

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: Covid-19 oppdrag 552
Vår ref.: 21/46165-56
Saksbehandler: Christian Borgen Lindstad
Dato: 07.12.2021

Brev om tredje gangs korrigerbart svar på Covid-19-oppdrag 552 del 1 - Ny vurdering av behov for nasjonale tiltak - anbefaling om iverksettelse av nye tiltak

Brev om svar på dette oppdraget finnes vedlagt.

Oppsummering:

- Introduksjon av omikronvarianten i Norge skaper et risikobilde som må vurderes i sammenheng med at helsetjenesten allerede er belastet i betydelig grad. Vi går samtidig inn i en årstid der mobiliteten og kontakthypigheten tradisjonelt sett øker, noe som kan eskalere den pågående smittespredningen ytterligere. I tillegg er det fare for samtidig innslag av influensasesongen.
- Helsedirektoratet vurderer at det nå er risiko for at Norge havner i en situasjon der behovet for nødvendig helsehjelp overstiger det som er mulig å tilby både i kommunene og ved sykehusene.
- Potensialet i situasjonen tilsier at det straks bør iverksettes nødvendige tiltak for å beskytte helsetjenesten og befolkningen ved å redusere spredningen av deltaviruset, og forsinke videre spredning av omikron.
- Tiltakene bør ha en varighet på 4 uker, med fortløpende revurdering, senest etter 2 uker.
- I arbeidet med denne besvarelsen er det ikke mottatt nye faglige underlag eller modelleringer fra FHI. Dersom det tilkommer nye modelleringer eller vurderinger som tyder på at tiltakene ikke vil være tilstrekkelige, vil Helsedirektoratet gjøre en ny vurdering.

Korreksjon per 07.12.21. kl 0930 av oppdragsbesvarelse levert 06.12.21 kl 1600. Endringer fra første oversendelse:

- Formulering om "neste trinn" er tatt ut. Situasjonen vurderes løpende.
- Tekst om institusjoner for høyere utdanning er justert/konkretisert.
- Anbefaling om fritidsaktiviteter er justert
- Anbefaling om reiser over kommunegrensene er fjernet
- Anbefaling om begrensning av antall nærkontakter i privatlivet er konkretisert.

Helsedirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

Christian Borgen Lindstad

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

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

Andre korreksjon 07.12.21:

- Vi har fjernet anbefalingen om at arbeidsgiverperioden reduseres fra 16 til 3 dager. Det vises til at regjeringen nylig har redusert arbeidsgiverperioden til 5 dager.

Tredje korreksjon 07.12.21

- FHIs besvarelse ble mottatt 07.12.21 og er nå vedlagt. Helsedirektoratet har hatt løpende dialog med FHI gjennom dagene før frist, men vi har ikke kunnet legge den skriftlige besvarelsen til grunn for vår vurdering.
- I kapittelet om spesialisthelsetjenester er det rettet opp en feil som gjelder prosentandelen av intensivpasienter som har covid-19, riktig tall er 30 % slik det var angitt på side 9. I tillegg er det korrigert unøyaktigheter og feil i språk som ikke har vesentlig betydning for innhold.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
Direktør

Christian Borgen Lindstad
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd

Andre gangs korrigerert svar på det løpende covid-19-oppdraget fra HOD 552 del 1 og 572 - Ny vurdering av behov for nasjonale tiltak - anbefaling om iverksettelse av nye tiltak

Sammendrag

- Introduksjon av omikronvarianten i Norge skaper et risikobilde som må vurderes i sammenheng med at helsetjenesten allerede er belastet i betydelig grad. Vi går samtidig inn i en årstid der mobiliteten og kontakthyppheten tradisjonelt sett øker, noe som kan eskalere den pågående smittespredningen ytterligere. I tillegg er det fare for samtidig innslag av influensas sesongen.
- Helsedirektoratet vurderer at det nå er risiko for at Norge havner i en situasjon der behovet for nødvendig helsehjelp overstiger det som er mulig å tilby både i kommunene og ved sykehusene.
- Potensialet i situasjonen tilsier at det straks bør iverksettes nødvendige tiltak for å beskytte helsetjenesten og befolkningen ved å redusere spredningen av deltaviruset, og forsinke videre spredning av omikron.
- Tiltakene bør ha en varighet på 4 uker, med fortløpende revurdering, senest etter 2 uker.
- I arbeidet med denne besvarelsen er det ikke mottatt nye faglige underlag eller modelleringer fra FHI. Dersom det tilkommer nye modelleringer eller vurderinger som tyder på at tiltakene ikke vil være tilstrekkelige, vil Helsedirektoratet gjøre en ny vurdering.

