

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Krisestab HOD  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.: Covid-19 oppdrag 529  
Vår ref.: 21/36382-7  
Saksbehandler: Svein Høegh Henrichsen  
Dato: 20.09.2021

## **Svar på covid-19 oppdrag 529 – Revisjon av regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av covid-19-pandemien og beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien**

Vedlagt finnes svar på dette oppdraget.

### **Oppsummering**

- HelseDirektoratet har gått igjennom langsiktig strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19. Vi gir her innledende innspill til ny strategi.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av innspill fra Folkehelseinstituttet (FHI) mottatt kl. 09.00 den 20.09.21, samt notat om situasjonsforståelse. Underlagene fra FHI finnes som egne vedlegg.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.  
direktør

Jon Hilmar Iversen  
konsulent

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd @fhi.no

# Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 529 – Revisjon av regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av covid-19-pandemien og beredskapsplan for smitteverntiltak under covid- 19-pandemien

## Oppsummering

- Helsedirektoratet har gått igjennom langsiktig strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19. Vi gir her innledende innspill til ny strategi.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av innspill fra Folkehelseinstituttet (FHI) mottatt kl. 09.00 den 20.09.21, samt notat om situasjonsforståelse. Underlagene fra FHI finnes som egne vedlegg.

## Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

### **Oppdrag 529 – revisjon av regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av covid-19-pandemien og beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien**

Den langsiktige strategien redegjør for mål og tiltak for håndtering av covid-19-pandemien i Norge, og inkluderer omtale av aktuelle smitteverntiltak og på hvilket grunnlag tiltak vurderes, slik som risikovurdering og prinsipper for håndteringen av pandemien. Regjeringens plan for gradvis gjenåpning har tatt utgangspunkt i strategiens mål og prioritering. Beredskapsplanen er en egen sykdomsspesifikk plan under Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, og skal bidra til effektiv håndtering av covid-19-pandemien. Planen beskriver ansvarsforhold, beslutningsnivå, samordning og system for risikovurdering av situasjonen, herunder risikonivåer og tilhørende eksempler på pakker av smitteverntiltak.

Det er behov for en oppdatering av strategi og planverk ifm. overgang til normal hverdag med økt beredskap.

Departementet ber om at Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, gjennomgår gjeldende strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien og vurderer hvilke endringer som bør gjøres knyttet til overgangen til normal hverdag med økt beredskap. Vi ber om at etatene gir sine konkrete innspill til behov for endringer i den gjeldende strategidokument og beredskapsplan. Endringer må gå fram av spor-endring.

Ber om at kontaktperson for oppdraget inngår i svar på oppdraget.

**Frist:** mandag 20. september kl. 12.00.

**Kontaktperson** i HOD: Gro Fredheim og Tone Brox Eilertsen

## Andre relevante oppdrag

513  
526  
527  
528  
530

## Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

FHIs faglige underlag og situasjonsvurdering er vedlagt.

## Helsedirektoratets vurdering

### Innledning

Norge går nå inn i sin andre høst- og vintersesong med covid-19. En stor andel av den norske befolkningen har tatt imot tilbudet om vaksine. Vi nærmer oss normal hverdag med økt beredskap som er siste fase av regjeringens plan for gjenåpning av samfunnet. Selv om vi går inn i tiden fremover med få nasjonale smitteverntiltak, er det fremdeles usikkerhet i situasjonen- en fjerdedel av befolkningen er ikke beskyttet: ca. 500 000 voksne, ca. 100 000 barn 12-17 år og ca. 700 000 barn under 12 år er ikke vaksinert. Bare 5-10% av disse antas å ha gjennomgått sykdom. I tillegg kommer ca. 200 000 immunsupprimerte der vaksinen har dårlig effekt.

Selv om risikoen vurderes som lav til middels, kan utvikling av nye virusvarianter bli en utfordring. Sesongvariasjon med risiko for samtidig høyere spredning både av covid-19 og av andre infeksjonssykdommer gir grunn til å utvise særlig årvåkenhet de nærmeste månedene.

I beste fall vil den høye og økende vaksinasjonsdekningen gi så god grunnbeskyttelse at de alminnelige beredskapssystemene er tilstrekkelige til å håndtere situasjoner som oppstår, og til at vi unngår overbelastning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Det må likevel være beredskap for å iverksette tiltak dersom dette er nødvendig for å opprettholde kapasitet både i kommunene og i helseforetakene.

### Innretning av besvarelsen

Helsedirektoratet vurderer at grunnelementene i strategien og beredskapsplanen står seg godt. Det er likevel behov for endringer knyttet til identifiserte utfordringer og erfaringer, og tilpasning av strategien til fasen økt beredskap i en normal hverdag.

Nasjonal beredskapsplan og nasjonal strategi er i stor grad overlappende. Helsedirektoratet mener det bør vurderes om dokumentene kan slås sammen. Dette kan øke oversiktighet og leservennlighet.

Helsedirektoratet har valgt å besvare oppdraget ved å utarbeide innspill/skisse til revidert strategi og beredskapsplan. Vi har lagt vekt på å forkorte og tydeliggjøre, og hensyntatt kommunenes ønske om avklaringer. Helsedirektoratet forsøkte å besvare oppdraget med spor-endringer, men dette var ikke hensiktsmessig. Vi leverer derfor ren tekst, men det fremgår tydelig at sentrale deler av innholdet er videreført.

Vi er enige med FHI i at overgangen til en normal hverdag kan gi oss utfordringer og erfaringer som bør legges til grunn i en senere revisjon. Det er viktig at strategi og veiledning er i dynamisk prosess relatert til et kunnskaps- og erfaringsgrunnlag som er i stadig utvikling. Åpenhet og dialog om kunnskapsgrunnlaget og de vurderingene som gjøres skal bidra til tillit til de beslutningene som gjøres og forståelse for smitteverntiltakene. I likhet med FHI foreslår vi at strategien revideres igjen i desember.

Endringsforslagene i strategien og beredskapsplanen er foretatt med utgangspunkt i at strategi og plan særlig bør tilpasses og hensynta:

- Utfordringsbildet
- Erfaringer og ny kunnskap siden forrige revisjon
- Behov for tilpasning til en normal hverdag med økt beredskap

De enkelte punktene drøftes nærmere nedenfor. Med bakgrunn i disse gir vi innspill til elementer i en helhetlig strategi. Vi redegjør for bakgrunn og mål, med særlig fokus på beredskap inklusive risikovurdering og tiltaksvurdering som hjelp til kommunenes beslutningsgrunnlag.

Helsedirektoratet foreslår at strategien angir klarere hva som er strategisk mål for kommunene. Kommunene vil få et større ansvar for å håndtere utbrudd når det ikke lenger er nasjonale tiltak. Det er kommunene som er primærmyndighet etter smittevernloven og de har et selvstendig ansvar for å håndtere eventuelle utbrudd. Kommunene vil få god veiledning av Folkehelseinstituttet, blant annet i kommunelegehåndboka. Men det vil framover være viktig at kommunene gis de strategiske verktøy de trenger for å ivareta sitt ansvar etter loven.

## Bakgrunn for endringsforslagene

### Utfordringsbildet

Som beskrevet innledningsvis er det grunn til håp om økt grad av normalitet i den fasen vi skal inn i. Pandemien har likevel vist seg å være uforutsigbar. Planlegging basert på scenarier har vært krevende, og Helsedirektoratet anbefaler at videre strategiarbeid har en noe mer generisk beredskapstilnærming enn den er scenariobasert. Nasjonal strategi og veiledning bør hensynta at det alltid vil være noe usikkerhet i beredskapssituasjoner som fremdeles er i utvikling. Både identifisert risiko og uforutsette hendelser skal kunne håndteres. Vi har derfor valgt å innrette revidert strategi og plan slik at de på en dynamisk måte kan understøtte situasjonshåndteringen til enhver tid.

Helsedirektoratet slutter seg til Folkehelseinstituttets *Situasjonsforståelse og vurdering* av at det er betydelig usikkerhet i situasjonen.

FHI beskriver at det i et konstant scenario der *tiltakene ikke endres* uansett epidemiens utvikling og sesongeffekten er 25 %, vil komme en bølge av tilfeller og innleggelses med covid-19 i oktober, med et maksimum på rundt 200 samtidig inneliggende pasienter med covid-19. Dersom sesongeffekten er 50 %, viser scenarioet en betydelig bølge på sein vinteren med en topp på rundt 1300 samtidig inneliggende pasienter.

Når det gjelder kapasitetsbelastning, må vurderingen av covid-19 sees i sammenheng med FHIs omtale av influensasesongen og utviklingen av RS-viruset utover høsten. Det er den samlede risikoen som er avgjørende. Vi viser til FHIs situasjonsbeskrivelse (vedlagt).

Ovennevnte kombinasjon av faktorer kommer samtidig med den alminnelige forkjølelsessesongen som kan utfordre kapasitet. Det vises for øvrig til tabell 3 i FHIs besvarelse på oppdrag 526).

Eventuelle nye virusvarianter er også en risikofaktor.

Helsedirektoratet slutter seg til FHIs vurdering av at tidlig oppdagelse er viktig, slik at situasjonen kan håndteres ved behov.

## Erfaringer

Når det skal lages en ny strategi er det viktig å se utfordringsbildet i sammenheng med erfaringer fra pandemihåndteringen. Potensialet i situasjonen tilsier at kommunenes overvåking, risikovurdering og eventuelle iverksettelse av tiltak kan bli avgjørende for utviklingen, og det er nødvendig å gi kommunene handlingsrom og tydelige signaler på forventninger.

Ved inngang til høsten opplevde en del kommuner lokale utbrudd som blant annet satte TISK-kapasiteten under betydelig press. Også i spesialisthelsetjenesten førte utbruddet til at man reduserte normal aktivitet for å kunne møte økningen i antallet innlagte covid-19 pasienter, spesielt i intensivavdelinger. Kommuner meldte at situasjonen var krevende, og etterlyste klare råd fra nasjonale myndigheter om hvordan vilkårene i smittevernloven skal vurderes når befolkningen i større grad er vaksinert, samt at smitten i hovedsak var i en del av populasjonen som i mindre grad blir alvorlig syke av covid-19.

Etter smittevernloven skal tiltak være medisinsk-faglig begrunnet, nødvendig av hensyn til smittevernet og tjenlig etter en helhetsvurdering. Nåværende strategi har et mål om *kontroll*, men vurderingene av hva som er nødvendig av hensyn til å ha pandemien under kontroll, stiller seg annerledes med en stor andel av befolkningen vaksinert og utbrudd blant barn og unge som blir mindre syke. Tidligere har smittetallene i stor grad kunne legges til grunn for vurderingen av om det er nødvendig å iverksette tiltak av hensyn til smittevernet (vurdert opp mot målet om kontroll). Den manglende klarheten om hva som er "nødvendig av hensyn til smittevernet" og forholdsmessig var medvirkende til at kommunene opplevde situasjonen ved inngangen til høsten 2021 som krevende.

Helsedirektoratet mener at når regjeringen vedtar en ny strategi, må det være klart hva som er målet for smittevernhåndteringen, også på kommunalt nivå. Når de nasjonale smitteverntiltakene oppheves, er det lagt til grunn at utbrudd skal håndteres av kommunene. Denne strategien bør derfor tydeliggjøre når kommunene må gå fra å være i beredskap til å måtte håndtere utbrudd, altså gå fra beredskap til kontroll. Strategien må videre gi kommunene veiledning på målet for vurderingen. Uten et klart mål bilde også for kommunene, vil det være krevende for dem å vurdere hva som er nødvendig av hensyn til smittevernet lokalt, slik at den enkelte kommune kan vurdere nødvendighet og forholdsmessighet.

Generelt ønsker vi å bemerke følgende behov som er gjennomgående for innretningen:

Målet bør være 1) ha nødvendig oversikt lokalt og 2) ha nødvendig beredskap lokalt (operativt og organisatorisk) til raskt å kunne iverksette tiltak slik at kommunen kan gjenopprette kontroll. Overbelastning av den samlede kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er et nasjonalt mål som det er krevende for kommunene å forholde seg til og operasjonalisere. Et slikt nasjonalt mål vil heller ikke hindre at det oppstår kapasitetsutfordringer av betydning for tjenesteutøvelsen i kommunene. Vi anbefaler derfor at det i ny strategi skrives et eget kapittel om kommunene.

Kommunene vil også få veiledning jf. kommunelegehåndboken, og fra FHI ved behov.

Helsedirektoratet vil arbeide videre med ovennevnte problemstillinger i strategiarbeidet.

Helsedirektoratet slutter seg således til FHIs vurdering av at målformuleringen bør fornyes.

## Behovet for tilpasninger til en normal hverdag med økt beredskap

Overgang til normal hverdag med økt beredskap innebærer at Norge i større grad faller tilbake til alminnelige beredskapssystemer, med opprettholdelse av enkelte nasjonale tiltak. Det er viktig at covid-19 er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom slik at kommunene kan iverksette nødvendige tiltak ved behov, jf. blant annet smittevernloven § 4-1 første ledd.

De alminnelige systemene i lovverket legger også opp til at nasjonale myndigheter kan iverksette tiltak ved behov, og beslutningsmekanismene rundt dette kan iverksettes raskt. Behovet for nasjonale tiltak kan reduseres ved tilstrekkelig rask iverksettelse lokalt når det er nødvendig. Det er dette som vil medføre færrest forstyrrelser i samfunnet som helhet.

Et slikt strategisk skifte krever god informasjonsutveksling og samhandling mellom aktørene, for at kommunene skal kunne skaffe seg det nødvendige beslutningsgrunnlaget for å gjøre gode lokale risiko- og ev. tiltaksvurderinger. Helsedirektoratet og FHI kan bistå ved behov.

Muligheten for nasjonale tiltak vil avhenge av om utbruddet er definert som alvorlig eller ikke, jf. smittevernloven § 4-1 annet ledd.

## Utkast til revidert strategi

Nedenfor følger Helsedirektoratets innledende innspill til tekst i revidert nasjonal strategi:

### 1. Bakgrunn og mål

Norge går inn i sin andre høst- og vintersesong med covid-19. Det er fremdeles usikkerhet i situasjonen, en fjerdedel av befolkningen er ikke beskyttet og har betydelig risiko for å bli smittet i løpet av vinteren. Selv om risikoen for nye virusvarianter vurderes som lav til middels, kan utvikling av nye varianter bli en utfordring både den nærmeste tiden og eventuelt senere. Sesongvariasjon med risiko for samtidig høyere spredning både av covid-19 og av andre infeksjonssykdommer gir grunn til å utvise særlig årvåkenhet de nærmeste månedene.

Sannsynligvis vil den høye og økende vaksinasjonsdekningen gi så god grunnbeskyttelse at de alminnelige beredskapssystemene er tilstrekkelige til å håndtere situasjoner som oppstår, og til at vi unngår overbelastning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kan likevel bli nødvendig å iverksette tiltak for å opprettholde kapasitet til å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det både i kommunene og i helseforetakene.

I en «normal hverdag med økt beredskap» går vi fra en kontrollstrategi til en beredskapsstrategi. I løpet av fasen "normal hverdag med økt beredskap" vil smittevernet mot covid-19 gradvis innlemmes i ordinært smittevern.

I likhet med WHO legger vi til grunn at håndteringen av pandemien skal ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. I en normal hverdag med økt beredskap er målet derfor at samfunnet skal kunne drifte så normalt som mulig i en fortsatt pandemisk situasjon.

Ved vurdering av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv.

Målet med den økte beredskapen i en normal hverdag er at helse- og omsorgstjenesten både i kommunene og spesialisthelsetjenesten skal unngå overbelastning som følge av uønskede hendelser grunnet covid-19, eventuelt samtidig med andre utfordringer. Sykdomsbyrden bør hele tiden være innenfor det som er håndterbart, slik at enkeltmennesker og pasienter får faglig gode tjenester på alle nivå.

I en normal hverdag med økt beredskap vil kommunene ha hovedansvaret for å iverksette tiltak dersom spredning av covid-19, eventuelt samtidig med andre utfordringer, kan utfordre kapasiteten i primær- eller spesialisthelsetjenesten. I utfordrende situasjoner må kommunene iverksette tilstrekkelige tiltak til å begrense smittespredningen for å opprettholde kapasitet til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester lokalt eller i spesialisthelsetjenesten.

Samtidig må vi ha beredskap og planer for å kunne håndtere eventuelle nye virusvarianter med økt sprednings- og sykdomsevne eller virusvarianter som omgår vaksineeffekten.

Det kan fortsatt oppstå situasjoner hvor man må handle raskt under usikkerhet, særlig dersom det utvikler seg nye virusvarianter med større spredningsevne og/eller som dagens vaksiner ikke virker mot.

## Beredskap

Effektiv håndtering av pandemien er avhengig av avklarte ansvarsforhold, tydelig beslutningsnivå, og at det er tilstrekkelig samordning. Det vises til kapittel om indikatorer.

Overvåkning og systemer for risikovurdering må understøtte lokale og sentrale myndigheters ansvar og oppgaver.

Regjeringen har fastslått at man må opprettholde beredskap på dagens nivå i første omgang frem til årsskiftet.

Følgende grunnleggende råd vil fortsatt gjelde:

- God hoste- og håndhygiene
- Vær hjemme ved sykdom
- Test ved symptomer
- Isolasjon ved påvist covid-19

Beredskap og ev. tiltak for å forebygge importsmitte er en del av den økte beredskapen i normal hverdag og vil trolig bestå i flere år framover, eksempelvis koronasertifikat.

Høsten og vinteren 2021/2022 må alle som har ansvar og oppgaver i forbindelse med covid-19 planlegge for økt sykefravær og samtidig økt behov for ordinære tjenester.

Det må planlegges for håndtering av utbrudd i helse- og omsorgsinstitusjoner.

Det må sørges for ivaretagelse av sårbare grupper og uvaksinerte deler av befolkningen.

Sykdomsbyrden bør hele tiden være innenfor det som er håndterbart både i primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at enkeltmennesker og pasienter får faglig gode tjenester på alle nivå.

I det følgende gis veiledning til kommuner og helseforetak når de skal foreta risikovurderinger, herunder gis det eksempler på indikatorer som kan inngå i risikovurderingen lokalt eller i helseforetakene. Det er neppe hensiktsmessig med terskelverdier for indikatorene. Det er en samlet vurdering som må ligge til grunn for å vurdere risikoen som lav, middels eller høy, og om det etter en helhetlig vurdering er nødvendig og forholdsmessig å iverksette tiltak for å oppfylle strategiens mål bilde.

Samfunnsøkonomiske konsekvenser og andre hensyn skal ivaretas.

Det er behov for løpende vurderinger fra sentrale myndigheter, inkludert om variantovervåkning, vaksinasjonseffekt og oppdaterte vurderinger om senvirkninger av Covid-19, inkludert MIS-C. Slike vurderinger må kontinuerlig kommuniseres til aktører med roller og ansvar for pandemihåndteringen.

## Kommunenes beredskap

I en normal hverdag med økt beredskap vil kommunene ha hovedansvaret for å iverksette tiltak dersom spredning av covid-19, eventuelt samtidig med andre utfordringer, kan utfordre kapasiteten i primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Det er vaksinedekningen, TISK-kapasitet og kommunenes evne til å oppdage og begrense utbrudd som er avgjørende for den videre utviklingen av pandemien i Norge.

Landets kommuner vil måtte opprettholde til enhver tid gjeldende TISK-beredskap. Kapasiteten må vurderes opp mot det konkrete behovet til enhver tid, og raskt kunne økes. Kommunene bør kunne dele ut hurtigtester til 10% av befolkningen per uke, ha kapasitet til å teste 1% per uke, og kunne øke testkapasiteten til 5% i løpet av fem dager

Kommunene må opprettholde vaksinasjonskapasitet på 200.000 doser i uken ut året, og i løpet av en måned kunne øke kapasiteten vesentlig ved behov.

I situasjoner som eksempelvis utfordrer kapasiteten i primærhelsetjenesten må kommunene foreta en helhetlig vurdering av behov for å iverksette nødvendige tiltak av hensyn til smittevernet. Vurderingen må sees opp mot målbildet for kommunene, som er at sykdomsbyrden holdes innenfor det som er håndterbart i primærhelsetjenesten, slik at enkeltmennesker og pasienter får faglig gode tjenester på alle nivå. I tillegg er det gjensidig avhengighet mellom antall smittede i kommunene, og belastningen på spesialisthelsetjenesten. Gjennom pandemien har vi erfart at antall innlagte covid-19 pasienter i spesialisthelsetjenesten øker ca. 14 dager etter at smittetallene stiger, og antall innlagte i intensivavdelingene øker ca. en uke senere.

Overvåkingen vil være en sentral del av beredskapen og den danner grunnlag for å kunne fange opp signaler, ha god oversikt over situasjonen fremover og kunne vurdere eventuelle behov for å innføre tiltak ved en eventuell negativ utvikling.

### Indikatorer for kommunene

Indikatorer som gir mulighet til å fange opp utviklingen:

- Utbrudd i sykehjem eller andre sårbare grupper, barnehager og skoler.
- Kommunens evne til å opprettholde pålagte oppgaver, inkludert evne til å opprettholde og gjennomføre
  - vaksinasjon
  - gjeldende TISK-regime
  - belegg KAD-plasser og lign, ev. korttidsplasser
  - kapasitet til å dekke behovet i hjemmetjenesten
  - helsetjenester til barn og unge
  - fastlegetjenesten og legevakt
  - andre prioriterte kommunale oppgaver
- Sykefravær, spesielt i skole og helsetjeneste (Kommunale data)
- Utbrudd i spesifikke undergrupper av befolkningen – obs uvaksinerte enklaver og sårbare grupper (Kommunale data, smittesporing).
- Konsultasjoner i allmennlegetjenesten – luftveisdiagnoser (Sykdomspulsen)
- Symptomtrykk (Sykdomspulsen)
- Vaksinasjonsdekning i kommunen - demografisk fordeling (Sykdomspulsen)
- Antall registrerte tilfeller av covid-19 og andre luftveisinfeksjoner. Trend i smitte: Øker det raskt og eksponentielt over tid? (Sykdomspulsen)
- Andel positive av testede - likevel mindre prediktivt når man i større grad går over til selvtester (Sykdomspulsen)
- Antall innleggelser i korttidsplasser/sykehjem/helsehus grunnet covid-19 og andre luftveisinfeksjoner (Kommunale data. Ikke oppdaterte data fra Kommunalt pasient- og brukerregister ennå. Piloteres).
- Dødsfall i kommunen relatert til covid-19 og andre luftveisinfeksjoner – aldersfordeling (FHI, Dødsårsaksregisteret)

For mer detaljer om kilder til disse indikatorene vises til FHIs besvarelse på oppdrag 526.



Nødvendige tiltak kan for eksempel være lokale kontakt- og mobilitetsreducerende tiltak, bruk av trafikklysmoellen, skjerming av sårbare grupper, råd og veiledning. Smittevernloven § 4-1, jf. § 1-5 gir rettslig grunnlag for eventuelle lokale tiltak. Dersom et utbrudd er i flere kommuner bør kommunene samarbeide om håndteringen slik at den er samordnet. Grensekommuner må planlegge for eventuell gjeninnføring av tiltak ved grensene.

