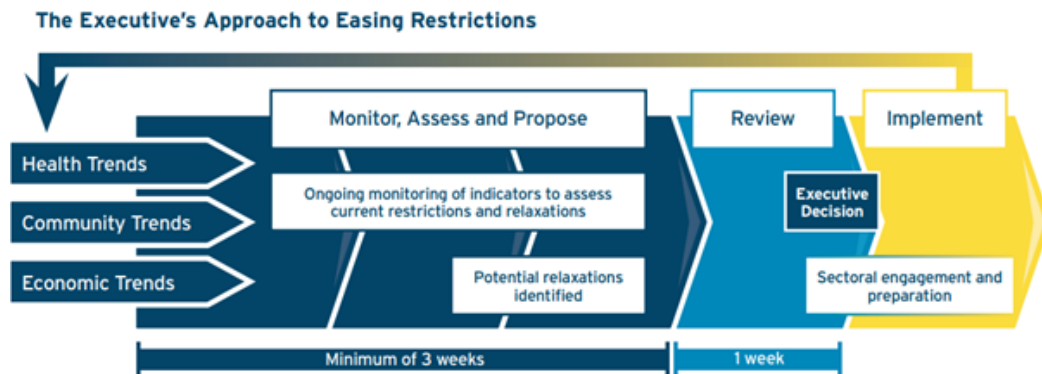
- Maintaining the Rt number below 1
- Health service capacity for COVID and non-COVID
- Test, trace and protect data and intelligence
- Population immunity, including vaccination programme progress
- Emergence of new variants

### Community factors reflect the fact that we have all been living with the pandemic for some time, so we will be monitoring the impact of decisions on areas such as:

- Mental and physical health
- Isolation
- Resilience
- Education impact
- Equality impacts
- Homelessness placements and use of temporary accommodation

**Economic data and indicators are critical to ensuring that decisions will have the best impact on starting the road to economic recovery, and will include:**

- Overall and sectoral economic health (including “scarring”)
- Labour market performance
- Viability and financial vulnerability of businesses
- Availability of job support and business support
- Number of benefit claimants



## Skotland

- Nevner også R-tall og WHO's seks betingelser
- Fra planen: “To achieve our intent, the process of easing current restrictions will be informed by data to give us confidence that it is safe to proceed. We want to be confident that there will be no resurgence of the epidemic or overwhelming of the NHS. This conditionality is key given ongoing uncertainties, both about the status of the epidemic and the impacts of making any changes to restrictions. We will analyse data and intelligence to assess when there is likely to be sufficient room to allow further easing of restrictions without causing a resurgence of the virus. Monitoring the impact of easings on the R number will be critical to that: when the R number moves above one, the virus begins to grow exponentially again. If we move too fast, and open up settings and activities too early, then we risk triggering exponential growth again, in which case we may need to rewind. We understand the costs involved in that and are keen to avoid them. We will also be mindful of advice from the WHO in guiding our easing process.”

Figure 2: SCOTLAND'S COVID-19: STRATEGIC FRAMEWORK - PLANNED EASING OF RESTRICTIONS