Korreksjon per 07.12.21. kl 0930 av oppdragsbesvarelse levert 06.12.21 kl 1600. Endringer fra første oversendelse:

- Formulering om "neste trinn" er tatt ut. Situasjonen vurderes løpende.
- Tekst om institusjoner for høyere utdanning er justert/konkretisert.
- Anbefaling om fritidsaktiviteter er justert
- Anbefaling om reiser over kommunegrensene er fjernet
- Anbefaling om begrensning av antall nærkontakter i privatlivet er konkretisert.

Andre korreksjon 07.12.21:

- Vi har fjernet anbefalingen om at arbeidsgiverperioden reduseres fra 16 til 3 dager. Det vises til at regjeringen nylig har redusert arbeidsgiverperioden til 5 dager.

Tredje korreksjon 07.12.21

- FHIs besvarelse ble mottatt 07.12.21 og er nå vedlagt. Helsedirektoratet har hatt løpende dialog med FHI gjennom dagene før frist, men vi har ikke kunnet legge den skriftlige besvarelsen til grunn for vår vurdering.

- I kapitlet om spesialisthelsetjenester er det rettet opp en feil som gjelder prosentandelen av intensivpasienter som har covid-19, riktig tall er 30 % slik det var angitt på side 9. I tillegg er det korrigert unøyaktigheter og feil i språk som ikke har vesentlig betydning for innhold.

Innhold

Sammendrag	1
Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet.....	3
Tidligere relevante oppdrag	3
Innledning.....	3
Målbilde.....	5
Vurdering av dagens situasjon	6
Sykdomsbyrde og historisk perspektiv.....	6
Belastning på helsetjenesten gjenspeiles i sykdomsbyrden	7
Kapasitet og belastning i helsetjenesten.....	9
Kapasiteten i helseforetakene og spesialisthelsetjenesten	9
Situasjonsbeskrivelse av sykehuskapasiteten nå	10
Belastning på kommunale helse- og omsorgstjenester	17
Sykefravær.....	18
Legetjenestene	18
Fastleger	19
Legevakt.....	21
<i>Antall konsultasjoner og kontakter i legevakt.....</i>	23
Portvokterrollen	24
Kommuneleger	24
Kommunale pleie- og omsorgstjenester	25
Mangel på sykepleiere.....	25
Nærmere om fravær og sykdomssituasjonen som er i skolene.....	28
Helsedirektoratets vurdering av behov for og forslag til nye tiltak nå	29
Formålet med tiltakene	30
Forslag til tiltakspakke som bør innføres straks	30
Oppskalering av TISK	34
Tabellarisk oppsummering av de tiltakene Helsedirektoratet foreslår innført straks, som beskrevet over.....	36
Meget alvorlig scenario – ytterligere tiltak som kan vurderes dersom ovenfor anbefalte tiltak ikke er tilstrekkelig	40

Videre om konsekvenser for samfunnet av ulike strategiske valg	41
Samfunnsøkonomiske vurderinger	41
Juridiske vurderinger av forslag til tiltak og forslag til forskriftsbestemmelser	43
Overordnet vurdering av vilkårene i § 4-1 andre ledd og § 1-5	44
Hjemmel for å fastsette tiltak for hele eller deler av landet (smittevernloven § 4-1)	44
Forholdsmessighetsvurdering (smittevernloven § 1-5)	44
Nærmere vurdering av forskriftsfesting av tiltakene	45
Forslag til regionale forskriftsbestemmelser	45
Nasjonale tiltak (kapittel 5 i covid-19 forskriften)	46
Hjemmekontor	46
Munnbind	46
Arrangementer	47
Serveringssteder	50
Andre virksomheter	51
Vedlegg	52

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Utdrag fra teksten til oppdrag 552:

"Departementet ber på denne bakgrunn Helsedirektoratet, i samarbeid med FHI, om løpende vurdering av situasjonen, herunder vurdering av behovet for å innføre nasjonale råd/tiltak som bidrar til å sørge for at vi har tilstrekkelig behandlingsskapasitet. Med bakgrunn i at vi nå befinner oss i fasen "En normal hverdag med økt beredskap", siktes det til både råd og anbefalinger som kan gjelde nasjonalt, men også behovet for forskriftsfestede regler kan vurderes.