## Regionale helseforetak

Regionale helseforetak må ha planer for at mange pasienter kan bli innlagt med covid-19 samtidig som sykehusene har mange innlagte pasienter med andre luftveisinfeksjoner, dvs. planer for isolasjon, smittevern og ev. omdisponering av senger. Videre må helseforetakene ha planer for å kunne håndtere alvorlig syke pasienter med covid-19 og andre luftveisinfeksjoner samtidig, dvs. planer for å øke intensivkapasiteten. Det bør foreligge planer om ev. nedskalering av elektiv aktivitet dersom det blir nødvendig.

Det er nødvendig å vedlikeholde kompetanse for håndtering av pandemien, og ha beredskap for raskt å omdisponere personellressurser, arealer og utstyr. Avtaler om samarbeid med andre helseforetak bør også vurderes fortløpende og oppdateres ved behov.

FHI har anslått at sykehusene bør ha beredskap for anslagsvis 20 % økt sykefravær.

Det skal planlegges for tilstrekkelig analysekapasitet i laboratoriene til å diagnostisere og overvåke luftveispotogener gjennom en vinter med antatt høyere belastning enn normalt.

### Indikatorer for regionale helseforetak

- Belegg og konsekvenser i spesialisthelsetjenesten.
  - Antall covid-19 pasienter (totalt og per uke) på sykehus, intensiv og respirator. Dette må ses i sammenheng med belegg fra øvrige luftveisinfeksjoner og totalbelegg. Aldersfordeling og vaksinestatus.
  - Andre indikatorer: behov for omdisponering av personell/lokaler/ressurser, kapasitetsbrist for (laboratorie)tjenester, nedprioritering av elektiv drift eller andre tjenester, redusert tilgang på utstyr/personell, behov for avlastning fra andre HF.

De regionale helseforetakene må foreta sine vurderinger opp mot målbildet for spesialisthelsetjenesten, som er at sykdomsbyrden holdes innenfor det som er håndterbar, slik at enkeltmennesker og pasienter får faglig gode tjenester. Dersom helseforetakene vurderer at de nærmer seg overskridelse av kapasitet, må de umiddelbart melde fra om dette til Helsedirektoratet.

## Staten

Dagens beredskap opprettholdes hos Statsforvaltere, Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk i første omgang ut året.

### Samhandling rundt overvåkning av smittesituasjonen

Kommunene har et selvstendig ansvar for å gjøre risikovurderinger og iverksette tiltak dersom situasjonen skulle kreve det. For at kommunene skal kunne være i stand til å gjøre gode vurderinger, kreves godt samspill mellom lokale, regionale og statlige aktører.

Statsforvalteren er bindeledd mellom kommunene og sentrale styresmakter, og er sentral for god samhandling mellom ulike fagområder og mellom sentrale helsestyresmakter og kommunene. Statsforvalterne kartlegger smitteutviklingen i fylket, har oversikt over og kunnskap om lokale smittevernplaner, og yter bistand ved behov. Statsforvalterne avholder faste møter med sentrale helse- og beredskapsstyremakter og med kommuner for å informere, koordinere og utarbeide felles kjøreregler for håndteringen av pandemien regionalt. De melder også

innspill og spørsmål fra kommunene tilbake til sentrale styresmakter, og holder tett kontakt med de regionale helseforetakene og andre relevante aktører.

Gjennom god informasjonsutveksling og samhandling mellom aktørene, kan kommunene skaffe seg det nødvendige beslutningsgrunnlaget for å gjøre gode lokale risiko- og ev. tiltaksvurderinger. FHI og Helsedirektoratet kan bistå ved behov. Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen (FHI) oppdateres ved behov.

### Reisetiltak og koronasertifikat

Volumet av innreisende øker når det gis lettelse i innreiserestriksjonene og kontrolltiltak. Reisende fra flere land unntas karanteneplikt og innreiserestriksjoner. I tillegg har fullvaksinerte og de som har gjennomgått covid-19-infeksjon med verifiserbar dokumentasjon (EUs koronasertifikat), fri innreise til landet. Dette er faktorer som vil påvirke reiseaktiviteten og øke risikoen for importsmitte, både av kjente og til nå ukjente virusvarianter.

EU legger i utgangspunktet til grunn en varighet for ordningen med koronasertifikater skal fortsette i ett år. EU beskriver også at sertifikatet kan komme til å måtte tas i bruk igjen dersom situasjonen på nytt utvikler seg til en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, eller hvis nye situasjoner erklæres som dette.

### Internasjonalt samarbeid

En pandemi er en grensekryssende helsetrussel ingen land kan håndtere alene. Utviklingen i Norge avhenger av utviklingen i resten av verden og mange løsninger kan bare finnes ved samarbeid over landegrensene.

Nedenfor er det hentet sentrale elementer fra regjeringens beredskapsplan, som eventuelt kan legges til i den nasjonale strategien:

### Ansvarsforhold, overvåking av smittesituasjonen og beredskap

Ansvarsforholdene følger av den ordinære helselovgivningen, og det vises spesielt til helseberedskapsloven, smittevernloven og folkehelseloven. Det vises også til brev av 11.12.2020 fra HOD med presisering av roller og ansvar.

Sentrale og lokale helsemyndigheter har ansvar for å gjøre egne risikovurderinger og ved eventuell innføring av tiltak gjøre forholdsmessighetsvurderinger etter smittevernloven § 1-5. FHI skal gi faglige råd til blant annet sentrale helsemyndigheter og lokale helsemyndigheter (kommunene), jfr. smittevernloven § 7-9.

Gode overvåkingssystemer som raskt fanger opp utbrudd og nye virusvarianter er svært viktig for den videre håndteringen. I tråd med smittevernlovens system er ansvaret fordelt på ulike nivåer. Kommunenes ansvar forutsetter oversikt over den lokale smittesituasjonen, statsforvalteren skal ha oversikt over kommunenes smittevernplaner og smittevernkapasitet, Folkehelseinstituttet skal overvåke den nasjonale og internasjonale smittesituasjonen og vaksinasjonsdekningen, og Helsedirektoratet skal overvåke kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet har også ansvar for koordinering og å følge med på aktivitet, kapasitet og tilgang på utstyr/legemidler i helsetjenesten, og å vurdere disse faktorene opp mot smittesituasjonen.

Statlige helsemyndigheter, FHI, RHF-ene og kommunene må ha beredskap for at en ny stigning i antall smittede og økt sykdomsbyrde kan oppstå på bakgrunn av de situasjonene som er beskrevet over.

Etter hvert, anslagsvis utover vinteren og våren 2022 vil beredskapen kunne gå mot mer og mer hvilende i stedet for stående beredskap. Tiltak vil raskt kunne remobiliseres dersom det blir nødvendig.

## **Kommunene**

Etter smittevernloven § 7-1 er det kommunen som har ansvar for det helhetlige smittevernarbeidet på lokalt nivå, herunder ansvar for å sikre nødvendige forebyggende tiltak og iverksette nødvendige tiltak. Kommunen skal ha løpende oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommene som forekommer i kommunen.

Smittevernloven § 7-1 gjelder ikke på Svalbard. Det er gitt egne bestemmelser om helselovgivningens, herunder smittevernlovens, anvendelse på Svalbard. Ansvar og oppgaver i smittevernberedskapen må tilpasses de lokale forholdene.

Kommunene har plikt til å utarbeide beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenestene de plikter å tilby eller er ansvarlige for, jf. lov om helsemessig og sosial beredskap § 2-2.

Kommunene skal også utarbeide beredskapsplan for arbeidet med å beskytte befolkningens helse, jf. folkehelseloven kapittel 3. Tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført, skal være et eget område i planen for kommunens helse- og omsorgstjeneste. Disse planene må ta høyde for hvordan kommunen selv kan håndtere lokale utbrudd på en forsvarlig måte, eventuelt i samarbeid med andre kommuner og helseforetak.

Det er kommunen sitt ansvar å håndtere lokale utbrudd, foreta smitteoppsporing og sette i gang tiltak for å begrense utbrudd.

## **Statsforvalterne**

Det følger av smittevernloven § 7-4 at statsforvalteren skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot smittevernet i fylket, herunder ha oversikt over og kunnskap om lokale planer om smitte vern, samt yte bistand ved behov. Statsforvalteren har videre et ansvar for å legge til rette for at ansvarlige regionale aktører har tilstrekkelig oversikt og informasjon, og at aktørene samarbeider for å understøtte håndteringen lokalt.

For Svalbard vises det til Instruks for statsforvalterens og Sysselmannen på Svalbards arbeid med samfunnssikkerhet, beredskap og krisehåndtering.

Statsforvalteren kan etter helsetilsynsloven føre tilsyn med kommunens smittevernarbeid, herunder om de kommunale smittevernplanene sannsynliggjør en forsvarlig håndtering av lokale utbrudd.

Statsforvalteren er også klageinstans for kommunale vedtak etter smittevernloven. Statsforvalteren skal holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i fylket. Statens helsetilsyn har overordnet tilsyn med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven.

## **De regionale helseforetakene og sykehusene**

De regionale helseforetakene og sykehus har etter helseberedskapsloven § 2-2 plikt til å utarbeide beredskapsplan for helsetjenestene de skal sørge for tilbud om, eller er ansvarlige for. De regionale helseforetakene skal etter smittevernloven § 7-3 sørge for at befolkningen i helseregionen er sikret nødvendige spesialisthelsetjenester for smittsomme sykdommer. De regionale helseforetakene er også pålagt å ha smittevernplaner for tiltak og tjenester, og gi tilbud om nødvendig smittevernassistans til kommunale institusjoner.

De regionale helseforetakene skal videre ha et kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Senteret skal samordne smittevernarbeidet og gi smittevernrådgivning og hjelp til oppklaring av utbrudd i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

Regionale helseforetak og kommuner er pålagt gjensidig samarbeid og veiledning etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven.

RHF-ene og sykehusene må ha planer for at mange pasienter kan bli innlagt med covid-19 på et tidspunkt som sykehusene har mange innlagte med influensa, lungebetennelser og RS-virusinfeksjoner. Dette innebærer blant annet at aktørene må vedlikeholde nødvendig kompetanse for håndtering av pandemien, og ha beredskap for å omdisponere senger, skalere opp personellressursene og ev tilpasse elektiv aktivitet raskt nok til å få kontroll over nye utbrudd. Det skal planlegges for hvordan kapasiteten for sykehusbehandling kan tilpasses, laboratorienes analysekapasitet kan økes, intensivkapasiteten kan økes, ev tilpasses osv.

### **Folkehelseinstituttet**

Folkehelseinstituttet er statens smitteverninstitutt. Etter smittevernloven §7-9 skal de overvåke den epidemiologiske situasjonen og gi faglig bistand, råd, veiledning og informasjon om smittsomme sykdommer, smittevern og valg av smitteverntiltak til sentrale og lokale helsemyndigheter, helsetjenesten og befolkningen.

Folkehelseinstituttet skal veilede kommunen og varsle videre til Helsedirektoratet, slik at smitteverntiltak kan samordnes, eventuelt med pålegg fra Helsedirektoratet.

Folkehelseinstituttet leder det nasjonale koronavaksinasjonsprogrammet og sørger for distribusjon av vaksiner, overvåking av vaksinasjonsdekningen og råd, retningslinjer og kommunikasjon om gjennomføringen av programmet.

### **Helsedirektoratet**

Helsedirektoratet er myndighetsorgan og skal basert på sin myndighetsrolle etter smittevernloven § 7-10 blant annet gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter smittevernloven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer.

Under kriser og pandemier delegerer Helse- og omsorgsdepartementet i utgangspunktet til Helsedirektoratet å lede den nasjonale håndteringen av krisen. Regjeringen kan fremdeles fatte vedtak. Som følge av smittesituasjonen og behov for å samordne tiltak, har regjeringen i håndteringen av pandemien i tiden etter 12. mars 2020 besluttet tiltakene. Helsedirektoratet er gitt et nasjonalt koordineringsansvar for helse- og omsorgssektorens innsats ved hendelser og kriser. De øvrige etatene og virksomhetene forventes å ivareta egne roller og ansvar, og samtidig samarbeide om å løse oppgavene og understøtte Helsedirektoratets koordinering av sektorens samlede innsats. Helsedirektoratet koordinerer arbeidet ovenfor de regionale helseforetakene. Statsforvalterne koordinerer på vegne av Helsedirektoratet arbeidet overfor kommunene. Eventuelle kapasitetsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten skal varsles til Helsedirektoratet. Slik varsling bidrar til oversikt og tilrettelegger for samarbeid mellom de ulike nivåene.

## Helsedirektoratets konklusjon

Helsedirektoratet har gått igjennom langsiktig strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19. Vi gir her innledende innspill til ny strategi.

## Vedlegg

FHIs besvarelse

FHIs situasjonsvurdering

COVID-19

# Oppdrag fra HOD nr. 529 – revisjon av regjeringens langsiktige strategi for håndteringen av covid-19-pandemien og beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien

20. september 2021



## Oppdragstekst

*Den langsiktige strategien redegjør for mål og tiltak for håndtering av covid-19-pandemien i Norge, og inkluderer omtale av aktuelle smitteverntiltak og på hvilket grunnlag tiltak vurderes, slik som risikovurdering og prinsipper for håndteringen av pandemien. Regjeringens plan for gradvis gjenåpning har tatt utgangspunkt i strategiens mål og prioritering. Beredskapsplanen er en egen sykdomsspesifikk plan under Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer, og skal bidra til effektiv håndtering av covid-19-pandemien. Planen beskriver ansvarsforhold, beslutningsnivå, samordning og system for risikovurdering av situasjonen, herunder risikonivåer og tilhørende eksempler på pakker av smitteverntiltak.*

*Det er behov for en oppdatering av strategi og planverk ifm. overgang til normal hverdag med økt beredskap.*

*Departementet ber om at Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, gjennomgår gjeldende strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien og vurderer hvilke endringer som bør gjøres knyttet til overgangen til normal hverdag med økt beredskap. Vi ber om at etatene gir sine konkrete innspill til behov for endringer i den gjeldende strategidokument og beredskapsplan. Endringer må gå fram av spor-ending.*

*Ber om at kontaktperson for oppdraget inngår i svar på oppdraget.*

*Frist: mandag 20. september kl 12.00.*

*Kontaktperson i HOD: Gro Fredheim og Tone Brox Eilertsen*

## Innhold

Oppdragstekst .....	1
Innhold .....	2
Innledning.....	3
Oppdraget .....	3
Hovedlinjer .....	3
Innspill til «Langsiktig strategi for håndteringen av covid-19-pandemien».....	5
Til kapittel 1. Bakgrunn og mål.....	5
Til kapittel 2. Sammenhengen mellom strategien og andre relevante grunnlagsdokumenter .....	9
Til kapittel 3. Forventet utvikling.....	11
Til kapittel 4. Vurderinger av risiko og risikonivå i tråd med beredskapsplanen .....	16
Til kapittel 5. Tiltak, overvåking og beredskap .....	16
Til kapittel 6. Internasjonalt samarbeid .....	25
Til kapittel 7. Prinsipper for håndtering av covid-19-pandemien .....	26
Til kapittel 8. Forutsetninger for justering av tiltak.....	29
Innspill til «Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemien» .....	31

## Innledning

### Oppdraget

Departementet ønsker en fornying av gjeldende strategi og beredskapsplan ved overgang til normal hverdag med økt beredskap.

*OPPDRAGSTEKST: Departementet ber om at Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, gjennomgår gjeldende strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien og vurderer hvilke endringer som bør gjøres knyttet til overgangen til normal hverdag med økt beredskap. Vi ber om at etatene gir sine konkrete innspill til behov for endringer i den gjeldende strategidokument og beredskapsplan. Endringer må gå fram av spor-ending.*

Vi viser til møte med departementet med nærmere presisering av forventningene til utforming av oppdragsbesvarelsen. Vi har skrevet noen overordnede innspill, og så kommentert avsnitt for avsnitt. I møtet ble det også klart at tida var for kort til å få til et effektivt samarbeid mellom de to etatene. Vi har derfor jobbet hver for oss. Vi bidrar gjerne senere med innspill direkte i tekst på et revidert utkast til strategi.

Vi vedlegger et notat med vår situasjonsforståelse og vurdering av utviklingen framover. Utkast til det notatet er delt med Helsedirektoratet underveis.

Vi viser også til andre, nyere oppdragsbesvarelser som drøfter og spesifiserer strategiske spørsmål:

- Oppdrag 513 D der vi drøfter risikonivå.
- Oppdrag 513 C og 526 der vi beskriver overvåking og beredskap i normal hverdag med økt beredskap.
- Oppdrag 530 der vi drøfter reisetiltak.

Kontaktpersoner for oppdraget er Preben Aavitsland og Karin Nygård.

### Hovedlinjer

Vi foreslår at strategidokumentet videreføres med en del endringer, i hovedsak knyttet til innretning av strategien og dens mål. Vi foreslår at strategien revideres igjen i desember, og at man da tar sikte på å lage en strategi med lang virkeperiode.

Vi foreslår at hovedmomenter fra beredskapsplanen innarbeides i strategien, og at Kommunelegehåndboka benyttes for mer spesifikke råd til kommunelegene. Dermed blir beredskapsplanen overflødig. Dette avviker fra vårt forslag i besvarelsen av oppdrag 513 C. Avviket skyldes at vi nå har vurdert planen mer i detalj og ser at den vil kreve betydelig omarbeiding. Da er det bedre at arbeidet heller legges i revidering av Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.

Vi legger til grunn at strategidokumentet skal beskrive fasen vi går inn i nå med en normal hverdag med økt beredskap. I den fasen vil det være viktig med tydelige mål.

Samtidig vil det være viktig å se nærmere på den mer langsiktige strategien for håndtering av covid-19, basert på erfaringer med sykdommen kommende sesong.

FHI vil etter at regjeringen har besluttet videre strategi, oppdatere Kommunelegehåndboka slik at den er tilpasset normal hverdag med økt beredskap og i tråd med oppdatert strategi.



## Innspill til «Langsiktig strategi for håndteringen av covid-19-pandemien»

Strategidokumentet bør endres i tråd med det strategiske skiftet ved overgangen til normal hverdag med økt beredskap. Målformuleringen bør fornyes.

Nedenfor går vi gjennom kapittel for kapittel med dagens tekst i venstre spalte. I høyre spalte gir vi forslag til ny tekst eller kommentarer til gammel tekst.

### Til kapittel 1. Bakgrunn og mål

Her bør det strategiske skiftet omtales og en ny målformulering presenteres. Vi gir et forslag nedenfor med vekt på pandemiens virkninger på samfunnet som helhet.

Spesifikke kommentarer er gitt i tabellen under.