Dersom etatene mener det er smittevernfarelig nødvendig og forholdsmessig å innføre nasjonale tiltak må det presiseres hvilke tiltak dette er og fra hvilket tidspunkt de bør innføres. Sammenhengen mellom foreslåtte tiltak må vurderes helhetlig og veies opp mot andre tiltak som for eksempel innreisetiltak. Vi ber om at det utarbeides utkast til eventuelle forskriftsendringer."

Tidligere relevante oppdrag

Helsedirektoratet viser til tidligere anbefalinger og beskrivelser av situasjonen blant annet i oppdrag 552 (første og andre leveranse), oppdrag 544, 568, 569 og anbefalinger gitt den 3.12.21. Se også vedlegg.

Her leveres også oppdrag 572.

Innledning

Helsedirektoratet vurderer at det nå er risiko for at Norge havner i en situasjon der behovet for nødvendig helsehjelp overstiger det som er mulig å tilby både i kommunene og ved sykehusene.

Avhengig av grad og varighet på belastningen fremover kan konsekvensene bli svært alvorlige, og gå utover liv og helse både for covid-19 pasienter og andre pasienter. Samlet sett kan dette potensielt ha stor betydning for folkehelsen, med økt dødelighet og sykkelighet både på kort og lang sikt.

Helsedirektoratet vurderer at situasjonen er mer bekymringsfull nå enn ved tidligere pandemibølger, og at risikoen er stor for at pasienter påføres prognosetap.

Helsetilbudet til med kroniske lidelser er allerede redusert, og ved forverrelse av situasjonen kan også tidligere skånedde grupper som barn og unge, kreftpasienter og akuttpasienter bli rammet.

Introduksjon av omikronvarianten i Norge skaper et risikobilde som må vurderes i sammenheng med at helsetjenesten allerede er belastet i en slik grad som beskrevet over. Vi går samtidig inn i en årstid der mobiliteten og kontakthypigheten tradisjonelt sett øker, noe som kan eskalere den pågående smittespredningen ytterligere. I tillegg er det fare for samtidig innslag av influensasesongen.

Sykefraværet har aldri vært høyere i tredje kvartal verken i statlig eller kommunal sektor enn det var i tredje kvartal 2021. Ut fra de foregående årenes trend, kan vi forvente en ytterligere økning i sykefraværet i 4. kvartal 2021 og 1. kvartal 2022. Fortsatt økning av sykefravær kan få konsekvenser for samfunnssikkerheten og viktige sektors evne til å levere nødvendige tjenester til befolkningen i tråd med gjeldende strategi.

På ovennevnte bakgrunn anbefaler Helsedirektoratet at det iverksettes forsterkede tiltak for å redusere det nasjonale smittepresset og for å bremse spredningen av omikronvarianten. Graden av helsetap i befolkningen påvirkes ved innsetting av tilstrekkelige tiltak til rett tid.

Med "tilstrekkelige tiltak" siktes det til tiltak som samlet har nok effekt til å redusere smitten og oppnå kontroll, og som hensyntar virusets egenskaper og spredningsmønster, sesongvariasjoner og andre relevante faktorer. Tiltakene innrettes derfor blant annet etter følgende utgangspunkter:

- Potensialet i situasjonen tilsier at det umiddelbart bør iverksettes nødvendige tiltak for å beskytte helsetjenesten og befolkningen ved å forsinke videre spredning.
- Det er per nå høy grad av skjult spredning av deltavarianten i Norge (antageligvis rundt 50-60 % med ukjent smittevei). Å oppnå smittereduksjon i slike situasjoner krever bruk av brede mobilitetsreduserende tiltak i alle deler av samfunnet, fordi vi ikke vet hvor mange av de smittede er.
- Det bør i tillegg målrettes tiltak for å redusere smittespredning i de delene av befolkningen der vi har kunnskap om høyt smittepress. I Norge gjelder dette også blant barn og unge. Det er aktuelt å vurdere tiltak som også treffer den yngre delen av befolkningen da det er risiko for at de øvrige tiltakene kan miste mye av sin effekt, og dermed kunne måtte stå betydelig lenger og derfor bli mer inngripende. Det er gjensidig avhengighet mellom tiltak for at de skal ha tilstrekkelig nytte. Imidlertid er det fremdeles et mål i tråd med regjeringens strategi at barn og unge skal skjermes.
- Det er usikkerhet rundt omikronvariantens egenskaper, men det kan synes som om varianten har betydelig høyere smittsomhet enn delta. Det er også grunn til å anta at vaksiner vil gi lavere eller ingen beskyttelse mot smitte, selv om de forhåpentligvis vil gi beskyttelse mot alvorlig sykdom. Hvilken sykdomsgrad varianten vil gi, eller om den i større grad vil forårsake sykdom eksempelvis blant barn og unge, er uavklart.

- Kombinasjonen av nevnte risikofaktorer tilsier at alle deler av befolkningen bør beskyttes mot viruset så langt mulig frem til vi har mer kunnskap, og at det i denne perioden er nødvendig å iverksette mer omfattende tiltak med utgangspunkt i at omikron antas å være betydelig mer smittsom enn deltavarianten.
- Å gjennomføre TISK er avgjørende for å kunne redusere den generelle smittespredningen og for å bremse forekomsten av omikron. Kommunenes kapasitet er nå svært presset, og lemping av tiltak gjennom høsten har ført til at særlig smittesporingen er vanskelig gjennomførbar grunnet økningen i antall nærkontakter hver og en av oss har. For å sikre at TISK kan være et effektivt tiltak må antall nærkontakter hver og en av oss har reduseres betydelig.
- Begrenset tilgang på hurtig- og selvtester gjør at det er større behov for kontakts- og mobilitetsreducerende tiltak.

Tiltakene bør ha en varighet på 4 uker, med fortløpende revurdering, senest etter 2 uker.

Tiltakene som foreslås vil ha store kostnader for samfunnet og for enkeltpersoner. HelseDirektoratet har ikke hatt anledning til å foreta konkrete samfunnsøkonomiske analyser, men baserer våre vurderinger på tidligere utredninger og konklusjoner fra Holden-utvalget etc. Disse tilsier at føre-var-prinsippet med fordel kan anvendes mer proaktivt når nye tiltak skal vurderes i en situasjon der sannsynligheten for mulige alvorlige samfunnsmessige konsekvenser ikke er neglisjerbar.

EU:

Kommisjonen har i forkant av møtet i helsesikkerhetskomiteen (HSC) 6. desember lansert et utkast til uttalelse om viktigheten av å handle nå for å begrense omikron og en beskrivelse av tiltak man bør iverksette raskt.

I forslaget nevnes både TISK-relaterte spørsmål, inkludert testing ved innreise, økt sekvensering, prioritering av smittesporing, reintroduisering av ikke-farmakologiske tiltak som å ha begrensninger på store arrangementer, øke vaksinasjonsgraden, gi booster til alle over 40 og deretter til alle over 18 år, samt kommunikasjonstiltak.

I HSC-møtet 6. desember ble det lagt frem presentasjon fra sekretariatet. Som del av dette ble det presentert tiltak som kan vurderes, i linje med det som er nevnt over. Dette var om innsats knyttet til TISK, og vaksinerings, og ikke-farmasøytiske tiltak. I presentasjonen ble det vist til at det å unngå store samlinger slik som konserter, idrettsarrangementer, og store samlinger, kan være relevant for å unngå såkalte superspreder-situasjoner.

Dokumentet er til diskusjon. I lys av situasjonen er det å anta at Kommisjonen søker å nå en omforent versjon snarlig. Dette er ikke et juridisk bindende dokument, men i tråd med Kommisjonens ambisjoner for HelseSikkerhetskomiteen under EUs styrkede helseberedskap; å sikre en bedre koordinert tilnærming til pandemien basert på felles anbefalinger.

Målbilde

HelseDirektoratet har tatt utgangspunkt i regjeringens reviderte strategi fra 1. desember 2021 for å klargjøre målbildet (utvalgte sitater):

"Regjeringens mål er å beholde kontrollen på covid-19-pandemien slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, samtidig som offentlige tjenester kan ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes."

Videre beskrives hvordan man skal vurdere når det er nødvendig å iverksette forsterkede smitteverntiltak for å oppnå målbildet beskrevet over:

"Følgende covid-19-spesifikke styringsindikatorer skal legges til grunn ved vurderingen av risiko og behov for eventuelt å iverksette tiltak:

- *antall nye sykehusinnleggelser og antall samtidig inneliggende pasienter (totalbelegg)*
- *belegg på intensivavdelinger*
- *aldersfordeling av innlagte*
- *behandlingskapasitet i sykehusene*
- *kapasiteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene*
- *vaksinasjonsdekning*
- *smittetall"*

"Vurdering av sykdomsbyrde skal utgjøre en grunnlinje i vurderingen av risiko som utgangspunkt for om tiltak bør iverksettes."