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Det nye koronaviruset (SARS-CoV-2) har spredt seg mellom mennesker siden slutten av 2019, og kan medføre sykdommen covid-19. Selv om den individuelle alvorligheten av covid-19 er nokså lav for befolkningen som helhet er alvorlighetsgraden sterkt aldersavhengig, og øker betydelig fra 60-70 års alder. En ukontrollert pandemi ville gitt en samlet stor sykdomsbyrde. Dette vil også kunne gi overdødelighet i andre pasientgrupper siden sykehusene ikke vil kunne gi nødvendig og tilstrekkelig behandling til alle som bør ha det. Covid-19 vil være en trussel mot folkehelsen frem til vi har oppnådd tilstrekkelig immunitet i befolkningen, i hovedsak ved vaksinasjon. Etter hvert som en stadig større andel av befolkningen er blitt immun, er behovet for andre smitteverntiltak for å holde epidemien under kontroll i Norge, mindre. Samtidig er det fortsatt usikkerhet knyttet til nye virusvarianter, vaksineeffekt og vaksineleveranser. Vi må derfor være forberedt på å ha økt overvåkning og beredskap i sommer og utover høsten.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Etter at covid-19-pandemien, forårsaket av det nye koronaviruset SARS-CoV-2, i februar 2020 nådde Norge og truet med å overbelaste sykehusene, innførte regjeringen strenge tiltak for å slå ned epidemien. Fra mai 2020 har målet vært å holde epidemien under kontroll gjennom en kombinasjon av nasjonale og lokale tiltak som er blitt justert etter epidemiens utvikling. Bakgrunnen var kunnskapen om at en ukontrollert epidemi ville smittet store deler av befolkningen og samlet gitt en stor sykdomsbyrde selv om risikoen for alvorlig forløp for de fleste smittede var liten. Det var de eldre og kronisk syke som særlig var utsatt for alvorlig forløp.</p> <p>Fra februar 2020 til 17. september 2021 har anslagsvis 5 % av befolkningen vært smittet, og av disse har 180 427 fått diagnostisert infeksjonen. 5076 har hatt behov for sykehusbehandling, og 841 har dødd av covid-19. En større epidemi ville ha gitt tilsvarende større direkte sykdomsbyrde i tillegg til sykdomsbyrde blant andre pasienter som kunne ha fått senere behandling eller behandling med dårligere kvalitet.</p> <p>Nå som de aller fleste eldre og nesten 90 % av voksne er vaksinert og dermed godt beskyttet mot alvorlig forløp av covid-19, er trusselen mot folkehelsen betydelig redusert. Vaksinasjon bidrar også til å bremse epidemiens spredning. Dermed har vi kunnet trappe ned og etter hvert oppheve de fleste av smitteverntiltakene.</p> <p>Det er fortsatt mye usikkert om pandemiens og virusets videre utvikling. SARS-CoV-2 kommer til å være med menneskeheten fremover. Etter hvert som befolkningen får utbredt immunitet mot viruset etter vaksinasjon eller infeksjon, blir trusselen mot folkehelsen mindre. Varigheten av beskyttelsen og virusets</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
	<p>naturlige utvikling er usikre faktorer av stor betydning. Virusset vil kanskje gi årlige vinterepidemier slik som influensa. Usikkerheten taler for god overvåking og tilstrekkelig beredskap til å håndtere flere scenarier.</p>
<p>Regjeringens strategi er å håndtere covid-19-pandemien på en slik måte at vi til enhver tid har kontroll på smittespredningen, slik at pandemien er håndterbar og ikke overskrider behandlingsskapiteten i helse- og omsorgstjenesten. Kapasiteten til testing, isolering, smitteoppsporing og karantenering (TISK) har vært en avgjørende faktor for måloppnåelse, og de befolkningsrettede tiltak må innrettes slik at TISK ikke overskrides. Håndteringen avhenger av hvordan sykdomsbyrden og smittesituasjonen utvikler seg. Vi må kunne håndtere endringer i smittenivå både lokalt og nasjonalt, i tillegg til faktisk og potensiell sykdomsbyrde. Kommunene må i en periode fremover ha kapasitet til både vaksinasjon og TISK. Dersom vi skulle få en lokal og nasjonal oppblomstring av smittespredningen, må vi være forberedt på å bringe denne under kontroll. I likhet med WHO legger vi til grunn følgende hovedmål; at håndteringen av pandemien skal ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. For å oppnå dette må strategien være dynamisk, og tiltakene må justeres i tråd med utviklingen av både pandemien og kunnskap. Vaksinasjonsdekningen vil være viktig for vurdering av strategi og andre tiltak.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Målet for regjeringens strategi er å hindre at covid-19-pandemien fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på behandlingsskapiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene samtidig som befolkningen opplever en normal hverdag, andre offentlige tjenester kan ytes på forsvarlig nivå, og økonomien beskyttes.</p> <p>Det er tre viktige forutsetninger for å nå dette målet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemien utvikling og belastning på helsetjenesten må følges nøye gjennom overvåkingssystemene slik at det oppdages tidlig dersom epidemien truer med å gi en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på behandlingsskapiteten.</li> <li>- Kommunene, helsetjenesten og statlige etater må ha beredskap for å sette i verk tiltak som kan bremse epidemien eller mildne dens konsekvenser.</li> <li>- Kommunene og regjeringen må ha evne og kapasitet til å veie trusselen fra epidemien mot byrden ved mulige tiltak og finne en håndtering som bidrar til å nå målene.</li> </ul>
<p>Det ble våren 2021 lagt fram en plan for gradvis og kontrollert gjenåpning basert på en vurdering av situasjonen når det gjelder både smittesituasjon og sykdomsbyrde, kapasitet i helsetjeneste og vaksinasjon. Fasen etter at vi går ut av regjeringens gjenåpningsplan omtales</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Gjennom sommeren og høsten har samfunnet gått gjennom en gradvis og kontrollert gjenåpning etter vurdering av smittesituasjon og sykdomsbyrde, kapasitet i helsetjeneste, vaksinasjon og tiltaksbyrde.</p> <p>Fra [dato] går vi inn i «en normal hverdag med økt beredskap». Nå skal befolkningen i liten grad påvirkes av pandemien i</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>som «en normal hverdag med økt beredskap». Denne fasen innebærer at befolkningen i liten grad påvirkes av pandemien i hverdagen, og at særtiltakene for covid-19 gradvis avvikles. Samtidig vil lokale og nasjonale myndigheter følge nøye med på utviklingen, slik at det raskt kan settes inn tiltak hvis situasjonen endrer seg. Fra det tidspunktet vi går inn i en «normal hverdag med økt beredskap» går vi fra en kontrollstrategi til en beredskapsstrategi. Det betyr at vi som ved andre luftveisinfeksjoner må akseptere noe smitte, men at sykdomsbyrden holdes lav og håndterbar i helsetjenesten.</p>	<p>hverdagen. Særlige tjenester og tiltak for covid-19 avvikles, og smittevernet mot covid-19 innlemmes i det ordinære smittevernet.</p> <p>Det skjer da et strategisk skifte fra en <i>kontrollstrategi</i> til en <i>beredskapsstrategi</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi går fra hovedvekt på <i>proaktive</i> tiltak som skal redusere kontakt mellom mennesker, spesielt mellom kjente smittede og andre.</li> <li>- Vi går til hovedvekt på høy vaksinasjonsdekning i befolkningen samt beredskap for <i>reaktive</i> behandlingstiltak for å begrense skade, samt kortvarige, reaktive smitteverntiltak for å hindre en truende utvikling, alt på grunnlag av utbredt befolkningsimmunitet gjennom vaksinasjon</li> </ul> <p>Det betyr at vi som ved andre luftveisinfeksjoner må akseptere noe smitte i samfunnet.</p> <p>Et slikt strategisk skifte krever at kommunelegene og Folkehelseinstituttet følger nøye med på utviklingen, slik at man kan reagere lokalt eller nasjonalt ved en truende utvikling, se kapittel XX.</p>
<p>Håndteringen fremover vil styres etter faktisk og potensiell sykdomsbyrde. Vi fokuserer nå mindre på antall smittede og mer på sykehusinnleggelse samt eventuelle nye virusvarianter med økt sprednings- og sykdomsevne eller som omgår vaksineeffekten. Det er foreløpig ikke god nok kunnskap om omfang, alvorlighet og prognose ved seinfølger av covid-19. Folkehelseinstituttet har i en kunnskapsoppsummering funnet at en stor andel fortsatt opplever symptomer seks måneder etter gjennomgått covid-19, men i studiene var det overrepresentasjon av innlagte pasienter med alvorlig covid-19. En studie på helsetjenestebruk i Norge etter covid-infeksjon fant kun en kortvarig økning i helsetjenestebruk etter mild sykdom, med noe variasjon i aldersgruppene. Seinfølger er vanskelige å måle, men utviklingen vil følges tett og</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Håndteringen fremover skal ta hensyn til sykdomsbyrde, behandlingsskapitet og tiltaksbyrde. Vi skal følge med på antallet nye innleggelse på sykehus og intensivavdelinger, pasientenes aldersfordeling, og det samlede belegget på sykehus og intensivavdelinger av pasienter med covid-19, samt kommunenes behandlingsskapitet. Belastning fra de årlige influensaepidemiene må telle med.</p> <p>Det er fortsatt usikkert i hvor stor grad gjennomgått covid-19 fører til langtidssymptomer og redusert livskvalitet. Flere nyere studier tyder på at problemet er mindre enn man fryktet tidligere. Selv om alvorlige seinfølger skulle være sjeldent, kan antallet pasienter bli stort dersom mange gjennomgår covid-19.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>ny kunnskap vil hensyntas i videre valg av strategi og håndtering.</p>	
<p>Sykdomsbyrde kan måles i tapte leveår med god helse. Pandemien har medført direkte helsekonsekvenser i befolkningen, både ved sykdom og død assosiert med covid-19, ved omdisponering av ressurser i helse- og omsorgstjenesten, utsettelse av behandling mv. Pandemien medfører også indirekte helsekonsekvenser ved at tiltakene som gjennomføres kan gi økte utfordringer som økt ensomhet, redusert psykisk helse, redusert fysisk aktivitet og dårligere kosthold og dermed medføre endringer i total dødelighet og sykkelighet i befolkningen. Samtidig vil også utdanning og økonomiske forhold som arbeidsledighet ha betydning for befolkningens helse og sosial ulikhet, og dermed også hvordan en påvirkes av pandemien. En del av tiltakene for å redusere helsekonsekvensene av pandemien har også fått store sosiale og samfunnsøkonomiske konsekvenser, og implementering eller justering av tiltak må dermed også vurderes opp mot de negative samfunnskonsekvensene tiltaket kan medføre. Særlig er det grunn til å vurdere konsekvenser for sårbare grupper av generelle tiltak. Regjeringen har som mål at barn og unge skal ha så lav tiltaksbyrde som mulig. Også sykdomsbyrden fra covid-19 hos barn og unge vektlegges, slik at man vurderer byrden for barn og unge helhetlig.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>
<p>Tiltak for å hindre importsmitte har stått sentralt i håndteringen av pandemien. Ved gjenåpning har det vært og er fortsatt behov for å se hele innreisekjeden i sammenheng og å se sammenhengen mellom innenlandske tiltak og tiltak for å redusere smitte fra utlandet.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> I en normal hverdag med økt beredskap, vil alle særskilte innreisetiltak gradvis avvikles. En normal hverdag innebærer at nordmenn kan vende hjem fra utenlandsreiser som normalt, og at utlendinger kan reise til Norge som normalt. I en normal hverdag vil det være noe smittespredning i landet, og reisende vil kunne bringe smitte inn i landet. Disse kan håndteres på samme måte som personer smittet i landet.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
Strategien vil vurderes løpende og regjeringen tar sikte på en ny revisjon etter sommeren.	<b>Ny tekst:</b> Strategien vil vurderes løpende, og det tas sikte på at den revideres senest i desember og da med en plan med et langt tidsperspektiv.

## Til kapittel 2. Sammenhengen mellom strategien og andre relevante grunnlagsdokumenter

Henvisingen til Beredskapsplanen og Gjenåpningsplanen kan utgå. Ellers kan kapitlet i hovedsak videreføres.

Spesifikke kommentarer er gitt i tabellen under.

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
Denne langsiktige strategien redegjør for mål og tiltak for håndtering av covid-19-pandemien i Norge, og inkluderer omtale av aktuelle smitteverntiltak og på hvilket grunnlag tiltak vurderes, slik som risikovurdering (se punkt 4) og prinsipper for håndteringen av pandemien (se punkt 7).	<b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.
Beredskapsplanen for smitteverntiltak under covid-19-pandemien <sup>1</sup> skal bidra til en effektiv håndtering av pandemien og beskriver ansvarsforhold, beslutningsnivå, samordning og system for risikovurdering av situasjonen herunder risikonivåer og tilhørende eksempler på pakker av smittevernstiltak.	<b>Kommentar:</b> Kan utgå.
<p>Forberedelsene til og håndteringen av covid-19 har blant annet vært basert på følgende planer og regelverk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nasjonal helseberedskapsplan</li> <li>- Nasjonal strategi for beredskap mot hendelser med farlige stoffer og smittsomme sykdommer</li> <li>- Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer</li> <li>- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa</li> <li>- Handlingsplan for et bedre smittevern</li> <li>- Smittevernloven med forskrifter, herunder forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer og forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv.</li> <li>- Helseberedskapsloven</li> </ul>	<b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-for-handteringen-av-covid-19-pandemien2/id2866174/>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Folkehelseloven</li> <li>- Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (covid-19-forskriften)</li> <li>- Midlertidig lov og forskrift om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen</li> </ul> <p>I tillegg har Koronakommisjonens rapport og Holden-gruppens samfunnsøkonomiske vurderinger blitt lagt til grunn for revisjon av strategien.</p>	
<p>Regjeringen har besluttet at koronavaksinasjonsprogrammet skal ha samme overordnede mål som regjeringens strategi og plan for håndtering av covid-19-pandemien: ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. Tidlig vaksinasjon av befolkningen mot covid-19 er en hovedprioritet. Regjeringen har vedtatt en dynamisk vaksinasjonsstrategi, hvor både prioriteringer og vaksineintervall har vært løpende justert.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Koronavaksinasjonsprogrammet har samme mål som strategien for øvrig. Alle som anbefales vaksinasjon, skal sikres et godt, tilgjengelig, frivillig og gratis tilbud, om nødvendig også med oppfriskningsdoser.</p> <p>Koronavaksinasjonsprogrammet skal være til nytte for hele befolkningen. Regjeringen ønsker ikke varige tiltak som skiller vaksinerte og uvaksinerte. Bruk av koronasertifikat innenlands stoppes.</p> <p><b>Se ellers andre forslag om vaksinasjon nedenfor.</b></p>
<p>Regjeringens plan for gradvis gjenåpning<sup>2</sup> tar utgangspunkt i strategiens mål og prioritering, består av fire trinn og inneholder en oversikt over hvilke lettelser som kan gjøres i de nasjonale smitteverntiltakene på de ulike trinnene. Planen tydeliggjør hvilke forutsetninger som må være til stede for å kunne åpne opp og sier også i hvilken rekkefølge vi skal åpne opp de ulike delene av samfunnet. Barn og unge prioriteres først, deretter arbeidsplasser og næringsliv. Gjenåpningen skjer trinnvis og kontrollert. Regjeringen ser på tre hovedområder for å vurdere gjenåpning: utviklingen i smittesituasjonen, kapasitet i helsetjenesten og hvor mange som er vaksinert. Det er data før dato som er avgjørende for vurderingen om vi skal gå over til neste trinn.</p>	<p><b>Kommentar.</b> Kan utgå.</p>
<p>Strategien må ses i sammenheng med både beredskapsplanen, vaksinasjonsstrategien, gjenåpningsplanen og Rundskriv I-7/2020<sup>3</sup> om</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Strategien må ses i sammenheng med vaksinasjonsstrategien og Rundskriv [henvisning til nytt rundskriv] om kommunale</p>

<sup>2</sup> [Regjeringens plan for gradvis gjenåpning: Sammen ut av krisen - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

<sup>3</sup> [Rundskriv I-7/2020 Rundskriv om kommunale smitteverntiltak - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>kommunale smitteverntiltak. Samlet sett danner dette grunnlaget for regjeringens respons og håndtering av covid-19-pandemien. I tillegg kommer Folkehelseinstituttets Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen<sup>4</sup>. Dette gir til sammen veiledning for kommunenes vurderinger, beslutninger og iverksettelse av tiltak.</p>	<p>smitteverntiltak. Samlet sett danner dette grunnlaget for regjeringens respons og håndtering av covid-19-pandemien. I tillegg kommer Folkehelseinstituttets Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen<sup>5</sup>. Dette gir til sammen veiledning for kommunenes vurderinger, beslutninger og iverksettelse av tiltak.</p>

### Til kapittel 3. Forventet utvikling

I dette kapitlet trengs en helt ny tekst som tar hensyn til utviklingen siden 7. mai. Vi foreslår også at scenariene, som nå er utdaterte, erstattes.

Spesifikke kommentarer er gitt i tabellen under.

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>I Norge er vi nå i en fase av pandemien der vaksinasjon gir stor grunn til optimisme, samtidig som vi må fastslå at pandemien ikke er over, hverken nasjonalt eller internasjonalt. Det er foreløpig en del usikkerhet knyttet til Delta-varianten som skaper bekymring i flere land og noen steder har ført til forsinkelser i gjenåpningsplanene. Vaksinasjonsprogrammet mot covid-19 fortsetter i høyt tempo. Det er en rekke forhold som kan påvirke vaksineprogresjonen, men det antas at hoveddelen av befolkningen over 18 år vil ha fått tilbud om én dose i løpet av sommeren, og dose 2 innen utgangen av oktober. Å oppnå høy vaksinasjonsdekning er avgjørende for en videre positiv utvikling.</p> <p>Mye tyder på at sommeren 2021 blir en overgangsperiode. Vaksineimmunitet i befolkningen vil sannsynligvis være tilstrekkelig til å holde pandemien under kontroll, og kan etter hvert erstatte de kontaktreduserende tiltakene, TISK og de fleste innreisetiltakene. Mot slutten av sommeren vil det sannsynligvis kun være spredte utbrudd blant uvaksinerte. Utviklingen med nye virusvarianter må imidlertid følges nøye framover. Fra høsten vil god</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Etter en rolig sommer, økte epidemien betydelig blant de eldste barna, unge og unge voksne fra midten av august som følge av økt kontakthypighet etter sommerferien, blant annet med gjenopptakelse av sosiale sammenkomster, skolegang, studier og fritidsaktiviteter, særlig i aldersgrupper som var uvaksinert eller bare delvis vaksinert. Økningen snudde i september, parallelt med at vaksinedekningen økte blant ungdom og unge voksne.</p> <p>Økningen i innleggelser var forholdsvis mindre, og sykehusenes kapasitet ble ikke truet selv om det på noen sykehus skjedde endringer i annen aktivitet. Det skyldes dels at epidemien på grunn av kontaktmønsteret spredde seg i ei aldersgruppe som uansett ikke var utsatt for alvorlig sykdomsforløp og dels at middelaldrende og eldre var beskyttet av vaksinasjon. Vaksinasjon har i stor grad tatt brodden av epidemien, og det har skjedd på tre måter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Virusets spredningsevne er betydelig redusert når en så høy andel av befolkningen</li> </ul>

<sup>4</sup> [Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen - FHI](#)

<sup>5</sup> [Håndbok for oppdaging, vurdering og håndtering av covid-19-utbrudd i kommunen - FHI](#)

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>vaksinasjonsdekning bidra til at det sannsynligvis kun er behov for enkelte tiltak for å holde epidemien under kontroll, men her er utviklingen mer usikker og kommunene og andre aktører må ha en beredskap for at en ny stigning i antall smittede og økt sykdomsbyrde kan oppstå. Hvis den positive utviklingen fortsetter, vil de nasjonale smitteverntiltakene kunne nedjusteres.</p>	<p>er vaksinert. Det skal derfor mindre til av andre tiltak for å holde epidemien under kontroll.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Epidemien sprer seg i hovedsak blant uvaksinerte. Dette er barn, ungdommer og unge voksne. Jo større epidemien er og jo lenger den pågår, jo større er sannsynligheten for at eldre uvaksinerte også skal bli smittet. Da kan det komme alvorlige sykdomstilfeller.</li> <li>– Vaksinerte som likevel blir smittet, får i betydelig mindre grad alvorlig forløp.</li> </ul>
<p><b>Scenarier</b> Høsten 2021 kan beskrives med tre potensielle scenarier. Scenariene illustrerer ulik utvikling for vaksinasjon, nye virusvarianter, utviklingen internasjonalt og andre forhold. Scenariene er ikke prognoser, men illustrasjoner av hvordan pandemien kan utvikle seg framover gitt bestemte forutsetninger. Scenariene er ikke gjensidig utelukkende:</p> <p>Scenario 1: Vaksinasjon av de som anbefales vaksine i befolkningen gir god og langvarig effekt på smitte og sykkelighet. Det er meget god oppslutning om vaksinasjon. Vaksinasjonsdekningen i Europa øker og en finner løsninger internasjonalt som vil framskynde tilgang på vaksiner i lav- og middelinntektsland. Det kan gradvis lempes på tiltak mot importsmitte. Det oppstår ingen nye virusvarianter som utfordrer vaksineimmuniteten hos fullvaksinerte. Helse- og omsorgstjenesten har kapasitet til å drifte tilnærmet normalt, men det kan bli en kraftig sesong for influensa og andre luftveisinfeksjoner. Det oppstår få utbrudd blant uvaksinerte, særlig i yngre deler av befolkningen og dette gir lite alvorlig sykdom. Utbruddene håndteres effektivt av kommunen med lokale tiltak. Covid-19 vil etter hvert håndteres som andre endemiske luftveisinfeksjoner (inkludert influensa), med overvåking, vaksinasjon og generelle hygienetiltak.</p> <p>Scenario 2: Vaksinasjon av befolkningen fortsetter i høyt tempo gjennom sommeren, etter betydelig innsats av kommunene. Mot slutten av sommeren er det få</p>	<p><b>Kommentar:</b> Disse scenarioene er nå utdaterte. I stedet for å oppdatere dem, foreslår vi at de erstattes med stadier av epidemiens mulige utvikling i tråd med rapporten<sup>6</sup> fra den danske ekspertgruppen for en langsiktig strategi.</p>

<sup>6</sup> [https://fm.dk/media/25157/hverdag-med-oeget-beredskab\\_web.pdf](https://fm.dk/media/25157/hverdag-med-oeget-beredskab_web.pdf)



Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>utbrudd i Norge, og det er stadig fallende smitte i Europa i land med høy vaksinasjonsdekning. Internasjonalt er det bekymring rundt en ny variant med redusert vaksineeffekt. Innreisetiltak kan bli nødvendig. En eller flere nye virusvarianter som er mer smittsomme, har noe lavere vaksineeffekt og gir noe økt risiko for innleggelse i sykehus, sprer seg i Norge. Det ses en økning i smittespredning i samfunnet, særlig blant de yngre. Det blir flere utbrudd i sykehjem. Samtidig alvorlig influensasesong og andre luftveisinfeksjoner gir press på helse- og omsorgstjenesten. Kapasiteten i kommunene utfordres, men smitteutbrudd håndteres relativt greit med lokale tiltak.</p> <p>Scenario 3: Oppslutningen om vaksinasjon blant yngre er betydelig lavere enn i eldre aldersgrupper. Internasjonalt sirkulerer en ny variant som vaksinene har betydelig redusert effekt imot. Innreisetiltak blir nødvendig. Det er store demonstrasjoner i Europa grunnet tiltakstrøtthet. En virusvariant som vaksinasjon beskytter dårligere mot og gir mer alvorlig sykdom, blir dominerende i Norge i løpet av høsten. En høstbølge av epidemien rammer alle aldersgrupper med potensiale for betydelig sykdomsbyrde. Det oppstår utbrudd i mange kommuner. Samtidig alvorlig influensasesong og andre luftveisinfeksjoner gir stort press på sykehusene og primærhelsetjenesten. Inngripende nasjonale smitteverntiltak må innføres for å unngå overbelastning av helse- og omsorgstjenestene og kommunenes kapasitet når forsterket TISK må gjeninnføres. Det er også stor tiltakstrøtthet i den norske befolkningen og protester finner sted. Det blir nødvendig å tilby alle vaksinerte en dose med justert vaksine. Disse vaksinene blir først tilgjengelig i begynnelsen av 2022, men i begrensede mengder slik at vaksinefordelingen igjen må skje etter en prioritert rekkefølge.</p> <p>Det må planlegges for alle tre scenariene, både med tanke på nedjustering av tiltak når dette er forsvarlig og oppjustering av tiltak ved behov. Scenario 2 anses mest realistisk, men scenario 1 er heller ikke usannsynlig. Hvis scenario 3 oppstår må det gjøres en større omlegging av hvordan vi håndterer pandemien.</p>	
<p>Vaksinasjon er avgjørende for å holde epidemien under kontroll uten omfattende tiltak. Vaksinasjonsdekning og vaksineeffekt, herunder mot nye virusvarianter, risiko for senfølger av covid-19 og den internasjonale situasjonen, avgjør utviklingen i høst.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan strykes her og omtales nedenfor.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Folkehelseinstituttet har foretatt modelleringer frem til utgangen av 2021. Disse er beheftet med betydelig usikkerhet. Hovedfunnene er at en ny bølge i høst/vinter er mulig selv med høy vaksinasjonsdekning i befolkningen over 18 år. Både størrelsen og tidspunktet for en eventuell vinterbølge er svært usikker. En mulig ny bølge vil imidlertid kunne kontrolleres med langt mindre inngripende tiltak enn hittil i pandemien. Selv med full gjenåpning og avslutning av TISK vil epidemien vinteren 2021–2022 kunne ha en R-verdi på under eller litt over 1. Det skal da lite til for å holde pandemien under kontroll. En viktig begrensning her er at modelleringsresultatene ikke tar høyde for risiko for import av nye dominerende virusvarianter.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Folkehelseinstituttet har gjennom modelleringer tegnet ulike scenarier for epidemien forårsaket av deltavarianten de neste tolv månedene. Hovedfunnet er at det kan komme en ny bølge av epidemien i Norge i høst eller vinter, selv med meget høy vaksinasjonsdekning i befolkningen over 12 år. Den utbredte immuniteten i befolkningen gjør imidlertid at spredningen kan bremses med langt mindre inngripende tiltak enn hittil i pandemien.</p>
<p><b>En normal hverdag med økt beredskap</b> Etter at regjeringens gjenåpningsplan er avsluttet, går vi over i en fase hvor de fleste smitteverntiltak er avviklet, slik at befolkningen i Norge i liten grad påvirkes av covid-19-pandemien i det daglige.</p> <p>Fra lokale og nasjonale myndigheters side vil man følge nøye med på utviklingen slik at man raskt kan sette inn tiltak hvis situasjonen endrer seg. Det vil være behov for forsterket overvåking og beredskap for opptrapping av smitteverntiltak på kort varsel. Særlig bør det følges med på nye virusvarianter som har økt spredningsevne, økt sykdomsskapende evne eller omgår effekten av vaksiner brukt i Norge.</p> <p>Tiltak som håndhygiene, hostehygiene og å lav terskel for å være hjemme ved sykdom, er viktig å opprettholde i denne fasen. Utviklingen i Norge og utlandet må vurderes før man bestemmer om bruk av testing og koronasertifikat er aktuelt ved noen aktiviteter innenlands og ved reiser til utlandet.</p> <p>En beslutning om overgangen til normal hverdag med økt beredskap vil tas av regjeringen etter faglige råd fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Rådene vil baseres på en helhetlig vurdering av situasjonen, som tar hensyn til forventet helsetap og kost-nyttevurderinger, og sjekkpunktene smittesituasjon og sykdomsbyrde, kapasitet i helsetjenesten og vaksinasjon.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Regjeringen har etter å ha vurdert faglige råd fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet avsluttet gjenåpningsplanen og gått over til fasen normal hverdag med økt beredskap fra [dato].</p> <p><b>Se forslag til mer tekst i kapittel 5.</b></p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>I denne fasen vil smittevernet mot covid-19 normaliseres og innlemmes i ordinært smittevern. Særtjenester, covid-19-forskriften, innreiserestriksjoner for utlendinger og annen særregulering vil gradvis nedjusteres og avvikles.</p>	
<p><b>Vaksinasjon</b>  Det er regjeringens mål at alle over 18 år skal tilbys vaksinasjon. Det planlegges også for at alle 16- og 17-åringene får et tilbud om vaksine så snart alle over 18 år er ferdigvaksinert, men det er ikke endelig konkludert. Beboere i sykehjem, eldre, personer med underliggende sykdommer og tilstander med høy risiko for alvorlig forløp som følge av covid-19 og helsepersonell ble prioritert i den første perioden med koronavaksinasjon. I tillegg har det blitt gjennomført en geografisk prioritering av vaksiner til kommuner som har hatt høyt, vedvarende smittetrykk. Den geografiske prioriteringen omfattet først 5 kommuner, men er senere endret og utvidet til 24 kommuner. På Svalbard har man prioritert vaksine av befolkningen grunnet den sårbare helseberedskapen. Prioriteringene er også endret slik at aldersgruppen 18-24 og 40-44 år får tilbud om vaksine samtidig. Etter dem vil aldersgruppen 25-39 år tilbys vaksine. Kommunene har etter at de er ferdig med å prioritere helsepersonell, fått anledning til å prioritere ansatte i skoler, barnehager og SFO slik at disse kan ha fått første vaksinedose tre uker før skolestart, og dermed er beskyttet ved skolestart. Det vurderes nå som viktig å sikre flest mulig i befolkningen første vaksinedose raskest mulig og vaksinasjonsintervallet mellom første og andre dose er derfor satt til 12 uker for friske personer under 65 år.</p> <p>Vaksinasjon av barn og ungdom kan ytterligere redusere omfanget av smitte i befolkningen og har dermed betydning for videre strategi. Folkehelseinstituttet utreder nå om også barn over 12 år skal inkluderes i koronavaksinasjonsprogrammet.</p> <p>Som beredskap i tiden framover er det nødvendig å være forberedt med en effektiv vaksinasjonsstrategi i tilfelle situasjonen forverres. Hvis det blir nødvendig med revaksinering, kan det på ny bli midlertidig knapphet på vaksiner, både i Norge og internasjonalt. Det vil da være avgjørende å ha en strategi som tar høyde for dette, slik at beslutninger om vaksinefordeling</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Vaksinasjon har vært avgjørende for at epidemien er under kontroll uten omfattende tiltak. Alle over 12 år har fått tilbud om vaksinasjon. Oppslutningen har vært svært god, og rundt 90 % har fullført vaksinasjon.</p> <p>Det primære formålet med vaksinasjon er å beskytte den vaksinerte mot sykdom. Vaksinasjonens tilleggseffekt på smittespredning er nyttig, men skal ikke alene begrunne et vaksinasjonstilbud eller overstyre frivillighetsprinsippet.</p> <p>Vaksinasjonsprogrammet er regulert i Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram. Folkehelseinstituttet vil med bakgrunn i ny kunnskap fortløpende vurdere målgrupper, prioriteringer mellom dem, antall doser og doseintervall og eventuelt foreslå for regjeringen endringer i vaksinasjonsprogrammet.</p> <p>Folkehelseinstituttet har ansvar for vaksineberedskap og [forslag: vil få] i oppdrag å lage en ny strategi og beredskapsplan for covid-19-vaksinasjon, blant annet med tanke på oppfriskningsdoser til tidligere vaksinerte for å møte en mulig svekkelse av beskyttelsen over tid eller etter opptreden av nye virusvarianter som omgår beskyttelsen. Kommunene skal ha beredskap for raskt å trappe opp vaksineringskapasiteten.</p> <p>Regjeringen vil fortsette samarbeidet med EU for å sikre Norge de nødvendige vaksiner. Norge er også med i EUs felles innkjøp av vaksiner for 2022 og 2023.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>kan tas raskt med sikte på å begrense de samlede skadevirkningene for samfunnet. Vaksinasjonsstrategien vil oppdateres når befolkningen er tilbudt første runde med fullvaksinasjon mot covid-19, eller hvis nye virusvarianter eller andre forhold tilsier det. Norge er også med i EUs felles innkjøp av vaksiner for 2022 og 2023.</p>	

## Til kapittel 4. Vurderinger av risiko og risikonivå i tråd med beredskapsplanen

Vi foreslår at dette korte kapitlet innarbeides i neste kapittel.

Spesifikke kommentarer er gitt i tabellen under.

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Beslutninger om å iverksette eller justere smitteverntiltak bør baseres på en risikovurdering. Beredskapsplanen beskriver et system for risikovurderinger. Systemet innebærer blant annet at Folkehelseinstituttet plasserer fylker og noen utvalgte bo- og arbeidsmarkedsregioner i risikonivå 1 til 5 basert på en kombinasjon av kvalitative og kvantitative indikatorer.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Kommunene og staten må ha beredskap for å kunne vurdere risiko ved utviklingen.</p> <p>Viktige indikatorer for vurdering av situasjonen lokalt og nasjonalt er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antall nye pasienter med covid-19 som legges inn i sykehus per uke og deres aldersfordeling og vaksinasjonsstatus</li> <li>- Antall samtidig inneliggende covid-19-pasienter på sykehus</li> <li>- Antall og andel senger i intensivavdeling belagt med covid-19-pasienter</li> <li>- Behandlingskapasitet i kommunene for covid-19 og andre luftveisinfeksjoner</li> </ul>

## Til kapittel 5. Tiltak, overvåking og beredskap

Vi foreslår en nå tittel på dette kapitlet: «Overvåking, risikovurdering, beredskap og tiltak».

Spesifikke kommentarer er gitt i tabellen under.

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Håndteringen skal være målrettet og samordnet. Som omtalt i beredskapsplanen punkt 7 fattes beslutninger om tiltak på ulike nivå avhengig av hvilket risikonivå det vurderes at vi lokalt, regionalt eller nasjonalt befinner oss på. Beslutning om tiltak</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Håndteringen skal være målrettet og samordnet. Vurdering av og beslutninger om tiltak må bygge på risikovurderingen og en vurdering av tiltakenes effekt opp mot deres byrde.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>bør bygge på erfaringen fra pandemien så langt om at det i noen tilfeller kan være mer effektivt å sette inn tilstrekkelige tiltak raskt og for en kort periode, fremfor å gradvis trappe opp tiltak med den risiko det innebærer for at smitten spres videre.</p>	
<p>I håndteringen av covid-19-pandemien har regjeringen lagt til grunn et føre-var-prinsipp når smitteverntiltak vurderes. Det innebærer at det kan være situasjoner der man ikke kan gå trinnsvis frem, men der smittesituasjonen kan kreve umiddelbar iverksettelse av flere tiltak. Det kan fortsatt oppstå situasjoner hvor man må handle under usikkerhet. Som følge av virusvarianter med større spredningsevne, har vi sett behovet og betydningen av rask handling, men også at lokale utbrudd kan bringes under kontroll med TISK og uten inngripende tiltak. Med en økende grad av vaksinasjon vil det også være behov for færre tiltak for å bringe smitten under kontroll, og TISK med enkelte målrettede tiltak kan være mer forholdsmessig enn rask nedstenging. Fremover må vi ta med oss den erfaringen vi nå har fått med hvilke tiltakspakker som kan bringe utbrudd under kontroll samtidig med at økt vaksinerings reduserer risiko for en eskalerende smittespredning og reduserer også sykdomsbyrden av covid-19.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Flere forhold gjør at det nå er mindre aktuelt å iverksette tiltak ut ifra et føre-var-prinsipp: Det meste av befolkningen er vaksinert slik at faren for en eskalerende epidemi er redusert. Det er nå bedre kunnskap om hvilke tiltak som virker. Det vil kreve mindre inngripende tiltak for å bremse smittespredningen når det er høy vaksinedekning i befolkningen, noe som bidrar til at det vil være lettere å snu en økende trend før det kommer til en slik alvorlig utvikling.</p>
<p>Fram til befolkningen er tilstrekkelig vaksinert, skal utbrudd håndteres i tråd med gjeldende føringer og risikovurderinger. Dette gjelder også utbrudd med nye virusvarianter. Dersom det oppdages utbrudd med nye virusvarianter, må vi få utbruddene under kontroll for å forsinke spredningen. Tiltakene for å få kontroll med utbrudd med slike varianter er de samme som har vært benyttet mot pandemien til nå.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Dersom det skulle oppstå nye varianter, herunder særlig varianter med større spredningsevne, bør man også ta seg tid til en grundig vurdering av risiko og tiltak.</p>
<p><b>Nedjustering av tiltak</b> Økt vaksinasjonsdekning innebærer at de nasjonale tiltakene for håndtering av pandemien må nedjusteres og tilpasses en ny situasjon så raskt som det er forsvarlig, slik at befolkningens liv, næringslivets virksomhet og samfunnets funksjoner, herunder reiser inn i landet, kan normaliseres.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Det er nå ingen nasjonale råd eller forskriftsfestede regler om generelle kontaktreduserende tiltak.</p> <p>Også innreisetiltak avvikles gradvis.</p> <p>Rådene om hygiene gjelder fortsatt. Personer med relevante symptomer anbefales å holde seg hjemme og teste seg.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Gitt en positiv utvikling, vil høy vaksinasjonsdekning i befolkningen sannsynligvis bidra til at det er behov for få andre tiltak for å holde epidemien under kontroll. TISK vil med en fortsatt positiv utvikling kunne justeres ned og tilpasses situasjonen slik at befolkningen og kommunene ikke belastes uforholdsmessig. Det kan innebære mer bruk av testing i en periode, men samtidig mer målrettet smittesporing og mindre bruk av karantene. Hvordan utbrudd skal håndteres vil vurderes løpende i tråd med gjenåpningsplanen og situasjonen ettersom stadig flere i befolkningen blir vaksinert.</p> <p>Innreisetiltak vil også kunne nedjusteres etter hvert som smittesituasjonen og vaksinedekningen både i Norge og internasjonalt gir mindre risiko for importsmitte og videre spredning.</p> <p>For Svalbard vil det, grunnet den sårbare helseberedskapen, være nødvendig å gjøre egne vurderinger gjennom hele perioden.</p> <p>Smitteverntiltakene må, også ved en gradvis nedjustering, vurderes løpende i lys av de rettslige rammene for slike tiltak. Flere av smitteverntiltakene regjeringen har vedtatt, er av inngripende karakter overfor den enkelte og kan innebære innskrenkninger i grunnleggende menneskerettigheter som er beskyttet i Grunnloven og i Norges folkerettslige forpliktelser. Disse rettighetene er det bare adgang til å gripe inn i så lenge nærmere bestemte krav er oppfylt. I praksis betyr dette at når det iverksettes tiltak for å verne liv og helse som samtidig innebærer inngrep i andre grunnleggende rettigheter, må det foretas en avveining og balansering av de motstående rettighetene. Smittevernloven § 1-5 krever også at ethvert tiltak gitt med hjemmel i smittevernloven er nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstår som tjenlig etter en helhetsvurdering. Smitteverntiltakene kan bare opprettholdes så lenge de er nødvendige og forholdsmessige.</p> <p>Etter hvert som vaksinasjonsdekningen øker, vil faren for alvorlig sykdom og død i befolkningen</p>	<p>Personer med bekreftet infeksjon skal fortsatt isoleres. I noen uker med normal hverdag med økt beredskap gjelder at deres husstandsmedlemmer og tilsvarende nære kontakter, hvis de er uvaksinert eller ikke har gjennomgått covid-19, skal følges opp med smittekarantene eller et testregime.</p> <p>Innenlands bruk av koronasertifikat avvikles.</p> <p>Kommunene avvikler særtjenester og smittevernet mot covid-19 normaliseres og innlemmes i ordinært smittevern. Covid-19-forskriften og andre særreguleringer avvikles.</p> <p>Eventuell gjeninnføring av smitteverntiltak må vurderes løpende i lys av de rettslige rammene for slike tiltak. Flere av smitteverntiltakene regjeringen tidligere har benyttet, er av inngripende karakter overfor den enkelte og kan innebære innskrenkninger i grunnleggende menneskerettigheter som er beskyttet i Grunnloven og i Norges folkerettslige forpliktelser. Disse rettighetene er det bare adgang til å gripe inn i så lenge nærmere bestemte krav er oppfylt. I praksis betyr dette at når det iverksettes tiltak for å verne liv og helse som samtidig innebærer inngrep i andre grunnleggende rettigheter, må det foretas en avveining og balansering av de motstående rettighetene. Smittevernloven § 1-5 krever også at ethvert tiltak gitt med hjemmel i smittevernloven er nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstår som tjenlig etter en helhetsvurdering. Smitteverntiltakene kan bare opprettholdes så lenge de er nødvendige og forholdsmessige.</p> <p>Siden den utbredte immuniteten i befolkningen har svekket trusselen fra epidemien, endres forholdsmessighetsvurderingen av tiltak. Tiltak som tidligere har vært forholdsmessige, er ikke nødvendigvis det lenger.</p> <p>Regjeringen vil, basert på vurderinger fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, beslutte når covid-19-epidemien ikke lenger er et «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» og når SARS-CoV-2-infeksjon ikke lenger er en «allmennfarlig smittsom sykdom», jf. smittevernloven § 1-2.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>gradvis reduseres og slik sett påvirke forholdsmessighetsvurderingen ved de ulike tiltakene. Avveininger som tidligere har falt ut i favør av strenge tiltak, kan derfor etter hvert falle annerledes ut. Det må fortløpende vurderes om det fortsatt er rettslig grunnlag for å beholde de ulike smitteverntiltakene.</p>	
<p><b>Om TISK i det videre arbeidet</b></p> <p>Det er vaksinedekningen sammen med kommunenes evne til å oppdage og få kontroll med utbrudd (TISK-kapasitet) som er avgjørende for den videre utviklingen av pandemi i Norge. TISK har siden starten av covid-19-pandemien vært et sentralt virkemiddel og alternativ til mer omfattende nedstengning av samfunnet. Landets kommuner vil måtte opprettholde TISK-beredskap fram til vi har oppnådd tilstrekkelig immunitet i befolkningen. Kapasiteten kan forhåpentligvis trappes gradvis ned fra anslagsvis oktober og mot årsskiftet. TISK rettet mot barnehager og skoler vil bli vurdert særskilt før oppstart av barnehage, SFO og skole. Når landet etter hvert går over i en normal hverdag med økt beredskap, bør covid-19 håndteres mer som andre luftveisinfeksjoner og TISK nedjusteres. Lav terskel for testing blant voksne bør fortsette inn i denne fasen og systemene for testing må justeres i tråd med dette. Samtidig må helsetjenesten opprettholde beredskap for rask oppskalering og eventuell gjeninnføring av forsterket TISK om nødvendig. Endringene forutsetter også god overvåking for å fange opp signaler av bekymring for utviklingen. Folkehelseinstituttet etablerer et overvåkingssystem som er godt nok til at viktige endringer i forekomsten og viktige, nye varianter oppdages.</p> <p>Det bør utover høsten fortsatt være lett å få testet seg. Overvåkingen vil være en sentral del av beredskapen og vil danne grunnlag for at vi skal kunne fange opp signaler, ha god oversikt over situasjonen fremover og kunne vurdere eventuelle behov for å innføre tiltak ved en eventuell negativ utvikling. God hygiene og lav terskel for å være hjemme ved sykdom, bør beholdes.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> TISK-arbeidet har vært avgjørende for å holde epidemien under kontroll med et nokså lavt nivå av kontaktreduserende tiltak. Formålet har vært å redusere smittespredningen fra smittede så tidlig som mulig gjennom å finne og isolere smittede og følge opp deres eksponerte nærkontakter.</p> <p>Den utbredte immuniteten i befolkningen gjør at TISK nå kan trinnvis nedjusteres.</p> <p>Etter noen uker med slik nedjustert TISK forventer vi å kunne avvikle pålagt isolering, kommunal smittesporing og kontaktoppfølgning. Dermed kan covid-19 håndteres som andre luftveisinfeksjoner.</p> <p>Kommunene kan ta en mer aktiv rolle ved større utbrudd. Kommunene må derfor ha beredskap for å gjenoppta testing og smittesporing. Folkehelseinstituttet gir, som ellers, råd og veiledning til kommuner ved utbruddshåndtering.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>I en normal hverdag med økt beredskap bør rutinemessig smittesporing rundt hvert tilfelle avvikles og erstattes av utbruddshåndtering i spesielle situasjoner. Folkehelseinstituttet gir, som ellers, råd og veiledning til kommuner ved utbruddshåndtering.</p>	
<p><b>Reisetiltak</b></p> <p>Tiltak for å hindre importsmitte har stått sentralt i håndteringen av pandemien. Det vil være noe restrisiko ved all innreise, men konsekvensen av importsmitte er mindre jo høyere andel av befolkningen som er vaksinert. Ved gjenåpning har det vært og er fortsatt behov for et fokus på flaskehals og å se hele innreisekjeden i sammenheng.</p> <p>Tiltaksnivået har variert gjennom pandemien, men har vært svært strengt siden slutten av januar 2021, og er blant de strengeste i Europa.</p> <p>Volumet av innreisende øker når det gis lettelse i innreiserestriksjonene og kontrolltiltak. Når smittetilstanden går ned i utlandet, vil reisende fra flere land unntas karanteneplik og innreiserestriksjoner. I tillegg har fullvaksinerte og de som har gjennomgått covid-19-infeksjon med verifiserbar dokumentasjon (EUs koronasertifikat), fri innreise til landet. Dette er faktorer som vil påvirke reiseaktiviteten og øke risikoen for importsmitte, både av kjente og til nå ukjente virusvarianter.</p> <p>Ved videre gjenåpning er kapasiteten i innreisekjeden (justissektorens grensekontroll, helsetjenestens teststasjoner på grensen, karantenehotellordningen mv.) en kritisk faktor. Kontrolltiltakene må gradvis reduseres, men må være tilstrekkelige til at vi fortsatt har kontroll på smittespredningen. Når volumet av innreisende øker, må det sikres systemer som raskt fanger opp endringer og uheldige konsekvenser. Både helsemyndigheter og innreisemyndigheter må i fellesskap vurdere, justere og eventuelt iverksette nødvendige tiltak. Planleggingen av tiltakene i innreisekjeden og helsetjenesten må derfor</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Innreiserestriksjoner og andre innreisetiltak for å redusere smitte i Norge fra utenlandsreisende har bidratt til å dempe smittepresset i landet både ved å redusere antall tilreisende og ved å redusere smittespredning fra de tilreisende. Disse tiltakene var relevante da det var en stor gradient mellom Norge og utlandet, og da befolkningen og tilreisende ikke var vaksinert. Denne type tiltak har stor byrde for reisende, kommunene og næringslivet og må derfor ha særlig tungtveiende smittevernbe grunnelse dersom de skal videreføres.</p> <p>Tiltakene har også være benyttet for å forsinke introduksjonen til landet av en ny variant med større spredningsevne. Erfaringen med alfavarianten i vinter og deltavarianten i sommer var at de ble introdusert og i løpet av noen få uker ble dominerende til tross for at innreisetiltakene i Norge var blant de strengeste i Europa. Innreisetiltakene bidro sannsynligvis til at kommunene slapp mange utbrudd og kunne forberede seg bedre på det som ville komme.</p> <p>I en normal hverdag med økt beredskap vil alle særskilte innreisetiltak etter hvert avvikles. [...]</p> <p>Dersom epidemien skulle bli betydelig større i utlandet enn i Norge, eller dersom det oppstår en ny variant som i stor grad omgår vaksinebeskyttelsen, kan reisetiltak igjen bli aktuelle. Siden byrden fra slike tiltak er stor, må det gjøres grundige vurderinger av formålet med tiltakene, forventet nytte og ulemper for økonomi og samfunn.</p>



Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>inkludere beredskap for forlengede eller oppskalerte tiltak ved uventet utvikling.</p> <p>Fram til alle innreisetiltakene er avviklet, må de ulike tiltakene lempes samordnet for å unngå mer importsmitte enn det som aksepteres. Lempingen skal også skje i tråd med politiske prioriteringer for hvem som skal få lettelse først. Det er avgjørende med en god beredskap for forlengede tiltak og rask oppskalering om nødvendig.</p>	
<p><b>Koronasertifikat</b></p> <p>Koronasertifikat skal brukes for å kunne gjennomføre en raskere og tryggere gjenåpning av samfunnet. Det skal benyttes for å gi lettelse, ikke sette begrensninger. Ingen kan kreve fremvisning av koronasertifikat uten at det er bestemt i lov eller forskrift at det er anledning til det. Det er ikke anledning til å kreve koronasertifikat for at man skal slippes inn i restaurant, butikk eller kafe. Det er et lovfestet forbud mot å forskjellsbehandle på grunnlag av om det kan fremvises koronasertifikat eller ikke, med mindre det er uttrykkelig tillatt i lov eller forskrift. Koronasertifikatet er tatt i bruk på grenseoverganger og fra 19. juni 2021 har det vært mulig å bruke det på større arrangementer og kystcruise. Ved større arrangement likestilles en negativ koronatest med vaksinasjon og immunitet etter gjennomgått covid-19. Koronasertifikatet skal i utgangspunktet ikke tas i bruk i arbeidslivet. I kommuner med noe mindre strenge tiltak (tiltaksnivå B og C, regulert i covid-19-forskriftens kapitler 5B og 5C), kan kommunen bestemme at koronasertifikat brukes for å holde åpent for utendørs fornøylesparker, museer, kinoer, teater, konsertsteder og tilsvarende kultur- og underholdningssteder. De kan også bestemme at koronasertifikat kan brukes til å avholde offentlige arrangement med antallsbegrensninger.</p> <p>Bruken av koronasertifikatet skal opphøre når smittenivå og vaksinerings tilsier at det ikke lenger er behov for å ha restriksjoner. Endringene i smittevernloven som tillater bruk av koronasertifikat trådte i kraft 11. juni 2021, og har en begrenset varighet på seks måneder.</p>	<p><b>Ny tekst:</b> Koronasertifikat har i gjenåpningsfasen vært i begrenset bruk for å gi lettelse og raskere gjenåpning i noen sammenhenger.</p> <p>Regjeringen [forslag: har vurdert] at innenlands bruk av koronasertifikat ikke lenger er formålstjenlig eller forholdsmessig nå som en så stor andel av befolkningen er tilstrekkelig beskyttet mot covid-19 og derfor [forslag: stanset] den innenlandske bruken.</p> <p>Regjeringen er på vakt mot en utvikling med en varig todeling av befolkningen i immune og ikke-immune personer. Det kan åpne for diskriminering, stigmatisering og motstand mot myndighetenes håndtering av epidemien.</p> <p>Internasjonalt kan bruken av koronasertifikat komme til å fortsette. Regjeringen vil her følge med på utviklingen i EU, men generelt arbeide for å avvikle ordningen så snart den ikke lenger tjener noen smittevernmessig hensikt som står i et rimelig forhold til ulempene.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Internasjonalt kan bruken av koronasertifikat komme til å fortsette en god stund - til og fra land hvor det fremdeles forekommer lokale utbrudd eller er generelt høye smittenivåer. EU legger i utgangspunktet til grunn en varighet for ordningen med koronasertifikater i ett år. EU beskriver også at sertifikatet kan komme til å måtte tas i bruk igjen dersom situasjonen på nytt utvikler seg til en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse, eller hvis nye situasjoner erklæres som dette.</p>	
<p><b>Beredskap og overvåkning for rask håndtering</b> Nedjustering av tiltak er forbundet med risiko for økt smitte i befolkningen og spredning av nye virusvarianter. Det er fortsatt slik at ikke alle voksne er tilbudt vaksine. Kommunene og andre aktører må høsten 2021 planlegge en beredskap for eventuell stigning i antall smittede og økt sykdomsbyrde. Mange av tiltakene er inngripende med stor tiltaksbyrde, og planleggingen bør derfor inkludere en vurdering av behov for kompensatoriske tiltak for å redusere tiltaksbyrden.</p> <p>Det bør planlegges for hvordan kapasiteten for sykehusbehandling, laboratorienes analysekapasitet og kommunenes kapasitet for testing og smittesporing raskt kan økes, hvordan man kan gjeninnføre risikoreduserende tiltak ved grensene, og gjeninnføre kontaktreduserende tiltak hvis behovet skulle oppstå. Regionale helseforetak må ha planer for at mange pasienter kan bli innlagt med covid-19 på et tidspunkt som sykehusene har mange som er innlagt med influensa, lungebetennelser og RS-virusinfeksjoner. Dette innebærer blant annet at aktørene må vedlikeholde nødvendig kompetanse for håndtering av pandemien, og ha beredskap for å skalere opp personellressursene raskt nok til å få kontroll over nye utbrudd.</p> <p>Selv ved god vaksinasjonsdekning i befolkningen kan det komme en høst-/vinterbølge, som det bør planlegges en beredskap for. Informasjon som er nyttig i dette arbeidet er blant annet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kapasitet og ressurser i helse- og omsorgstjenesten</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b> Mye av teksten kan stå. Den kan eventuelt justeres i tråd med leveranser på oppdrag 513C og 526 om nærmere beskrivelse om hva som forventes av kommunene.</p> <p>Setningen "Det er fortsatt slik at ikke alle voksne er tilbudt vaksine." må uansett fjernes.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>- hvilke kontaktreduserende tiltak som vil være mest målrettede og forholdsmessige</p> <p>- hvilke innreisetiltak som eventuelt bør gjeninnføres</p> <p>- hvordan vaksiner kan brukes mest effektivt hvis det blir en begrenset ressurs.</p> <p>Lokale og nasjonale myndigheter må løpende følge situasjonen for å kunne gi oppdaterte råd. Gode overvåkingssystemer som raskt fanger opp utbrudd og nye virusvarianter vil være avgjørende for den videre håndteringen. Man bør ha tiltak for å nå fram med oppdatert informasjon til ulike grupper i befolkningen.</p> <p>Enkelte andre luftveisinfeksjoner enn covid-19 kan gi stor sykdomsbyrde og belastning på helsetjenesten til høsten fordi det er mindre immunitet i befolkningen etter to år med lite sirkulerende smitte. Det kan også bli økt sykefravær hvis mange må holde seg hjemme med symptomer på luftveisinfeksjon. Beredskapen i kommunene, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må ta høyde for dette.</p>	
<p>Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet har gjennom hele pandemien analysert og rapportert på data fra ulike systemer og registre for å følge utviklingen. Det har vært epidemiologiske data, om vaksiner, om aktivitet og kapasitet i helsetjenestene, om personell, TISK-kapasitet, data om innreise m.m. Denne informasjonen har gitt grunnlag for anbefalinger om strategi, risikovurderinger samt vurdering av innføring og avvikling av tiltak. Strategien har vært å følge opp alle som får påvist covid-19 med isolasjon og smittesporing og karantene av nærkontakter, for å oppdage utbrudd og stoppe smittespredningen og dermed unngå en stor sykdomsbyrde og overbelastning av helsetjenesten. Testkapasiteten har blitt oppskalert for å kunne fange opp alle som kan være smittet.</p> <p>Ved økende vaksinasjonsdekning mot covid-19 i befolkningen, er det forventet stadig reduksjon i alvorlige covid-19-tilfeller og -dødsfall. Med redusert sykdomsbyrde følger reduksjon i</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan utgå.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>smitteverntiltak mot covid-19 og økt reiseaktivitet i inn- og utland.</p>	
<p>Pandemien i Norge går inn i en ny fase og behovet for overvåking av covid-19 må tilpasses dette.</p> <p>Overvåkingen vil fremover fortsatt være helt sentral i håndtering av pandemien. Målene med overvåkingen er blant annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppdage utbrudd, spesielt fokus på utbrudd av alvorlig sykdom, blant sårbare grupper og i helseinstitusjoner</li> <li>- Oppdage virusvarianter med betydelige nye egenskaper, særlig vaksinesvikt og endringer i smittsomhet og virulens</li> <li>- Kartlegge symptombilder og alvorlighet av sykdom relatert til aktuelle virusvarianter</li> <li>- Følge vaksinedekning i ulike grupper i befolkningen, vaksinasjonsbeskyttelse, bivirkninger og immunitet i befolkningen</li> <li>- Følge med på den internasjonale situasjonen</li> <li>- Følge med på innreisevolum</li> <li>- Følge med på belastningen på helsetjenestene, herunder innleggelse for andre sesong-/utbruddsbaserte luftveisinfeksjoner, og kommunenes beredskapssevne</li> <li>- Følge med på kapasitet til testing, isolering, smittesporing og karantenering, særlig i kommunene</li> </ul>	<p><b>Ny tekst:</b></p> <p>Etter smittevernloven § 7-9 har Folkehelseinstituttet som statens smitteverninstitutt ansvar for å “overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen”.</p> <p>Etter smittvernloven § 7-1 skal kommunene skaffe seg “oversikt over arten og omfanget av de smittsomme sykdommer som forekommer i kommunen”, og etter § 7-2 skal kommunelegen ha “løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen”.</p> <p>Folkehelseinstituttet har gjennom hele pandemien samlet inn og analysert data og rapportert analyseresultater fra en rekke overvåkingssystemer og registre for å følge pandemiens utvikling fra flere synsvinkler samt gi grunnlag for risikovurderinger og strategivalg. Overvåkingen har utviklet seg med behovene.</p> <p>Kjernen i overvåkingen har vært de veletablerte Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK) samt Referanselaboratoriet, men mange nye systemer og datakilder er kommet på plass for å dekke ulike formål i overvåkingen. Muligheten for å koble disse sammen i beredskapsregisteret Beredt C19 har vært en forutsetning for de grundige analysene som er levert. Den nokså nyetablerte MSIS labdatabase har vært et stort framskritt i å skaffe rask og komplett oversikt over nye smittetilfeller.</p> <p>Ved økende vaksinasjonsdekning mot covid-19 i befolkningen vil det etter hvert gradvis bli en reduksjon i alvorlige covid-19-tilfeller og dødsfall som skyldes covid-19.</p> <p>Med redusert sykdomsbyrde følger reduksjon i smitteverntiltak mot covid-19 og økt reiseaktivitet i inn- og utland.</p> <p>Epidemien i Norge går inn i en ny fase og behovet for overvåking av covid-19 må tilpasses en normal</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
	<p>hverdag. Vi må flytte oppmerksomheten fra å oppdage alle tilfeller til å konsentrere oss om større utbrudd, alvorlig sykdom, virusvarianter og vaksinasjonsdekning, vaksinasjonseffekt og bivirkninger. Det vil fortsatt være viktig å følge den internasjonale situasjonen tett på de samme områdene.</p> <p>Formålet med overvåkingen fremover vil fortsatt være å bidra til et godt grunnlag for risikovurdering, strategivalg, tiltaksvurdering og risikokommunikasjon samt kunnskapsgenerering. Tidlig oppdaging av utbrudd eller uheldig utvikling er særlig viktig.</p> <p>Viktige temaer for overvåkingen i normal hverdag med økt beredskap er utbrudd (særlig i helseinstitusjoner), virusvarianter, vaksinasjonseffekt og sykehusinnleggelser.</p> <p>[Nærmere detaljer om overvåkingen i kommunene, jf. oppdrag 526, kan omtales i Kommunelegehåndboka.]</p> <p>Hesledirektoratet vil monitorere kapasitet i helsetjenesten [...].</p>
<p>Den epidemiologiske overvåkingen av covid-19 bør samkjøres med overvåking av andre luftveisinfeksjoner, inkludert ved styrking av og bruk av felles løsninger med influensaovervåkingen. Det vil være nødvendig å styrke og videreføre noen av løsningene opprettet for covid-19 det siste året. Det kan være behov for å justere, forbedre og tilpasse noen elementer i overvåkingen, samt se på helheten og muligheter for bedre og integrerte digitale løsninger for inn- og utrapportering, registerkoblinger, analyse samt tilgjengeliggjøring av data for relevante aktører. Mange erfaringer fra overvåkingen av covid-19 vil være viktige også for styrking av influensaovervåkingen, inkludert bedre beredskap for pandemisk influensa og andre luftveisagens.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>

## Til kapittel 6. Internasjonalt samarbeid

På grunn av den korte tida tilgjengelig for å besvare dette oppdraget, har vi ikke rukket å kommentere dette kapitlet. Vi kommer gjerne tilbake til det og kan ettersende kommentarer.

## Til kapittel 7. Prinsipper for håndtering av covid-19-pandemien

Vi foreslår at disse prinsippene i hovedsak videreføres.

Spesifikke kommentarer er gitt i tabellen under.

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Håndteringen skal være målrettet og samordnet. Kontroll innebærer at sykdomsbyrden er lav, at TISK-kapasiteten er tilstrekkelig og at antall pasienter er håndterbart for helse- og omsorgstjenesten selv om antall syke periodevis kan øke og variere mellom geografiske områder. Ved vurdering av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv. Utviklingen i pandemien har vist at det kan komme bølger der det igjen kan være nødvendig med innstramminger. Ved justering av tiltakene må vi nøye vurdere risikoen for ny oppblomstring og utfordringer i håndteringen.</p> <p>Følgende prinsipper skal legges til grunn for håndteringen av pandemien og ved justeringer av tiltak:</p>	<p>Også i den nye fasen normal hverdag med økt beredskap skal håndteringen være målrettet og samordnet. Målet er å hindre at covid-19-pandemien fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på behandlingsskapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene samtidig som befolkningen opplever en normal hverdag, andre offentlige tjenester kan ytes på forsvarlig nivå, og økonomien beskyttes.</p> <p>Følgende prinsipper skal legges til grunn for håndteringen av pandemien og ved eventuelle behov for å gjeninnføre tiltak:</p>
<p>- Kunnskaps- og erfaringsbasert: Håndteringen skal bygge på god situasjonsforståelse og risikovurdering, og tiltak skal baseres på siste oppdaterte kunnskap, herunder om tiltakenes smitteverneffekt og eventuelle negative virkninger. Som en del av strategien har vi bygd opp og utvikler videre et kunnskapssystem til støtte for vurdering av tiltak. Dette systemet skal kunne understøtte gode råd og gode beslutninger, og må bidra til at vi både får god situasjonsforståelse slik at vi raskt kan identifisere behov for justering av tiltak, og får økt kunnskap om tiltakenes effekt, ringvirkninger og kostnader slik at vi velger riktig sett med tiltak. Både mulighetene og forventningene for god kunnskap kan endre seg, og i tillegg til nye studier, er det viktig med kunnskapsoppsummeringer og nytte-kostnadsanalyser. Vi må kontinuerlig lære av håndteringen gjennom evaluering, og ved endringer i tiltak skal først erfaringer ved tidligere endringer vurderes. Basert på kunnskap og erfaring skal vi være forberedt på ulike scenarioer i denne pandemien, samtidig som vi også høster erfaring og forbereder oss på en neste pandemi.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>
<p>- Målrettet og samordnet: Responsen bør også fremover bestå av et sett med nasjonale, grunnleggende tiltak. Men gitt at smittesituasjonen tillater det bør vi redusere disse mest mulig, slik at vi unngår unødig høy</p>	<p><b>Ny tekst:</b> - Målrettet og samordnet: Dersom epidemien skulle true med å gi lokalt</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>tiltaksbyrde i deler av landet med lavt smittenivå. Vi må også være forberedt på lokale eller regionale tiltak i kortere eller lengre perioder når det er nødvendig for å beholde kontrollen med epidemien lokalt. Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og statsforvalterne vil gjennom veiledning bidra til lokal risikovurdering og valg av tiltak, herunder særlig samordning i regi av statsforvalterne når situasjonen tilsier det. I lys av utbredt befolkningsimmunitet er det særlig viktig å vurdere forholdsmessigheten ved inngripende tiltak i tråd med smittevernloven § 1-5 og unngå uforholdsmessige tiltak. Ved negativ utvikling, f.eks. på grunn av virusvarianter som omgår vaksineimmunitet, kan det igjen bli behov for forsterkede nasjonale tiltak rettet mot hele befolkningen og alle virksomheter mv., i tillegg til tiltak som er rettet mot grupper og sosiale arenaer som er særlig truet eller rammet. Hensynet til at tiltakene er mest mulig målrettede tilsier også at ulike virksomheter kan omfattes av ulike tiltak, eksempelvis kan virksomheter som innebærer at flere mennesker møtes ha andre reguleringer enn øvrige virksomheter.</p>	<p>betydelig sykdomsbyrde eller true behandlingsskapasiteten i helsetjenesten, vil Folkehelseinstituttet gjennom veiledning bidra til lokal risikovurdering og valg av tiltak, og statsforvalterne kan bidra til samordning mellom kommuner. Dersom den negative utviklingen er nasjonal, vil Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet gi råd til regjeringen. I lys av utbredt befolkningsimmunitet er det særlig viktig å vurdere forholdsmessigheten ved inngripende tiltak i tråd med smittevernloven § 1-5 og unngå uforholdsmessige tiltak.</p>
<p>- Balansert håndtering: Håndteringen bør bestå av tiltak som gir ønsket effekt på smittespredningen, men med minst mulig negative virkninger. Smitteverntiltakene må stå i forhold til smittepress og sykdomsbyrde, både i styrke og omfang, og de enkleste tiltakene med få negative konsekvenser beholdes lengst. Tiltak som å utvise god hygiene, holde seg hjemme ved sykdom, og holde avstand vurderes som effektive og lite inngripende tiltak som vil ha effekt gjennom hele forløpet av pandemien. Samtidig har pandemien også krevd mer inngripende tiltak. Da må det vurderes om kompensierende tiltak reduserer tiltaksbyrden for de berørte på egnet måte.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>
<p>- Håndtering der hensynet til utsatte og sårbare grupper ivaretas: Hensynet til utsatte og sårbare grupper henger tett sammen med prinsippet om balansert håndtering og behovet for kompensierende tiltak. Enkelte grupper har høyere risiko for smitte og alvorlige forløp, og noen grupper er mer utsatt for byrdene ved smitteverntiltakene. Håndteringen bør ha mål om rettferdighet og dermed ta hensyn til sosiale og personlige forskjeller i risiko for å bli smittet og risiko for alvorlig forløp. De sårbare gruppene er gjerne mer utsatt for byrdene ved smitteverntiltakene og rammes ofte både av smitteverntiltakene i seg selv gjennom redusert sosial kontakt, og av redusert tjenestetilbud i situasjoner med høyt smittenivå. For å ivareta hensynet til utsatte og sårbare grupper bør det settes inn forsterket innsats for å nå frem med informasjon og råd. For alle utsatte og sårbare grupper, og særlig sårbare barn og unge, er det viktig at relevante myndigheter, andre aktører og de berørte sammen finner gode kompensierende tiltak for å minske de negative konsekvensene av pandemien og smitteverntiltakene.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>- Samfunnsøkonomiske konsekvenser og andre hensyn skal vektlegges: Tiltak må være nødvendige og forholdsmessige, og samfunnsøkonomiske effekter av tiltak må vektlegges ved justering av tiltak så langt det er mulig. Dette innebærer at den smittevern faglige effekten skal vurderes i forhold til andre helsemessige og sosiale konsekvenser for den enkelte, særlig for sårbare personer, og i forhold til andre samfunnsmessige konsekvenser av betydning for samfunnsfunksjoner og næringsliv. Smitteverntiltak med store negative samfunnsmessige konsekvenser skal unngås så langt som mulig innenfor det som er smittevern faglig forsvarlig.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>
<p>- Innsats for å tilrettelegge for bedre informasjon og etterlevelse: Tiltakenes effekt avhenger av at de faktisk blir forstått og etterlevs. Informasjon på flere språk og i relevante kanaler, og det ordinære sosiale sikkerhetsnett er avgjørende for oppslutning om og etterlevelse av tiltakene. Oppslutning om tiltakene innebærer også at vi må redusere barrierer for etterlevelse, og vi må legge til rette for at alle har nødvendige forutsetningene for god etterlevelse. Blant annet ser vi at utenlandsfødte og personer med kort utdanning rammes særlig av byrdene ved smitteverntiltakene. Vi må ta hensyn til at arbeidssituasjon, boforhold, helsekompetanse, kulturelle forhold, språkkunnskaper mv. kan gjøre det vanskeligere å etterleve tiltak. Blant annet må vi ha tilstrekkelig målrettet innsats overfor deler av innvandrerbefolkningen. Eksempelvis gjennom dialog og samarbeid med ressurspersoner, innvandrersorganisasjoner og minoritetsmedier for sammen å kartlegge barrierer mot etterlevelse og mulige tiltak for å senke disse.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>
<p>- Etter beredskapsprinsippene: Håndteringen bør baseres på de grunnleggende prinsippene for samfunnssikkerhetsarbeidet; ansvar, nærhet, likhet og samvirke. En rekke beslutninger har imidlertid blitt løftet til regjeringen. Videre tar sektordepartementene med sine underliggende etater ansvar, og bidrar med sine virkemidler for å få gjennomført tiltak, med sikte på å oppnå full effekt av tiltakene i sin sektor. Justis- og beredskapsdepartementet er lederdepartement og har ansvaret for å koordinere håndteringen av pandemien på departementsnivå, men det er det enkelte departements ansvar å formidle og følge opp råd og retningslinjer fra helsemyndighetene i egen sektor og ved behov fastsette ytterligere standarder og rutiner for sine sektorer. Helsemyndighetene vil bidra med generelle smittevern faglige råd og veiledning rettet mot næringslivet.</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>
<p>- Åpenhet: Åpenhet om kunnskapsgrunnlaget og de vurderingene som gjøres skal bidra til tillit til de beslutningene som gjøres og forståelse for smitteverntiltakene. Responsen skal i utgangspunktet utvikles i åpen samtale med befolkningen, helsetjenesten, fagmiljøer og på tvers av sektorer. Viktige temaer er risikovurdering og begrunnelse for tiltakene</p>	<p><b>Kommentar:</b> Kan stå uendret.</p>



Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>samt gjeldende usikkerheter. Samtidig vil håndteringen i noen tilfeller kreve at beslutninger fattes raskt og uten tid til involvering i forkant, men det bør da tilrettelegges for åpen dialog i etterkant slik at vi kan justere og tilpasse tiltakene basert på dialog og erfaring. Befolkningen i Norge har gjennomgående høy grad av tillit til myndighetene og har etterlevd de råd og krav som myndighetene har iverksatt. For å opprettholde tillit og motivasjon i befolkningen om de viktige personlige smitteverntiltakene, er tydelig og god kommunikasjon avgjørende. Dette er viktig for at befolkningen skal dele situasjonsforståelsen og behovet for tiltak.</p>	

## Til kapittel 8. Forutsetninger for justering av tiltak

Dette kapitlet dreier seg om forutsetninger for å nedskalere eller fjerne tiltak. Det er mindre aktuelt nå. Vi foreslår derfor at kapitlet kan utgå.

Spesifikke kommentarer er gitt i tabellen under.

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<p>Som omtalt i punkt 4 gjennomføres det risikovurderinger basert på både kvantitative og kvalitative indikatorer. I forlengelse av risikovurderingene bør følgende forutsetninger vurderes ved justeringer i tiltakene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontroll på smittespredningen: TISK-arbeidet er sentralt for å ha kontroll på pandemien. Dette avhenger av at kommunene har tilstrekkelig kapasitet til TISK-arbeidet, herunder at de har nok personell, prøvetakingsutstyr, smittevernutstyr og god organisering. Kommunene bør også vurdere å etablere interkommunalt samarbeid som gjør det mulig for dem å raskt kunne bistå hverandre ved utbrudd og behov for ekstra innsats.</li> <li>- Sykdomsbyrde, og ikke bare smittetall: Smittetallene alene er ikke nok til å vurdere situasjonen, etter hvert som flere blir beskyttet av vaksine vil antall smittede tillegges noe mindre vekt og antall sykehusinnleggelses tillegges mer vekt. Faktisk og potensiell sykdomsbyrde må være under kontroll. Vi må følge med på senfølger av covid-19, og aldersfordeling og vaksinasjonsfordeling blant syke.</li> <li>- Tilstrekkelig kapasitet i helse- og omsorgstjenesten: Både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene arbeider med planlegging for håndtering av pasienter med covid-19. Det er også tatt nasjonalt initiativ for anskaffelse av legemidler, smittevernutstyr og annet nødvendig utstyr samt tiltak for tilgang til personell. God samlet utnyttelse av kapasiteten i helse- og omsorgssektoren krever god samhandling mellom helseforetakene og kommunene, og kommuner og sykehus bør samordne sine beredskapsplaner slik at de i fellesskap vil klare å håndtere en økt belastning i både sykehusene og i kommunene.</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b> Kan utgå.</p>

Tekst fra dagens versjon	Kommentarer eller forslag til ny tekst
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaksinasjon og andel som har gjennomgått covid-19: Andelen som er vaksinert eller har gjennomgått covid-19 vil framover være av betydning ved vurdering av nødvendigheten av å iverksette tiltak. Hvor mange som er immune etter gjennomgått infeksjon har også betydning.</li> <li>- Lav risiko for smitte blant personer i risikogrupper: Personer i risikogrupperne har økt risiko for alvorlige komplikasjoner om de blir syke med covid-19. I tråd med prinsippet om at håndteringen skal ivareta hensynet til utsatte og sårbare grupper er det en forutsetning for justering av tiltak at risikogrupperne gis særskilt beskyttelse.</li> <li>- Forebyggende tiltak er iverksatt i virksomheter og på arbeidsplassene: Ved justering av tiltak må vi sikre at eventuelle nødvendige smitteverntiltak ivaretas i tilstrekkelig grad i ulike virksomheter. Flere bransjer har selv utviklet konkrete bransjestandarder, blant annet basert på informasjon, råd og veiledning fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Etatene publiserer kontinuerlig oppdatert informasjon, råd og veiledning på sine nettsider.</li> <li>- Tverrsektorielt samarbeid: Samarbeid mellom ulike aktører i ulike sektorer vil være avgjørende for justeringer av tiltak og en kontrollert gjenåpning. Dette gjelder samarbeid om bl.a. håndtering av innreise, kompenserende tiltak og arbeidet med utsatte grupper.</li> <li>- Håndtere risiko for importsmitte: Jo større forskjell det er i smittesituasjonen i Norge og andre land, jo større er risikoen for importsmitte og jo mer aktuelt er det med opprettholdelse av innreiserestriksjoner, grensekontroll og kontrollerte karanteneordninger. Også her spiller utbredelsen av mer smittsomme virusvarianter en viktig rolle. Erfaringer har vist at importsmitte har vært en av hovedutfordringene i pandemibekjempelsen, og at det har medført sekundærsmitte i flere deler av landet og spesielt i tett befolkede områder. Vi erfarte høsten 2020 at deler av regelverket knyttet til innreisekjeden som var tillits- og skjønnsbasert var krevende å praktisere på en effektiv og konsekvent måte. Regelverket ble strammet inn og det er og vil fortsatt bli lagt vekt på at regelverksendringene i gjenåpningen legger til rette for effektiv kontroll av større volumer reisende. Vi vil fortløpende vurdere reiseråd for utenlandsreiser, begrensinger i retten til innreise for utlendinger og testing og karantene ved ankomst til Norge. Lettelser i innreiserestriksjoner vil bli gjort gradvis og kontrollert, slik at vi har best mulig kontroll på gjenåpningens eventuelle konsekvenser for smittespredningen. Betydningen av økt vaksineringsgrad av befolkningen både i Norge og i andre land og lanseringen av EUs koronasertifikatet vil inngå i disse vurderingene. Import av varer, herunder matvarer, anses ikke å medføre fare for spredning av covid-19, og det er følgelig ikke restriksjoner på import/eksport av slike produkter grunnet pandemien.</li> </ul>	

## Innspill til «Beredskapsplan for smitteverntiltak under covid-19-pandemin»

Vi foreslår at planen oppheves. En del av innholdet fordeles på strategidokumentet og Kommunelegehåndboka, slik:

**Kapittel 1 Innledning.** Dette er i stor grad gjentakelser fra strategidokumentet.

**Kapittel 2 Sammenhengen mellom beredskapsplanen og andre relevante planer og strategier.** Dette er omtalt også i strategidokumentet.