"Vurderingen av risiko må videre sees i sammenheng med øvrig belastning på tjenestene, som for eksempel som følge av influensa og andre luftveisinfeksjoner. Både covid-19 og andre luftveisinfeksjoner vil kunne gi sykdom i denne sesongen, etter en lengere periode med lite smitte. Dette innebærer at man må gjøre en helhetlig vurdering av kapasiteten og den samlede belastningen på helse- og omsorgstjenesten og epidemiens utvikling."

Vi legger gjeldende strategi til grunn for vår videre drøfting av behovet for å iverksette tiltak og nivået av foreslåtte tiltak.

Vurdering av dagens situasjon

Sykdomsbyrde og historisk perspektiv

Selv om antallet registrerte smittetilfeller har en sterk økning og aldri har vært så høy i Norge som nå, har ikke antallet innlagt i sykehus økt tilsvarende. Det tilskrives at vaksinene har god beskyttelse mot alvorlig sykdom og at en stor andel av de smittede nå er barn som i liten grad får akutt alvorlig sykdom. Boosterdoser for alle over 45 vil bidra til å begrense antallet som får alvorlig sykdom også framover. Nye legemidler vil sannsynlig kunne bidra til å redusere antallet mennesker som blir alvorlig syke, og dermed også innleggelser.

Sykdomsbyrden i befolkningen, før omikron ble introdusert til landet, er betydelig:

- Siden medio oktober 2021 er per 01.12.21 til sammen 183 mennesker meldt døde av covid-19. Trenden er økende. I uke 47 2021 ble det meldt 51 dødsfall, det samme som i uke 16 i 2020, det høyeste antallet i løpet av en uke vi har hatt hittil i pandemien.

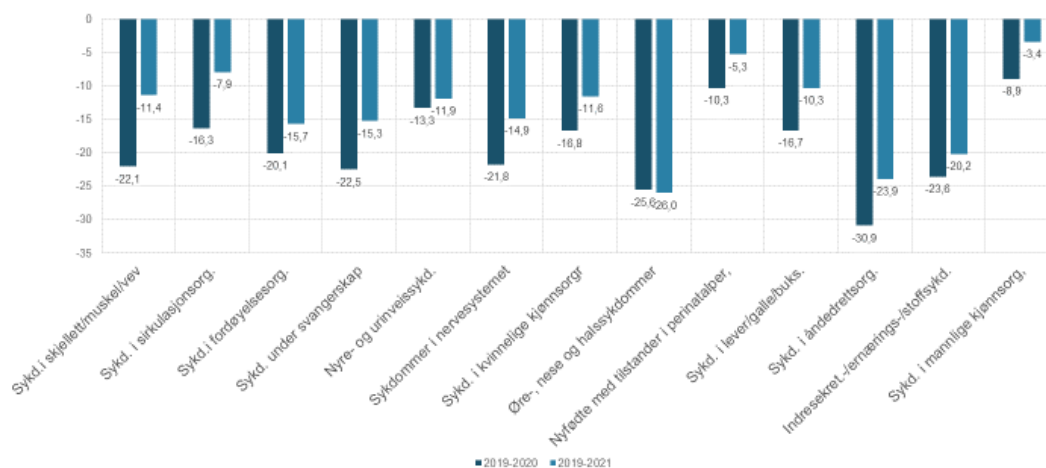
- Per 16. desember 2021 var 295 pasienter med covid-19 innlagt i sykehus, 82 i intensivavdelinger og 47 på respirator. Trenden er svakt stigende. Ut fra statsforvalterenes ukentlige rapportering til Helsedirektoratet, anslår direktoratet at ca. 300 pasienter med Covid-19 er innlagt i kommunale institusjoner.
- Det er fortsatt usikkerhet rundt hvor mange som får senfølger av gjennomgått infeksjon med Covid-19.