**Kapittel 3 Regelverk og ansvarsforhold.** Dette kan eventuelt inngå som et kapittel eller vedlegg til strategidokumentet

**Kapittel 4 Nærmere om ansvar for overvåking av smittesituasjonen.** En forkortet versjon kan eventuelt tas med der overvåking omtales i strategidokumentet.

**Kapittel 5 System for risikovurdering av situasjonen.** Dette systemet regner vi med utgår nå, og da kan også omtalen her utgå. Både risikovurdering og tiltaksvurdering omtales i egne kapitler i Kommunelegehåndboka.

**Kapittel 6 Statsforvalterens samordning av tiltak.** Dette er mindre aktuelt nå siden det var så knyttet til systemet for risikovurderinger.

**Kapittel 7 Beslutning om iverksetting av tiltak.** Dette er omtalt i et eget kapittel i Kommunelegehåndboka. Dessuten er det utførlig veiledning i rundskriv I-7/20, som vi regner med vil bli erstattet av et nytt rundskriv.

**Kapittel 8 Oversikt over eksempler på pakker med smitteverntiltak.** Disse pakkene er nå utdaterte.

**Vedlegget.** Dette kan sammen med kapittel 3 eventuelt inngå som et kapittel eller vedlegg til strategidokumentet.

## Innhold

Innhold .....	1
1 Bakgrunn .....	2
2 Dagens situasjon.....	3
Symptomtrykk .....	3
Legekonsultasjoner .....	3
Nye diagnostiserte tilfeller og innleggelser.....	3
Utbrudd i sykehjem .....	5
Vaksinasjonsdekning .....	5
Andre luftveisinfeksjoner .....	6
3 Vurdering av nå-situasjonen .....	8
4 Vurdering for høsten og vinteren.....	9
Viktige faktorer som vil påvirke risiko .....	9
Sykdom hos barn og unge .....	13
Seinfølger etter covid-19.....	14
Anslag for høsten vinteren .....	15
5 Tiltak .....	18
Generelle smittevernråd .....	18
Vaksinasjon.....	18
Overvåking.....	18
Kommunikasjon.....	18
Beredskap.....	19
Behandlingskapasitet .....	19
Tiltaksbyrden.....	19
6 Konklusjon .....	21

## 1 Bakgrunn

Folkehelseinstituttet vurderer utviklingen av covid-19-epidemien i Norge i ukentlige situasjonsrapporter og i risikovurderinger samt i besvarelser av oppdrag til Helse- og omsorgsdepartementet.

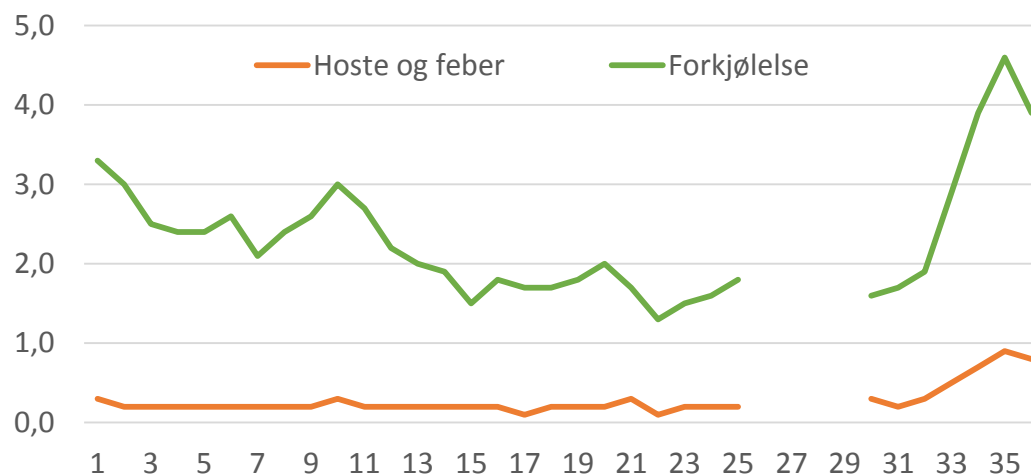
I dette notatet som er underlag for oppdrag 528 og 529, beskriver vi situasjonen med et sett av indikatorer og vurderer nå-situasjonen og den langsiktige risikoen mer helhetlig.

## 2 Dagens situasjon

### Symptomtrykk

Det har i september vært en rask og betydelig økning av luftveissymptomer i befolkningen. Det skyldes nok i hovedsak mye spredning av rhinovirus, men SARS-CoV-2 kan bidra litt.

**Figur 1. Andel i befolkningen med symptomer sist uke. Fra Symptometer.**



### Legekonsultasjoner

Siden august har andelen av legekonsultasjoner kodet med en covid-19-relatert diagnose økt til over 10 %. Andelen var over 15 % i vinter. Samtidig har andelen legekonsultasjoner kodet som akutt øvre luftveisinfeksjon også økt til rundt 10 %. Det er også økning av kodene for hoste, bihulebetennelse og bronkitt. Dette tyder på at det er mye luftveisinfeksjoner i befolkningen nå.

### Nye diagnostiserte tilfeller og innleggelser

Antall påviste tilfeller økte raskt i august, nådde en topp på nær 10 000 i uke 35, men har siden snudd og ventes å bli rundt 6 000 i uke 37. Epidemien foregår nå i hovedsak i aldersgruppa 6 – 19 år, altså skolealderen, og på det sentrale Østlandet. Det påvises nå bare et par hundre tilfeller i uka hos reisende til landet.

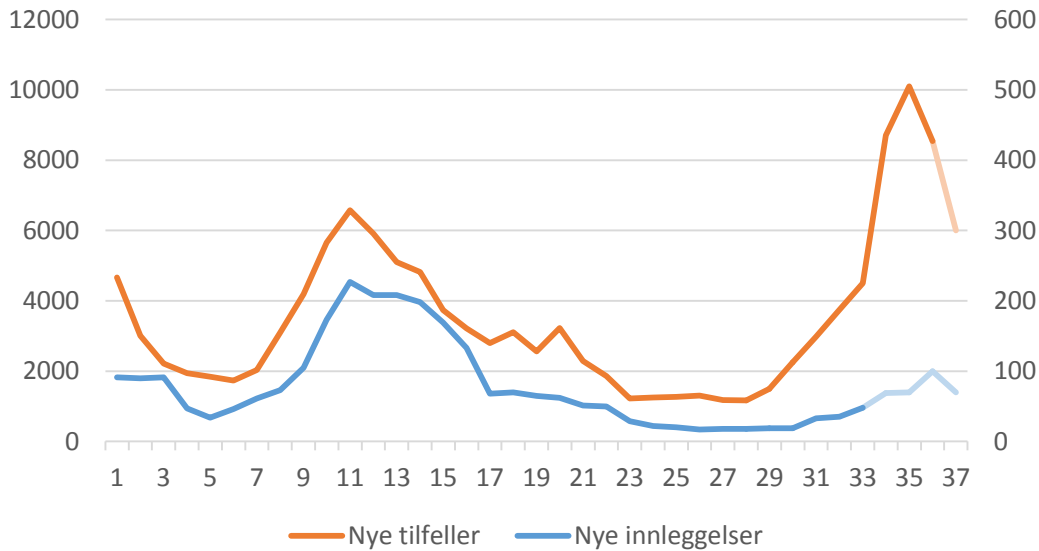
Antall testede personer (med PCR-test) har doblet seg fra i sommer til i uke 36 med over 230 000 personer. Personer testet med hurtigtester utenfor helsetjenesten kommer i tillegg.

Det effektive reproduksjonstallet i uka fram til 12. september er beregnet til 0,8.

Økningen i antallet nye innleggelser med covid-19 som hovedårsak har fulgt antallet nye tilfeller og nådde 100 i uke 35, men det ukentlige forholdstallet tilfeller:innleggelser er betydelig lavere nå (rundt 100:1) enn i vinter (25:1).

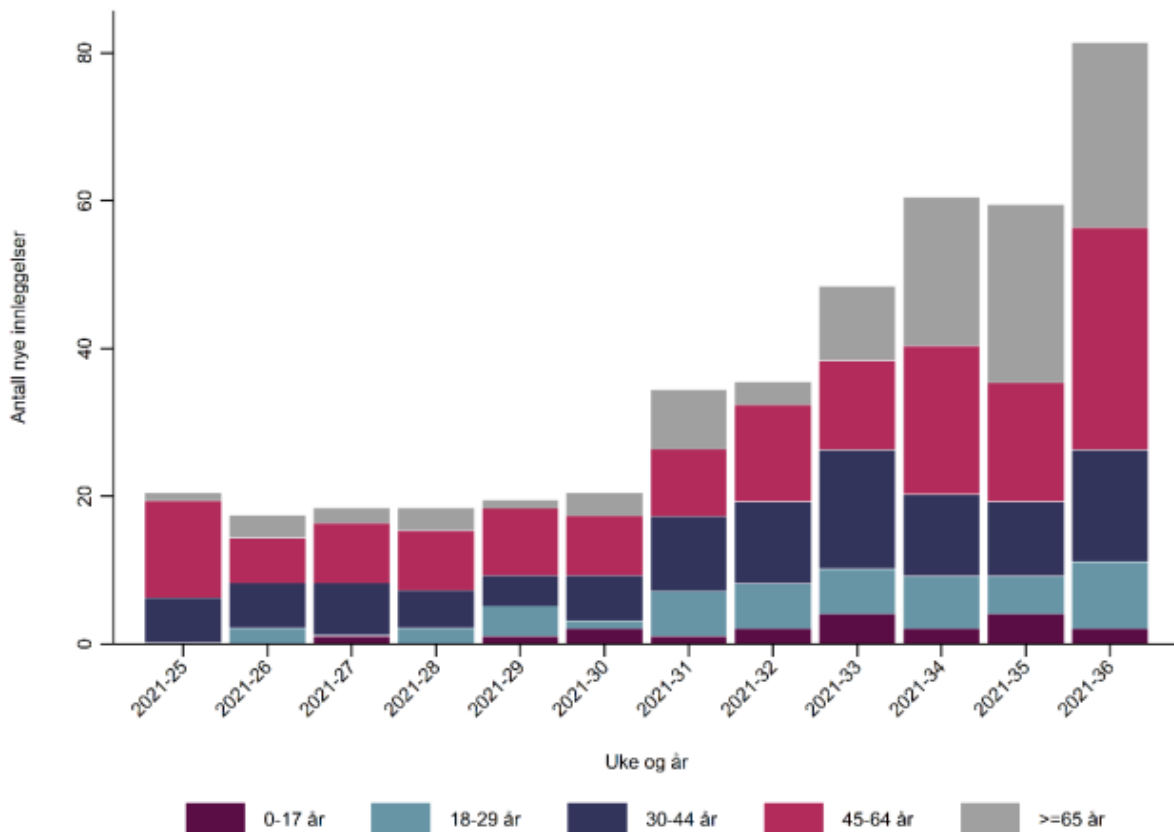
Det er et økende antall og andel av eldre som legges inn i sykehus, men vært få barn.

**Figur 2. Ukentlig antall påviste tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og ukentlig antall innleggelser med covid-19 som hovedårsak. Antallet tilfeller i uke 37 og antallet innleggelser for uke 34-37 kan bli korrigert.**



Om lag 30 % pasientene som legges inn i sykehus er fullvaksinerte, og denne andelen øker. Risikoen for innleggelse er betydelig lavere blant vaksinerte. Det var 22 innleggelser i intensivavdeling i uke 35. Medianalder for pasienter i intensivavdeling siste fire uker var 58 år, og halvparten var mellom 44 og 71 år.

**Figur 3. Aldersgruppedeling av nye pasienter innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak.**



Det ligger om lag hundre pasienter med covid-19 i norske sykehus, hvorav en tredel på intensivavdeling. Om lag tre-firedeler av pasientene er på sykehus i Helse-Sørøst, hovedsakelig Ahus og Oslo universitetssykehus. I uke 36 ble det meldt 13 covid-19-assosierte dødsfall mot 3-7 per uke siden uke 30.

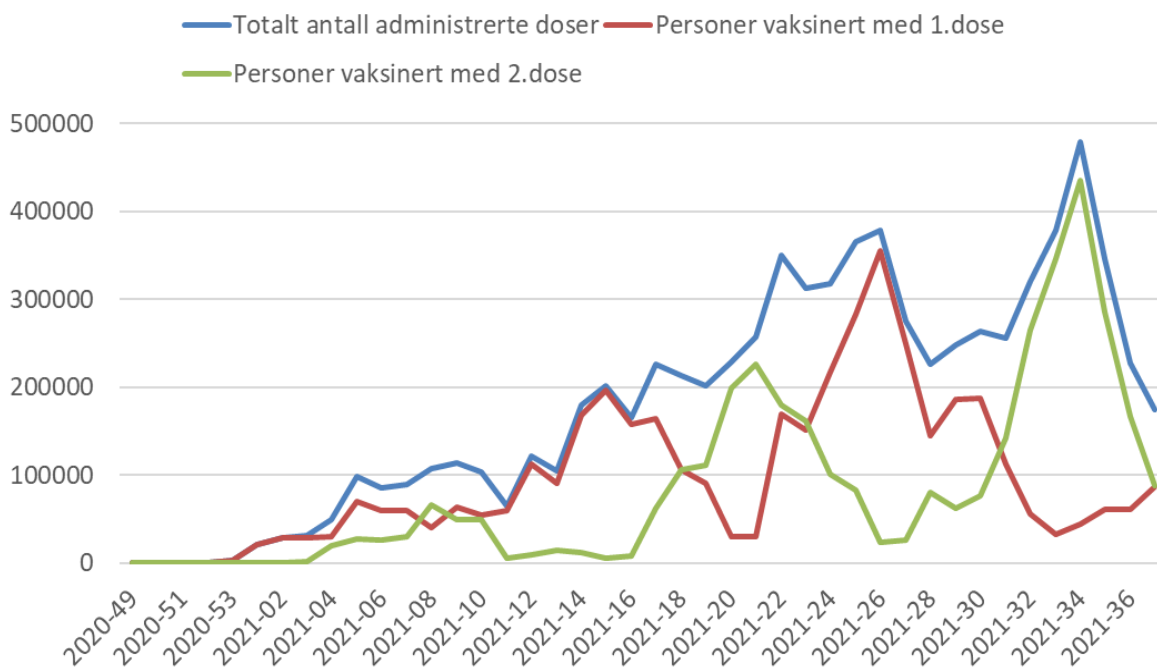
## Utbrudd i sykehjem

Til Vesuv varsles hver uke to til fem utbrudd av covid-19 i helseinstitusjoner, hovedsakelig sykehjem. Det er ingen økende trend.

## Vaksinasjonsdekning

Vaksinasjonsprogrammet fortsetter i kommunene, men tempoet er nå lavere med nedgang fra toppen på ca. 479 000 gitte doser i uke 34 til ca. 228 000 i uke 36 og ca. 175 000 i uke 37. Begrensningene er ikke lenger vaksineleveranser, men kapasitet i kommunene og oppslutning i befolkningen.

**Figur 4. Antall gitte doser av covid-19-vaksiner per uke.**



**Tabell 1. Vaksinasjonsdekning per aldersgruppe.**

Til og med 19. september (uke 37)	Andel med første dose	Antall uvaksinerte	Andel med andre dose	Antall som har fått bare én dose
Hele befolkningen	75 %	1,33 millioner	66 %	511 tusen
16 – 17 år	85 %	19 tusen		
18 år og mer	90 %	412 tusen	83 %	333 tusen
18 – 44 år	85 %	285 tusen	72 %	252 tusen
45 år og mer	95 %	128 tusen	91 %	81 tusen
45 – 64 år	93 %	97 tusen	88 %	66 tusen
65 år og mer	97 %	31 tusen	95 %	15 tusen



Det meste av vaksineringsen er nå andre dose i aldersgruppen 18-44 år, med ca. 73 000 doser i uke 37 og første dose hos 12-15-åringer, med ca. 63 000 doser i uke 37. Kommunene er nesten ferdig med én dose til 16-17-åringer og har startet med en tredje dose til om lag 200 000 personer som på grunn av sterkt redusert immunforsvar trenger tre doser for grunnvaksineringsen. Kommunene driver med støtte fra Folkehelseinstituttet en rekke initiativer for å nå ut med et reelt vaksinasjonstilbud til alle grupper i samfunnet.

Våre jevnlige spørreundersøkelser i samarbeid med Norstat og Mindshare viser at en økende andel av befolkningen ønsker vaksinasjon eller allerede er vaksinert. Hele 96 prosent av den voksne befolkningen ønsker koronavaksinasjon eller er allerede vaksinert (se figur over). Kun 4 prosent sier at de vil takke nei, og 2 prosent opplyser at de ikke vet om de ønsker å benytte seg av tilbudet.

### Andre luftveisinfeksjoner

Forekomsten av andre luftveisinfeksjoner kan ha betydning på minst to måter: 1) Noen av dem, som influensa og RS-virusinfeksjon (hos små barn) kan gjøre pasientene så syke at de trenger sykehusinnleggelse. Ved influensa kan noen av innleggelsene skyldes komplikasjoner av influensa, som lungebetennelse, hjerneslag, hjerteinfarkt eller forverring av grunnsykdom. 2) Alle luftveisinfeksjonene gir symptomer som også finnes ved covid-19. Det betyr at høy forekomst av andre luftveisinfeksjoner kan øke behovet for testing for SARS-CoV-2 og for håndtering av pasientene.

Siden luftveisinfeksjonene i stor grad smitter på samme måte som covid-19, vil forekomsten av dem i stor grad øke samtidig som covid-19.

#### *Influensa*

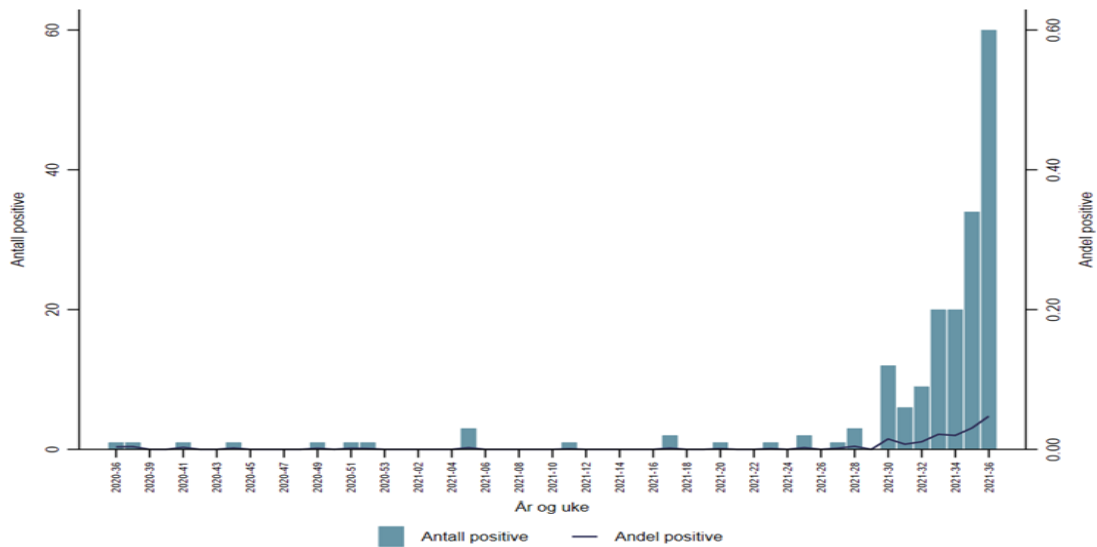
I forrige influensasesong, som avsluttes nå, ble det påvist bare 19 tilfeller av infeksjon med influensavirus i Norge. Seks av tilfellene var fra august og er importert fra Sør-Asia.

Den nye influensasesongen i Norge og på den nordlige halvkule er ikke begynt ennå. Det er nå mindre influensavirus i omløp i verden enn normalt på denne tida av året selv om det testes nesten fire ganger så mye for influensa nå som på samme tid før pandemien. Influensaen rakk heller ikke å gi utbrudd på den sørlige halvkule nå i sommer. Vi regner likevel med en betydelig epidemi på den nordlige halvkula denne vinteren i takt med gjenåpningen i mange land, men kan ikke utelukke at epidemien blir liten også denne vinteren.

#### *RS-virusinfeksjon*

Vi ser nå en rask økning i forekomsten av RS-virusinfeksjon fra under 10 tilfeller per uke i sommer fram til uke 32 og nå 60 tilfeller i uke 36. Det er barn i alderen 0-4 år som rammes. Andelen positive prøver har økt fra 2 % i uke 33 og 34 til 5 % i uke 36 samtidig som ukentlig antall prøver har økt fra rundt 800 til 1300 i samme periode. De fleste påvisninger er fra de fylker som også tester mest, nemlig Viken, Vestland, Oslo og Møre og Romsdal. Det er også noen innleggelse av barn med bronkiolitt på Østlandet. Dette er tidligere enn normalt; RSV-sesongen er normalt i vintermånedene desember - februar.

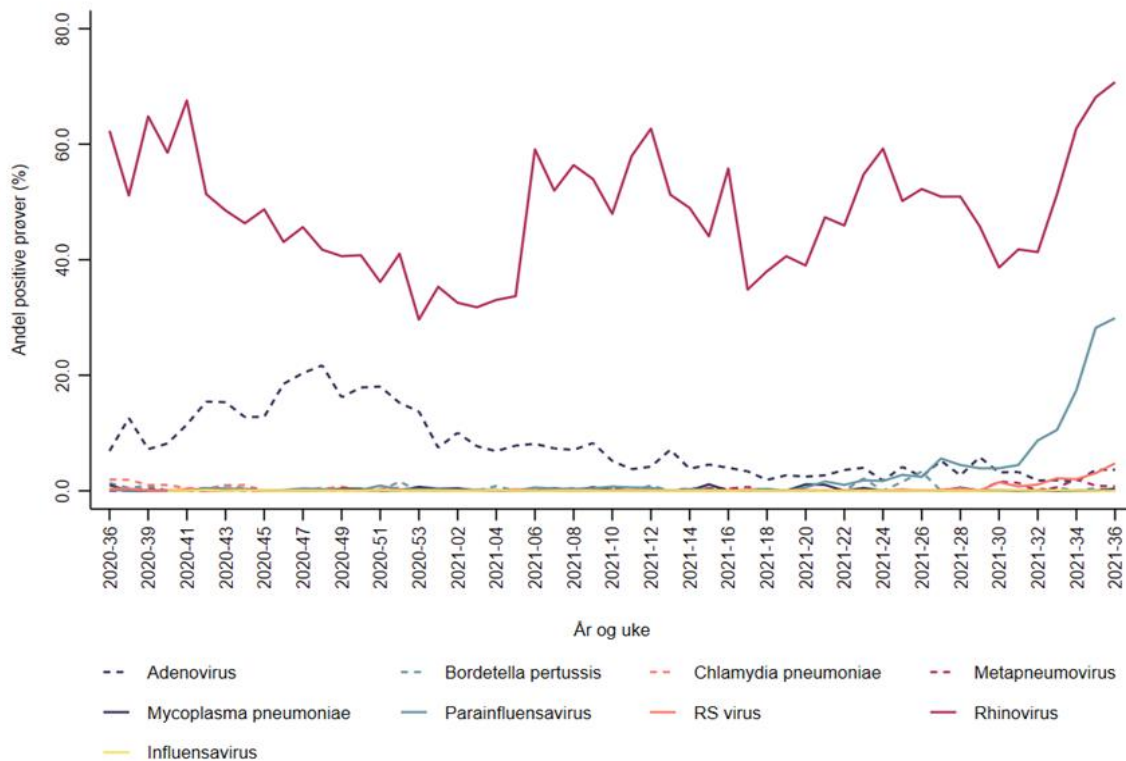
**Figur 5. Antallet positive prøver for RSV-infeksjon og andelen positive blant prøvene det siste året.**



### Forkjølelse

De siste ukene har laboratoriene særlig påvist vanlige og nokså harmløse forkjølelsevirus som rhinovirus og parainfluenzavirus i luftveisprøver de har analysert. Rhinovirus påvises i 68 % av prøvene som analyseres for dette mens parainfluenzavirus påvises i 30 % av analysene for det. Epidemier med disse virusene forklarer en stor del av forkjølelssymptomene i befolkningen.

**Figur 6. Oversikt over forekomst av andre luftveisagens innrapportert til MSIS laboratedatabasen og til referanselaboratoriet ved FHI. Kilde: Folkehelseinstituttet**



### 3 Vurdering av nå-situasjonen

De fleste kontaktreduserende tiltakene ble avviklet i sommer. Skoler, universiteter og arbeidsplasser startet med langt på vei normale forhold etter sommerferien.

Siden midten av august har vi sett en betydelig økning i påviste tilfeller, hovedsakelig blant unge i alderen 6-25 år. Dette kan tilskrives økt kontakthypighet etter sommerferien, blant annet med gjenopptakelse av sosiale sammenkomster, skolegang, studier og fritidsaktiviteter, særlig i aldersgrupper som var uvaksinert eller bare delvis vaksinert. Kommunene hadde dessverre ikke fått nok tid til å forberede testing i stedet for karantene, så det tok unødvendig lang tid å snu trenden.

Økningen i innleggelser har vært forholdsvis mindre, og sykehusenes kapasitet har ikke vært truet selv om intensivavdelingene ved et par sykehus i Oslo-området har vært belastet. Det skyldes dels at epidemien på grunn av kontaktmønsteret har spredd seg i ei aldersgruppe som uansett ikke var utsatt for alvorlig sykdomsforløp og dels at middelaldrende og eldre har vært beskyttet av vaksinasjon.

Epidemien og sykdomsbyrden fra den har på flere måter vært påvirket av den høye vaksinasjonsdekningen:

- Virusets spredningsevne er betydelig redusert når en så høy andel av befolkningen er vaksinert. Det skal derfor mindre til av andre tiltak for å holde epidemien under kontroll.
- Epidemien sprer seg i hovedsak blant uvaksinerte. Dette er barn, ungdommer og unge voksne. Jo større epidemien er og jo lenger den pågår, jo større er sannsynligheten for at eldre uvaksinerte også skal bli smittet. Da kan det komme alvorlige sykdomstilfeller.
- Vaksinerte som likevel blir smittet, får i betydelig mindre grad alvorlig forløp.

Det er nå mye forkjølelser og andre luftveisinfeksjoner. Influensasessongen er ikke begynt. RS-virussessongen er i starten, en del tidligere enn normalt.

**Vaksinasjon har i stor grad tatt brodden av epidemien. Vi regner med at nedgangen i antall nye tilfeller de siste par ukene er reell, og at den vil fortsette og bli fulgt av nedgang i antall nye sykehusinnleggelser. Det er de neste ukene liten risiko for at epidemien skal komme ut av kontroll, gi betydelig sykdomsbyrde eller true helsetjenestenes behandlingsskapasitet, men situasjonen må følges nøye.**

## 4 Vurdering for høsten og vinteren

Det er fortsatt usikkerhet om risikoen for en betydelig sykdomsbyrde av covid-19-epidemien i Norge. Covid-19-pandemien har vist seg ganske uforutsigbar. Virusets egenskaper er langsomt blitt avdekket, og nye varianter med endrede egenskaper har oppstått. Det er usikkerhet om hvordan viruset vil oppføre seg i en befolkning der nesten alle over 12 år har stor grad av immunitet. Varigheten av vaksinebeskyttelsen er uavklart.

Den grunnleggende risikoen er likevel betydelig redusert ved at en stor andel av befolkningen og en svært stor andel av de eldre er vaksinert med vaksiner med god beskyttelse mot alvorlig sykdom.

### Viktige faktorer som vil påvirke risiko

Det er særlig fem faktorer som vil påvirke risikoen for at covid-19-epidemien, eventuelt samtidig med epidemier av andre luftveisinfeksjoner, skal true med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning på helsetjenestenes behandlingsskapasitet.

#### 1. Befolkningens beskyttelse mot smitte og alvorlig sykdom

Andel ubeskyttede i befolkningen og deres fordeling i befolkningen (etter alder, geografi og sosiale grupper) har stor betydning fordi det er blant dem viruset lettest kan spres, og de er mer utsatt for alvorlig forløp enn immune med samme alder og helsestatus. Siden bare rundt 5-6 % av befolkningen har vært smittet, er det vaksinasjon som har klart størst betydning for andelen ubeskyttede i befolkningen.

Vi kan regne med at kanskje 500 000 voksne, hvorav 2/3 i alderen 18-44 år og 700 000 barn under 12 år ikke blir fullvaksinert, til sammen 1 200 000 mennesker. I tillegg kan vi anta at om lag 100 000 barn i alderen 12-17 år ikke tar den ene anbefalte dosen. Bare 5-10 % av alle disse antas å ha god beskyttelse etter gjennomgått infeksjon.

Viruset kan fortsette å smitte blant dem som er helt uten immunitet, men vil også kunne smitte vaksinerte siden vaksinene bare reduserer, ikke fjerner, sannsynligheten for å bli smittet. Så langt kan ikke immuniteten i befolkningen alene stoppe smittespredningen, men den vil gjøre det lettere å bremse epidemien.

Sykdomsbyrden er imidlertid begrenset ettersom de fleste er så unge og dermed har svært lav risiko for sykehusinnleggelse, og lavere risiko for senvirkninger<sup>1</sup>.

Svekkelse av vaksinebeskyttelsen mot smitte og mot alvorlig sykdom har betydning. Det er fortsatt usikkert hvor stor og tidlig denne svekkelsen egentlig er. I norske data er det foreløpig ingen indikasjoner på svekkelse av særlig betydning. Beskyttelsen mot smitte er mer utsatt for å bli svekket enn beskyttelsen mot å bli alvorlig syk.

#### 2. Sesongeffekt

Viruset spres sannsynligvis betydelig bedre om vinteren som følge av biologiske forhold i samspillet mellom viruset og mennesket, og som følge av atferdsmessige endringer om vinteren. Vi har antatt

---

<sup>1</sup> <https://www.fhi.no/nyheter/2021/lite-covid-sykdom-og-fa-senfolger-blant-barn/>

at viruset spres 25-50 % lettere om vinteren. I modellerte scenarier blir en vinterbølge større når sesongeffekten er stor.

### 3. Ny virusvariant

En ny variant av viruset med høyere **spredningsevne** (som følge av høyere smittsomhet eller bedre evne til å omgå tidligere immunitet) enn deltavarianten vil kunne ha betydning. Dersom den utkonkurrerer deltavarianten, blir det viktig om den har høyere, samme eller lavere **virulens** (evne til å gi alvorlig sykdom).

Vi ser nå globalt ingen varianter som ser ut til å kunne utkonkurrere deltavarianten, som oppsto for snart ett år siden. Det er færre virusvarianter i omløp nå enn forrige høst og vinter. Delta er nærmest enerådende globalt, men gammavarianten finnes noe mer i Sør-Amerika. Det foregår hele tiden endringer innad i deltavirusene, og nye mutasjoner i antigene områder oppstår. Ennå har likevel ikke nye immunologisk driftvarianter fått utbredt fotfeste.

Alle de fire definerte bekymringsvariantene (alfa-, beta-, gamma- og deltavarianten) ble første gang påvist i 2020. Ingen nye varianter fra 2021 er foreløpig definert som bekymringsvarianter. Av de fem definerte interessevariantene som følges tett, er det fire som ble oppdaget i 2020 og kun én som ble oppdaget i 2021, nemlig myvarianten. Den ble først sett i Colombia i januar 2021. Det er foreløpig ikke noen indikasjoner på at myvarianten vil kunne utkonkurrere deltavarianten. Folkehelseinstituttet overvåker den internasjonale situasjonen.

Den direkte sykdomsbyrden fra epidemien er produktet av virusets spredningsevne (målt ved reproduksjonstallet R), altså hvor mange som blir smittet, og virusets virulens (målt ved for eksempel infeksjonsletalitet), altså sannsynligheten for at den enkelte smittede skal få et alvorlig sykdomsforløp. Det er ingen nødvendig sammenheng mellom disse to faktorene.

Den virusvarianten som har størst spredningsevne – uavhengig av virulens – vil dominere, slik vi så da deltavarianten i sommer overtok for alfavarianten. Spredningsevnen kan bli bedre ved at smittsomheten blir bedre (ved én eller flere mekanismer), ved at viruset omgår immuniteten bedre eller på begge måter samtidig.

Risikoen for at en ny variant skal oppstå og bli dominerende er vanskelig å vurdere. Risikoen er produktet av sannsynligheten for at det skal skje og konsekvensene dersom det skjer.

Sannsynligheten er rett og slett ukjent. Den avhenger av biologiske begrensninger og av virusets muligheter. Evolusjonen har virket på viruset i et par år, hvorav halvannet år med utstrakt spredning. De to siste dominerende variantene, alfa og delta, oppsto begge i slutten av 2020, og man ser nå tegn til konvergerende evolusjon, altså at det er de samme mutasjonene som dukker opp igjen gang på gang. Det er mulig at viruset ikke kan øke spredningsevnen mer, men det er også en mulighet for at over tid vil det før eller siden komme varianter med økt spredningsevne.

Konsekvensene av en ny variant med større spredningsevne avhenger av en rekke faktorer:

1. Varianten kan ha bare høyere smittsomhet. Det er gunstig, for da vil befolkningsimmuniteten fortsatt kraftig begrense spredningen.
2. Varianten kan ha lavere, samme eller høyere virulens hos uvaksinerte generelt eller uvaksinerte barn spesielt. Det har begrenset påvirkning på sykdomsbyrden siden så stor andel av befolkningen er vaksinert. Det kan bli en utfordring hos barn, men så langt er det ingen data som tyder på at deltavarianten har økt virulens hos barn. Det antas at dette

gjelder generelt for nye virusvarianter ettersom det ser ut til at det er barns medfødte immunitet som særlig beskytter dem mot alvorlig sykdomsforløp.

3. Varianten kan ha større immunevasjon, altså evne til å omgå immuniteten. Da vil befolkningsimmuniteten bli mindre verdt. Her må vi imidlertid skjelne mellom to typer immunitet:
  - Det kan for det første være at bare beskyttelsen mot å bli smittet og **smitte videre** med den nye varianten er svekket. Det betyr at epidemien kan bli større, men at de vaksinerte smittede fortsatt er beskyttet mot alvorlig forløp. Viruset kan enklere oppnå denne formen for immunevasjon ettersom denne immuniteten bygger på den humorale, mer smale immuniteten.
  - Det kan for det andre være at beskyttelsen mot **alvorlig forløp** med den nye varianten er svekket. (En slik svekkelse ble i liten grad sett ved skiftet fra alfavarianten til deltavarianten.) Det betyr at hver enkelt smittede er mindre beskyttet enn før mot alvorlig forløp. Denne endringen er mye vanskeligere for viruset å oppnå ettersom denne immuniteten i større grad bygger på den cellulære, mer brede immuniteten. Denne immuniteten er rettet mot flere titalls epitoper på spikeproteinene til SARS-CoV-2, og det er svært usannsynlig at mange av disse er endret samtidig uten at det svekker virusets spredningsevne. Det er mulig at det kan oppstå varianter som omgår beskyttelsen mot alvorlig forløp, men det er lite sannsynlig at disse variantene blir dominerende. De utgjør derfor ikke noen stor trussel. Konsekvensene av en delvis immunevaderende virusvariant kan motvirkes gjennom oppfriskningsdoser av dagens vaksiner. Dette vil gi en god immunrespons som også vil virke mot nye varianter. Man kan også tenke seg at vi kan tilby en justert vaksine tilpasset den aktuelle varianten, men det er ikke sikkert at dette gir bedre immunrespons enn en gjenoppfriskningsdose. Slike justerte vaksiner er allerede under utprøving og kan sannsynligvis bli tilgjengelige i løpet av få måneder ved behov.

En ny variant kan altså i hovedsak være mer smittsom og kanskje også mer virulent hos uvaksinerte.

Samlet vurderer vi at risikoen knyttet til nye varianter av SARS-CoV-2 er liten ved den utbredte befolkningsimmuniteten vi har i Norge, og vi har middels tiltro til en slik vurdering.

#### 4. Befolkningens atferd

Befolkningens hygieniske atferd, hyppighet av kontakt med andre, særlig ved symptomer, påvirkes av gjeldende regler og råd, befolkningens etterlevelse av disse og av befolkningens selvpålagte atferdsendringer. Etter hvert som reglene endres, samfunnet gjenåpnes og befolkningen vurderer risikoen fra epidemien som mindre, kan vi regne med en påvirkning på smittespredningen. Vi ser allerede at befolkningen oppgir flere nærkontakter, og inntrykket er at én metersrådet følges i stadig mindre grad. Det blir særlig viktig å følge effekten av overgangen fra testing og smittesporing i offentlig regi til mer ansvar for enkeltpersoner.

#### 5. Andre luftveisinfeksjoner

Folkehelseinstituttets vurdering fra 12. juli<sup>2</sup> opprettholdes:

«FHI forventer at utbrudd med noen luftveisinfeksjoner, spesielt RS-virus-infeksjon og influensa, kan bli kraftigere enn normalt kommende vintersesong. Dette sees allerede i flere

---

<sup>2</sup> <https://www.fhi.no/publ/2021/risiko-ved-andre-luftveisinfeksjoner-enn-covid-19-hosten-og-vinteren-202120/>

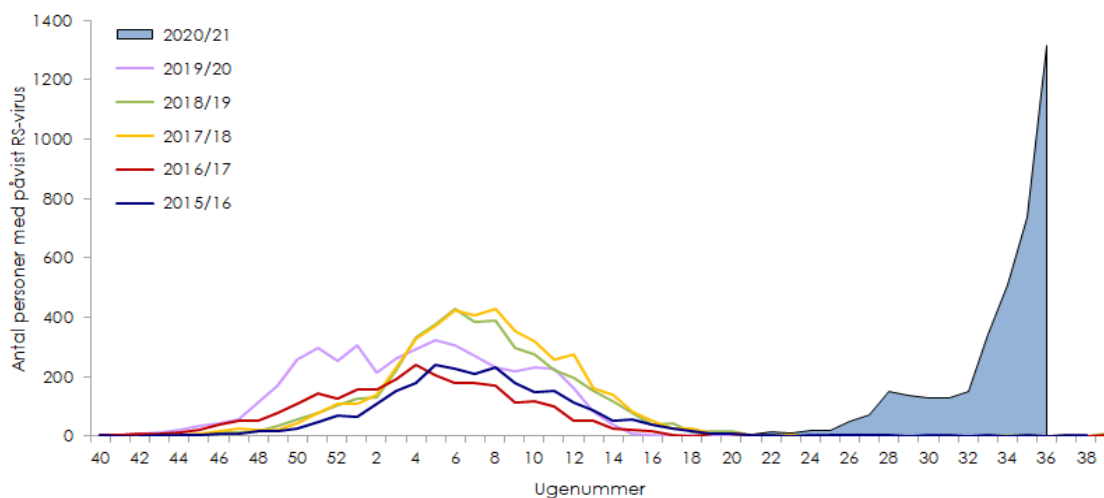
andre land. Dette kan medføre flere tilfeller og dødsfall enn normale vintre samt kapasitetsutfordringer i helsetjenesten. Små barn og eldre forventes å være mest utsatt.»

Vi supplerer her med noen vurderinger basert på utviklingen siden da. Økt reiseaktivitet vil bringe influensavirus og RS-virus til landet. Mange barn født under pandemien har ingen immunitet, og eldre barn og voksne kan ha mindre immunitet enn de ville hatt etter en normal sesong.

**Forkjølelsevirus.** Vi kan regne med fortsatt høy forekomst av forkjølelser utover høsten som følge av mer sosial omgang, særlig blant barn, og noe mindre immunitet i befolkningen enn tidligere høstsesonger. Betydningen er først og fremst at sykdomsbildet kan forveksles med mild covid-19, noe om kan gi høy etterspørsel etter testing og stort sykefravær når terskelen for slikt fravær er lavere.

**RSV-infeksjon.** Etter halvannet år uten sirkulasjon av dette viruset i Norge har mange av de minste barn (under fire år) ingen eller liten immunitet mot viruset. Det kan gi grunnlag for en tidligere og større epidemi denne sesongen med mange innleggelses. Flere land, som Danmark<sup>3</sup>, Sverige<sup>4</sup>, England og USA melder om tidlige utbrudd med mange innleggelses blant barn utenfor den vanlige sesongen, som er i desember-februar. I Danmark er det nå en rask økning i påvisninger av RSV uten at testhyppigheten har økt. Det ser ut til at omtrent en tredel av RSV-påvisningene hos de under 1 år, og en firedel hos de mellom 1-3-år stammer fra sykehusinnlagte barn.

**Figur 7. Antall påvisninger av RS-virus per uke i Danmark siste år sammenliknet med tidligere år. Kilde: Statens Serum Institut.**



Vi er nå sannsynligvis i starten av en RSV-epidemi i Norge. Sesongen begynner altså flere måneder tidligere enn normalt. Den vil sannsynligvis ikke starte like tidlig overalt. Den vil neppe sammenfalle med influensasезongen slik den pleier.

En større epidemi i høst eller vinter er sannsynlig. Mange barn vil antakelig smittes av RSV, men man kan redusere risiko for at mange smittes samtidig ved at barna holdes hjemme ved symptomer på

<sup>3</sup> <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/r/rs-virusovervaagning>

<sup>4</sup> <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/rsv-veckorapporter/senaste-rsv-rapporten/>



luftveissykdom. Videre kan de mest sårbare spedbarna få tilbud om profylakse. Vi anbefaler at denne startes tidligere enn normalt, og at de ulike barneavdelingene kan vurdere dette ut fra lokal situasjon, forankret i fagmiljøet.

**Influenza.** Det finnes fire forskjellige humane influensavirus. De årlige epidemiene i Norge består gjerne av ett A-virus og ett B-virus. Globalt er det nå like mye influensa B og influensa A(H3N2) i omløp. Vi vet ikke hvilke virus som vil dominere årets epidemi.

I Sør-Asia (India og Nepal) er det nå epidemi med influensa A(H3N2) virus med mellom 10-20 % prevalens av de testede. Viruset er undersøkt av WHO-referanselaboratoriet i England og betegnes som et antigen driftet virus. Det er usikkert hvor godt årets vaksine dekker denne varianten av H3N2. Tidligere smittede friske personer vil nok ha noe gjenkjennende immunitet fra tidligere H3N2-infeksjoner, men de som ellers er sårbare under en influensaepidemi, vil trolig være ekstra utsatt dersom det er dette viruset som skal dominere kommende sesong. Norge og andre europeiske land har så langt påvist noen få virus som likner dem fra India.

En ny utgave av influensa B-Victoria-viruset har oppstått i Vest-Afrika. Dette viruset er svært forandret fra influensa B-Victoria-virus vi har sett tidligere. Det er derfor bekymring for at befolkningen har svak immunitet mot denne utgaven.

Det er foreløpig vanskelig å si hvilke virus som vil dominere i kommende sesong, og dermed hvilken effekt tidligere immunitet og vaksinasjon da vil ha på de virustypene som vil sirkulere. Vi følger situasjonen globalt og i Norge tett og vil vurdere nærmere når det er mer informasjon om virusspredning globalt. Mye er ennå alt for usikkert til å kunne gi gode og realistiske estimater for sesongen. Sannsynligvis får vi en verre sesong enn normalt, men vi kan ikke utelukke at influensaen nesten uteblir også kommende vinter.

## Sykdom hos barn og unge

Nå når den voksne befolkningen i stor grad er vaksinert, er det viktig å følge nøye med på sykdomsbyrden blant barn og unge. Data fra både Norge og andre land viser at få barn blir alvorlig syke. Tall fra Norge viser at 0,4 % av de som har fått påvist covid-19-infeksjon i alderen 0–17 år, har blitt innlagt på sykehus enten med eller på grunn av covid-19 eller relatert sykdom (MISC). Innleggelsesrisikoen for *smittede* er betydelig lavere.

Gjennomsnittlig tid de er innlagt (liggetid) er 2 døgn, noe som tyder på at de fleste fort blir friske igjen. Selv for de som har det mest alvorlige sykdomsbildet, betennelsestilstanden MISC som kan oppstå 2–6 uker etter en infeksjon, er det god behandling og god prognose.