Belastning på helsetjenesten gjenspeiles i sykdomsbyrden

Økende sykdomsbyrde av covid-19 i befolkningen, gir økning i antall døde og økning i antall innleggelser på sykehus. I starten av pandemien så vi en svært rask økning i antall innleggelser på sykehus, slik at man måtte frigjøre behandlingskapasitet for å kunne ta imot alle som trengte behandling. I løpet av pandemien har vaksinen gjort at færre blir alvorlig syke og trenger innleggelse, samtidig som både befolkningen og helsevesenet har vent seg til sykdommen og lært seg til å håndtere den på en bedre måte. Likevel er det fortsatt slik at covid-19 infeksjonen fører til så alvorlig sykdom hos en del mennesker, at intensivbehandling er nødvendig for å overleve. I hovedsak er det uvaksinerte og eldre personer med underliggende sykdom som innlegges, men i gruppen uvaksinerte finnes også gravide kvinner, og pasienter med redusert immunrespons har også høyere risiko for innleggelse.

Vi har gjennom hele pandemien sett at smittebølgene følges av bølger med økning i antall innleggelser, selv om andelen som trenger innleggelse har blitt mindre ettersom vaksinasjonsgraden har økt. Antallet pasienter som trenger intensivbehandling øker gjerne 1-2 uker etter innleggelsestallene, og disse pasientene blir gjerne liggende lenge slik at de "hoper seg opp". For å kunne behandle alle covid-19 pasienter som trenger sykehusbehandling, kreves det at sykehusene har ledig behandlingskapasitet til dette formålet. Dersom de ikke har det, slik som i starten av pandemien, må de utsette annen pasientbehandling. Sykehusene har i ettertid forsøkt å ta igjen etterslepet, men figuren under viser "etterslep" i prosentvis endring fra 2019 basert på foreløpige data fra Helsedirektoratet frem til oktober 2021.

Planlagte døgnopphold etter hoveddiagnose. Januar-oktober. Prosent endring fra 2019



Vi ser at det fortsatt er et nokså stort etterslep i pasientbehandlingen i sykehus, selv om det er noe mindre i år enn i fjor pr oktober. Jo lengre sykehusene må ta ned annen pasientbehandling for å kunne behandle covid-19 pasienter som trenger sykehusbehandling, jo lengre må andre pasienter vente på behandling. Derfor er målet i strategien å *"beholde kontrollen på covid-19-pandemien slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene."*

Men hva er "betydelig belastning på kapasiteten i sykehusene" og når er sykehusene "overbelastet"? I oppdrag 544 om revisjon av Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien levert 26. november anbefalte Helsedirektoratet følgende definisjoner:

"Med begrepet "overbelastning" i denne strategien menes at helsetjenesten ikke kan håndtere covid-19 smittesituasjonen og samtidig ivareta ordinære helse- og omsorgstjenester.

Eksempler kan være at kommuner over tid har utfordringer med legevakt, ikke er i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter eller at man i spesialisthelsetjenesten må omprioritere og utsette planlagte operasjoner. "

I Norge er vi vant med at alle som har behov for akuttbehandling, får den behandlingen de trenger. Men når svært mange har behov for akutt behandling samtidig, kan det oppstå utfordringer. Vanligvis løses dette ved at sykehusene avlaster hverandre og samarbeider for å utnytte kapasiteten best mulig. Utover i pandemien har helseforetakene utviklet gode rutiner for å samarbeide både om covid-19 pasientene, men også for å avlaste hverandre med andre pasienter når det er behov. Den største utfordringen kommer nå alle helseforetakene fylles opp samtidig og det ikke er noen som har ledig kapasitet til å kunne avlaste. Da må sykehusene prioritere mellom pasienter.

Det skal svært mye til før norske sykehus ikke klarer å gi akuttbehandling til de pasientene som trenger det, men det vil kunne gå på bekostning av andre pasienter. Sannsynligvis vil det være en glidende overgang mellom hva som er "høy belastning" på sykehusene og hva som er "overbelastning". Men, konsekvensene av overbelastning kan være svært høye. Dersom sykehusene ikke klarer å yte nødvendig helsehjelp til andre pasienter innen rimelig tid slik at de får dårligere helse (prognosetap), vil det være et uttrykk for overbelastning i tjenesten. Dersom pasienter ikke får nødvendig helsehjelp og dør på grunn av kapasitetsutfordringer i sykehuset, vil de fleste være enige i at tjenesten er overbelastet.