Både norske og internasjonale data viser at det er barn under 1 år som oftest legges inn på sykehus i aldersgruppen 0–17 år. Dette er kjent også fra andre infeksjoner hos barn, da de minste barna tåler både feber og luftveissymptomer dårligere enn større barn. I tillegg er det lavere terskel for å legge inn de minste barna. De aller minste barna kan beskyttes mot covid-19 dersom mor er vaksinert i svangerskapet, noe vi nå anbefaler. Når gravide kvinner vaksineres, dannes det antistoffer mot koronaviruset som overføres til fosteret, og beskytter barnet mot sykdom de første levemånedene. Dette vil sannsynligvis medføre at færre barn i den aldersgruppen legges inn på sykehus.

Dødsfall hos barn som skyldes covid-19-sykdom er svært sjelden. I England har man gått gjennom alle dødsfall blant barn og ungdom i pandemiens første år, og funnet at 25 dødsfall var forårsaket av covid-19. Tre firedeler av disse barna hadde alvorlig underliggende og livsbegrensende sykdom. I



England anslår man at det er 2 dødsfall per million barn og unge i alderen 0–17 år. I Norge har det så langt vært to dødsfall i aldersgruppen 0–19 år.

## Seinfølger etter covid-19

Forekomsten av seinfølger etter ellers ukomplisert covid-19 har betydning for den samlede sykdomsbyrden og derfor for risiko ved epidemien. Selv en lav risiko for den enkelte smittede kan gi en stor sykdomsbyrde hvis mange blir smittet.

Det publiseres stadig flere studier der man har sammenliknet plager hos tidligere smittede og usmittede barn. Studiene er nylig oppsummert<sup>5</sup>.

En kohort av 1560 elever i 14 skoler for 8.-12. klasse i Tyskland er siden mai 2020 blitt fulgt av forskere. I mars-april 2021 ble alle testet for antistoffer mot SARS-CoV-2, og de besvarte tolv spørsmål om tilstedeværelse av en rekke symptomer (smerter, humørforandringer og nevrokognisjon) de siste sju dagene. Blant elevene var 12 % seropositive som tegn på at de hadde vært smittet. Forskerne fant at hvert av symptomene var til stede hos minst en tredel av elevene. De fant ingen forskjell i forekomst av symptomer blant seropositive elever og seronegative elever. Elevers kunnskap om egen infeksjon påvirket ikke symptomforekomsten. Studien taler mot at seinfølger etter SARS-CoV-2-infeksjon er vanlig hos tenåringer. Studien er ikke fagfellevurdert<sup>6</sup>.

I en kohort av grunnskoleelever (6-16 år) ved 55 skoler i Sveits ble det tatt serumprøver i oktober eller november 2020 og igjen i mars-april 2021. Da ble elevene spurt om de hadde hatt noen av sju oppgitte symptomer de siste fire ukene og om disse hadde vart mer enn 12 uker. Forskerne sammenliknet symptomforekomst hos 1355 elever som ved begge anledninger var enten seropositive eller seronegative. Symptomer var sjeldne (6 % eller mindre) i begge grupper, men antydningvis litt vanligere hos seropositive. Elevene i de to gruppene vurderte sin generelle helse som like god. Studien taler mot at seinfølger etter SARS-CoV-2-infeksjon er vanlig hos barn og ungdom. Studien er fagfellevurdert og publisert<sup>7</sup>.

I en kohort av britiske barn (5-17 år) som mellom mars 2020 og februar 2021 meldte symptomer og positiv eller negativ test på en app, fant man at covid-19-sykdom vanligvis varte under ei uke og at symptombyrden var lav. Bare 1,8 % av barna hadde symptomer på dag 56. De smittedes symptomer var verre og varte lenger jo eldre barna var<sup>8</sup>.

En annen studie<sup>9</sup> fra Storbritannia (som ennå ikke er fagfellevurdert) inkluderte ungdom i alderen 11-17 år som testet positivt på covid-19, og sammenliknet med de som testet negativt. Studien inviterte 220 000 ungdommer, hvorav 17 000 svarte (svarprosent 13 %). Ungdommene ble invitert etter at de hadde testet seg og fulgt opp med spørreskjema 3 måneder etterpå. Studien foregikk fra januar til mai i år, da pandemien og tiltakene var på sitt mest intense i England. Ungdommene ble spurt om ulike kroppslige symptomer og om psykisk helse, livskvalitet og utmattelse.

---

<sup>5</sup> [https://journals.lww.com/pidj/Abstract/9000/How\\_Common\\_Is\\_Long\\_COVID\\_in\\_Children\\_and.95677.aspx](https://journals.lww.com/pidj/Abstract/9000/How_Common_Is_Long_COVID_in_Children_and.95677.aspx)

<sup>6</sup> <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.11.21257037v1.full.pdf>

<sup>7</sup> <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782164>

<sup>8</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00198-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00198-X/fulltext)

<sup>9</sup> <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-798316/v1>

Det viktigste funnet var at symptomtrykket økte sterkt gjennom studieperioden både hos de test-positive og test-negative. Blant de test-positive var det 35 % som hadde ett eller flere symptomer ved start, og dette steg til 65 % etter 3 måneder. Hos de test-negative var det 8 % som hadde ett eller flere symptomer ved starten, og det steg til 53 % etter 3 måneder. De vanligste symptomene i begge gruppene var trøtthet, hodepine, svimmelhet og kortpustethet.

Det var ingen forskjeller mellom gruppene i målene på psykisk helse, livskvalitet eller utmattelse. Redusert livskvalitet ser ut til å ha vært et utbredt problem hos alle, uavhengig av om de hadde covid-19 eller ikke. Ved 3-måneders-oppfølgingen rapporterte omkring 40 % av ungdommene i begge gruppene at de følte seg bekymret, triste eller ulykkelige.

Det var noe høyere symptomtrykk hos de test-positive enn de test-negative. Noe av dette kan skyldes at de hadde gjennomgått covid-19. Det høye symptomtrykket blant de test-negative, og den kraftige stigningen i løpet av studieperioden, indikerer likevel at symptomene i stor grad forklares av andre ting enn gjennomgått infeksjon. Studien gir dermed viktig informasjon om hvordan pandemien har påvirket ungdom generelt i England. Svært mange ungdommer har utviklet kroppslige plager og følt at livskvaliteten er blitt redusert.

Det nasjonale statistikkbyrået i UK har nylig publisert en analyse av symptomer etter gjennomgått SARS-CoV-2-infeksjon<sup>10</sup>. Studien finner gjennomgående små forskjeller mellom dem som har hatt covid-19 og en kontrollgruppe. Blant barn 2-11 år finner forskerne at flere barn i kontrollgruppa enn i covid-19-gruppa har minst ett av 12 spesifiserte symptomer etter 4-8 uker eller etter 12-16 uker.

Ellers har Folkehelseinstituttet oppdatert kunnskapsoversikten om ettervirkninger av covid-19<sup>11</sup>. Mange pasienter rapporterte om vedvarende symptomer seks måneder eller mer etter gjennomgått covid-19. Allmennsymptomer, nevrologiske symptomer og symptomer fra lungene var vanligst både blant innlagte og ikke-innlagte pasienter, men pasienter som hadde vært innlagt på sykehus rapporterte gjennomgående et bredere symptomspespekter, flere symptomer og flere alvorlige funksjonelle begrensninger. Kvinner hadde høyere risiko for å utvikle langvarige symptomer enn menn. Få studier inkluderte kontrollgrupper, noe som er en sterk begrensning for å kunne evaluere spesifikke langvarige symptomer etter gjennomgått covid-19. Derfor er det fortsatt usikkert i hvor stor grad gjennomgått covid-19 fører til langtidssymptomer og redusert livskvalitet, eller om dette kan skyldes andre forhold. Det skal bemerkes at vi ikke kan bekrefte eller avkrefte årsakssammenhenger mellom gjennomgått covid-19 og langvarige symptomer basert på de inkluderte studiene.

Det er fortsatt usikkerhet og behov for mer kunnskap om seinfølger i ulike grupper, og det er flere større studier på gang som vil bidra til dette. Dette følges fortløpende.

## Anslag for høsten vinteren

Sykehusene og kommunehelsetjenesten trenger å planlegge for en høst og vinter med forventet større belastning på behandlingsskapiteten. Utfordringen for planleggingen er den store

---

<sup>10</sup>

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/technicalarticleupdatedestimatesoftheprevalenceofpostacutesymptomsamongpeoplewithcoronaviruscovid19intheuk/26april2020to1august2021?s=09>

<sup>11</sup> <https://www.fhi.no/publ/2021/langvarige-effekter-etter-covid-19.-hurtigoversikt/>

usikkerheten om når epidemiene kommer, og hvor store de blir. Vi forsøker å gi noen svært grove anslag nedenfor.

Vi vil i de kommende ukene forbedre grunnlaget for våre råd til helsetjenesten om deres beredskap gjennom:

- Ny risikovurdering og ny modellering om covid-19-epidemien
- Ny risikovurdering og ny modellering om influensasезongen
- Nye overvåkingsdata om RSV-påvisninger og innleggelser.

#### *Hvor stor blir årets RSV-epidemi og når kommer den?*

Vi regner med at den kommende RSV-epidemien starter i september-oktober og kan bli kanskje dobbelt så stor som de normale epidemiene som gjerne foregår i januar-februar og gir rundt 1 000 – 2 000 sykehusinnleggelser av små barn, de fleste under ett år og de aller fleste under 5 år. Årets epidemi anslår vi kan føre til kanskje 2 000 – 4 000 innleggelser med kanskje noen flere ettåringer og toåringer enn normalt. Anslagene og varigheten av epidemien er usikker; det er mulig at sesongen trekkes ut over en lengre periode.

#### *Hvor stor blir årets influensaepidemi og når kommer den?*

Vi bør være forberedt på en verre influensasезон enn vanlig fordi det er mindre immunitet i befolkningen fra i fjor. Det er foreløpig også usikkerhet rundt hvor godt vaksinene beskytter mot de virustypene som vil dominere kommende sesong. På den annen side kan bedre smittevernvaner i befolkningen, mer vaksinasjon og eventuelle nye tiltak mot covid-19 bremse spredningen.

Det er usikkert når influensaepidemien begynner. Skolenes ferie i desember-januar legger normalt en demper på spredningen. Dersom epidemien ikke har tatt av skikkelig i jula, dempes den gjerne og kommer i gang først ute i januar. Vinterferieukene kan bremse ytterligere. Epidemien varer da kortere fordi sesongeffekten setter inn i slutten av mars.

Vi vet ikke hvordan en covid-19-epidemi og en influensaepidemi samtidig vil påvirke hverandre. Det er flere ubesvarte spørsmål, for eksempel: Hvilken effekt vil influensa ha på personer som har senvirkninger etter covid-19? Hva blir konsekvensen av sykdom med begge smittestoffer i løpet av vinteren? Hvordan påvirkes immuniteten mot det ene smittestoffet hvis man smittes av det andre? Hvor store vil toppene bli, og hvordan fordeler de seg tidsmessig i forhold til hverandre?

Dersom det blir A(H3N2)-viruset som nå sirkulerer i Sør-Asia og den nye B-Victoria-utgaven som skal gi kommende sesong, kan epidemien bli betydelig verre enn en normal sesong.

Mye er altså usikkert. Vi vil i de kommende ukene få bedre kunnskap om hvilke influensavirus vi kan forvente og deres egenskaper. Da kan vi modellere forventet belastning på helsetjenesten og gi særlig sykehusene bedre planleggingsforutsetninger. Inntil da er det rimelig å bruke erfaring fra tidligere alvorlige sesonger som grunnlag.

Sesongen 2017-18 var den siste alvorlige influensasезongen. Den varte fra omtrent fra uke 50 til uke 18, men var mest intens mellom januar og mars. Epidemien belastet helsetjenesten slik:

- Drøyt 140 000 konsultasjoner hos allmennlege og legevakt hvor diagnosen influensa ble satt.
- Rundt 7 600 sykehusinnleggelser av influensasmittede, med en topp på i underkant av 700 pasienter innlagt på samme tid i slutten av februar.

- I underkant av 400 innleggelser på intensivavdeling av pasienter med bekreftet influensa og 200 med mistenkt influensa, med i underkant av 40 samtidig innlagte på det meste. Samlet døde 30 av disse pasientene.
- Det var overdødelighet i befolkningen i 13 uker, og vi beregnet en samlet overdødelighet tilskrevet influensa på rundt 1 400 personer.
- Det ble varslet om 20 influensautbrudd i helseinstitusjoner, men vi antar det er en betydelig underrapportering

### *Hvor stor blir høstens og vinterens covid-19-epidemi og når kommer den?*

Her er det usikkerhet om når en eventuell økning kommer og hvor stor den blir. Vi har imidlertid større sikkerhet for at epidemien kan bremses dersom man skulle ønske det dersom epidemien truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning på helsetjenestenes behandlingsskapasitet.

Folkehelseinstituttet forsøker gjennom modellering å forstå faktorer som påvirker epidemiens utvikling, og oppdaterer slike modeller ukentlig<sup>12</sup>. Scenariene er ment å fungere som uttrykk for en situasjon vi kan komme i hvis en rekke beskrevne forutsetninger slår til. Hensikten med scenariene er å gi en bedre forståelse for hvilke alternative framtidsbilder vi bør ha beredskap for. De kan dermed være støtte for videre strategisk planlegging på lengre sikt.

Scenariene er avhengige av hvilke verdier man setter for særlig virusets spredningsevne, vaksinedekningen og -beskyttelsen, sesongeffekten og befolkningens atferd. Det er særlig usikkerhet om virusets underliggende spredningsevne, uttrykt ved  $R_0$ , altså hvor godt det kunne spredt seg i en uforberedt norsk befolkning uten tiltak og uten vaksinasjon. Videre er det ikke tatt høyde for effekt av generelle smittevern råd som uansett vil gjelde eller effekt av folks egeninitierte atferdsendringer når epidemien øker.

I et konstant scenario der *tiltakene ikke endres* uansett epidemiens utvikling og sesongeffekten er 25 %, viser scenarioet en bølge av tilfeller og innleggelser i oktober med et maksimum på rundt 200 samtidig inneliggende pasienter med covid-19. Dersom sesongeffekten er 50 %, viser scenarioet en betydelig bølge på seinvinteren med en topp på rundt 1 300 samtidig inneliggende pasienter.

En så stor epidemi vurderer vi som usannsynlig siden beregningene ikke tar hensyn til befolkningens egeninitierte atferdsendringer eller endringer som følge av nye råd. Det vil kreve mindre inngrepende tiltak for å bremse smittespredningen når det er høy vaksinedekning i befolkningen, noe som bidrar til at det vil være lettere å snu en økende trend før det kommer til en slik alvorlig utvikling.

Dette illustreres også i det kontrollerte scenario der *de kontaktreduserende tiltakene justeres opp* som respons på en truende utvikling der 200 pasienter ligger på sykehus samtidig. Da kreves det moderate atferdsendringer for å holde pasienttallet på 200 gjennom en topp på seinvinteren. Dette scenarioet indikerer at epidemien til en stor grad kan styres.

---

<sup>12</sup> <https://www.fhi.no/sv/smittestomme-sykdommer/corona/koronavirus-modellering/>

## 5 Tiltak

Noen tiltak bør fortsette og noen tiltak bør være i beredskap dersom covid-19-epidemien igjen skulle true med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet, eventuelt sammen med topper av influensa eller andre luftveisinfeksjoner.

Noen av tiltakene vil også bidra til å redusere de andre luftveisinfeksjonene og dermed den samlede belastning på helsetjenesten.

### Generelle smittevernråd

Allmenne smittevernråd om håndhygiene og hostehygiene vil ha noe nytte. God håndhygiene kan bidra til å forebygge en rekke infeksjoner som spres via hendene. Covid-19 er nok ikke den viktigste blant dem. Både ved covid-19, influensa og andre luftveisinfeksjoner er det nok de hostende som er de viktigste smitekildene. Bedre hostehygiene er sannsynligvis effektivt. Personer som hoster mye, bør imidlertid holde seg helt for seg selv. God ventilasjon og mindre persontetthet innendørs kan trolig bidra.

Ved de fleste luftveissykdommer er smittsomheten høyest tidlig i den symptomatiske fasen. Rask selvisolering, altså i praksis å holde seg borte fra barnehage, skole eller jobb, ved slike symptomer vil sannsynligvis bidra til å bremse smittespredningen. For de mildt symptomatiske må man veie dette mot ulempen ved stort sykefravær.

Mer bruk av hjemmekontor og færre eller mindre fysiske møter og konferanser i vintersesongen kan trolig bidra til å dempe smittespredningen. Vi ser jo at influensaforekomsten gjerne går betydelig ned i vinterferien. Forlengede skoleferier kan bremse influensaepidemier mens hjemmekontor for voksne kan påvirke både covid-19- og influensaepidemier.

### Vaksinasjon

Vaksinasjon er det viktigste tiltaket for å redusere sannsynligheten for en sykdomsbyrde over tålbart nivå. Enda høyere vaksinasjonsdekning hos eldre og middelaldrende vil beskytte dem direkte mens høyere dekning hos yngre vil bidra til mindre epidemi og dermed indirekte beskyttelse av de middelaldrende og eldre. Eventuell nytte av en oppfriskningsdose til alle eller noen av de tidlige vaksinerte er usikker, men vil trolig bli klarere utover høsten.

Vaksinasjonsdekningen mot influensa i befolkningen 65 år og over er langt dårligere enn for covid-19 i Norge. Bare rundt halvparten av alle over 65 år lar seg vaksinere. I tillegg gir influensavaksinasjon langt dårligere beskyttelse enn covid-19-vaksinasjon, spesielt mot driftede influensavirusvarianter. Vaksinasjon av eldre, syke, gravide og helsepersonell mot influensa kan bidra til mindre influensa og dermed mindre belastning på helsetjenesten og til mindre sykefravær blant helsepersonell.

### Overvåking

Overvåking av epidemiens utvikling, sykehusenes belastning, nye varianter, vaksinasjonsdekning og vaksinasjonseffekt er avgjørende for å kunne vurdere utviklingen og oppdage uheldige utviklingstrekk tidlig. Dette må ses sammen med overvåking av andre luftveisinfeksjoner for raskt å kunne vurdere dette i sammenheng.

### Kommunikasjon

Det er fortsatt viktig at kommunene og statlige etater kommuniserer med befolkningen om situasjonen og risikoen ved den videre utviklingen og om allmenne råd. Fortsatt åpenhet om

usikkerheten er nødvendig. Det blir særlig viktig å skape forståelse for at epidemiens sykdomsbyrde må vurderes helhetlig, ikke bare basert på antall som smittes.

## Beredskap

Beredskapen skal sette samfunnet i stand til å reagere raskt dersom overvåkingen indikerer at epidemien truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet. Kommunene, sykehusene, andre sektorer og staten bør ha en viss beredskap for å kunne ta opp igjen tiltak som har stoppet epidemien før, se oppdrag 526.

## Behandlingskapasitet

Konsekvensene av epidemien kan reduseres ved at kommunehelsetjenesten og sykehusene har god beredskap og eventuelt høyere grunnkapasitet slik at de kan håndtere flere pasienter dersom covid-19-epidemien skulle vokse igjen. Belastningen kan forsterkes av samtidig epidemier med andre luftveissykdommer.

Sykehusene må også ha beredskap for legemidler mot influensa og RSV-infeksjon.

## Tiltaksbyrden

Innretting av tiltak som effektivt minimerer den totale tiltaksbyrden i befolkningen må legges tett opp til målet for tiltak. Når målet med pandemihåndteringen er å unngå overbelastning i helsevesenet og høy sykdomsbyrde, vil de mest kostnadseffektive tiltakene være rettet direkte mot gruppen som er særlig utsatt for innleggelse og alvorlig forløp. Eksempler er hygienetiltak på sykehjem og beskyttelse av eldre og uvaksinerte.

Tiltak som innrettes for å unngå smittespredning som senere kan gi sykdomsbyrde, vil per definisjon være indirekte og medføre forhøyet velferdstap. Det kan for eksempel være forbud mot eller begrensninger i visse aktiviteter, herunder reising, eller arrangementer. Slike indirekte tiltak bør derfor brukes med varsomhet. De er også begrensende på den personlige friheten.

Fremover vil smittespredningen i hovedsak skje blant barn og unge. Tiltak mot smittespredning i den unge befolkningen, som for eksempel karantene, vil medføre en betydelig byrde for en allerede utsatt gruppe som selv har liten risiko for alvorlige sykdomsforløp.

Enkelte geografiske områder har gjennom hele pandemien hatt et høyt smittetrykk, og derfor vedvarende høy tiltaksbyrde. I en beslutning om å innføre/fortsette tiltak burde det inngå en vurdering av total kostnadsbelastning gjennom hele pandemien, samt tiltakstretthet.

I oppdrag 494 del D viste FHI til en nyttekostnadsvurdering av karantene som smitteverntiltak. Karantene gir samfunnskostnader i form av 1) lavere verdiskapning dersom folk hindres i å arbeide, 2) tapt faglig og sosial læring for barn og unge som må være hjemme fra skole/barnehage og 3) redusert velferd og trivsel. Karantene kan gi en netto samfunnsgevinst dersom gevinsten fra unngått helsetap overgår kostnaden av tiltaket, men særlig tapt læring som følge av skolefravær er en betydelig kostnad. Se utførlig omtale i besvarelsen av oppdrag 494.

Ukene rundt skolestart har imidlertid vist at karantenefritak også kan medføre en ulempe for barn og ungdom. Mange nærkontakter i en gruppe med høye smittetall innebærer at elevene må testes svært hyppig, noe som også kan gi skolefravær og en oppbrutt hverdag om testingen foregår på testsenter eller det er lang ventetid. For de minste barna vil også hyppig testing kunne være belastende i form av utrygghet og ubehag.

Vi legger til grunn at et stort flertall av barn som ikke skal vaksineres, over tid vil oppnå immunitet gjennom infeksjon. Smitteverntiltak har derfor i liten grad direkte fordeler for de minste barna, da det kun vil innebære en forskyvning av smittetidspunkt. Imidlertid kan det fortsatt være gode grunner til å fordele smitten utover i tid. Dersom svært mange barn blir smittet på samme tid eller havner samtidig i karantene, vil det kunne redusere aktiviteten i samfunnet, og muligens påvirke kapasiteten i helsevesenet via helsepersonell som har hjemmeboende barn.

## 6 Konklusjon

Det er fortsatt noe usikkerhet om epidemiens videre utvikling gjennom høsten og vinteren. Vaksinasjon har i stor grad tatt brodden av epidemien, men sesongeffekten og endringer i befolkningens atferd vil påvirke epidemien. Det er derfor nødvendig med beredskap og overvåking for å kunne oppdage det tidlig dersom covid-19-epidemien alene eller sammen med utbrudd med andre luftveisagens truer med å gi en uakseptabel sykdomsbyrde eller uakseptabel belastning av helsetjenestenes behandlingsskapasitet. Behovet for iverksetting av tiltak må bygge på en helhetlig vurdering av kostnader og nytte for den enkelte og samfunnet.

Vaksinasjon av eldre, syke og helsepersonell mot influensa kan bidra til å redusere belastningen på helsetjenesten den kommende vinteren. Helsetjenesten må være forberedt på en tidligere og større epidemi enn vanlig av RSV-infeksjon hos barn under fem år.