Helsedirektoratet gjorde en vurdering av kapasiteten i helsetjenesten i oppdrag 544. I dette oppdraget vurderte Helsedirektoratet slik:

- Helsedirektoratet vurderer kapasiteten i primærhelsetjenesten til å være utfordret i mange kommuner grunnet full gjenåpning, samtidig nedskalering av generelle tiltak mot pandemien, en pågående fastlegekrise, sykepleiemangel og stort press på helsepersonell og andre som er sentrale i krisehåndteringen.
- Helsedirektoratet vurderer kapasiteten i spesialisthelsetjenesten til å være utfordret ved de fleste helseforetakene, stedvis svært utfordret eller overskredet. Flere sykehus melder at de allerede har tatt ned elektiv virksomhet. Hvis smittetrenden ikke snur, vurderer Helsedirektoratet at det er høy risiko for at spesialisthelsetjenesten overbelastes innen kort tid.

- HelseDirektoratet vurderer at det kan være behov for å øke den grunnleggende kapasiteten i helseforetakene og samtidig tilrettelegge for en større fleksibilitet i forhold til å oppskalere behandlingstilbudet ved behov.
- Parallelt med en økning i kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, vurderer HelseDirektoratet at arbeidet med å styrke helsetjenesten i kommunene, inkludert fastlegeordningen bør fortsette.

Vi viser til denne vurderingen og gjør her en oppdatert vurdert av kapasiteten og belastningen i helsetjenesten nedenfor.

Kapasitet og belastning i helsetjenesten

Kapasiteten i helseforetakene og spesialisthelsetjenesten

Oppsummering

- Antall covid-19 pasienter innlagt på sykehus og intensiv fortsetter å stige, og andelen disse utgjør av totalt inneliggende pasienter på sykehus og intensiv øker. Samlet sett utgjør covid-19 pasienter nå rundt 3 % av totalt antall pasienter inneliggende på norske sykehus og 30 % av intensivpasienter.
- Belastningen er som tidligere i pandemien ujevnt fordelt på sykehusene, slik at nasjonale tall i liten grad gjenspeiler regionale og lokale forhold. Ved enkelte helseforetak er det ledig kapasitet, mens andre sykehus har overbelegg. Hvilke sykehus som til enhver tid har størst belastning varierer over tid.
- Pasienter med covid-19 er av flere grunner mer ressurskrevende enn andre typer pasienter innlagt på sykehus og intensiv. Pasientene krever økte ressurser på lokaler, utstyr og ikke minst personell. I tillegg er pasientene krevende å håndtere fordi de har særskilte medisinske utfordringer i hele pasientforløpet.
- Intensivavdelingene ved sykehusene har relativt sett størst belastning siden anslagsvis 16 % av covid-19 pasienter som legges inn på sykehus trenger intensivbehandling sammenliknet med rundt 2 % for alle pasienter som legges inn på sykehus. Covid-19 pasienter innlagt på intensivavdelinger har i tillegg median liggetid på intensiv rundt 8 dager sammenliknet med 2 dager for alle intensivpasienter. Disse forholdene medfører at det er risiko for at intensivavdelingene relativt raskt vil fylles opp av covid-19 pasienter som blir liggende lenge. Ressursene som brukes til å behandle en covid-19 pasient på intensiv tilsvarer det som trengs til å behandle mange intensivpasienter med andre diagnoser.
- Tilstrømningen av covid-19 pasienter til sykehusene har ført til en reduksjon i planlagt aktivitet, spesielt polikliniske konsultasjoner og elektiv kirurgi. Hovedtendensen er at sykehusene har redusert sin planlagte aktivitet innenfor de fleste fagfelt, men i størst mulig grad har forsøkt å skåne tilbudet til barn og unge, kreftpasienter samt akutt pasienter.
- I ambulansetjenesten er det økt antall oppdrag i 2021 sammenliknet med både 2020 og 2019, ved økende belastning er det risiko for økt svartid på medisinsk nødnummer og uttrykningstid for ambulanser. Dette vil eventuelt ramme alle som trenger akutt medisinsk nødhjelp som følge av sykdom eller skade.
- Sykehusene rapporterer om utfordrende drift i alle helseregioner som skyldes generelt høyt pasientbelegg ved avdelingene kombinert med høyt sykefravær blant ansatte. Det er

iverksatt omlegging av drift og omdisponering av personell samt koordinering av innsats på tvers av sykehus for å utnytte den samlede kapasiteten best mulig.

- Sykehusene angir betydelige utfordringer med å skaffe tilstrekkelig kvalifisert helsepersonell, spesielt til behandling av voksne og barn på intensiv. Personellsituasjonen vil sannsynligvis være en viktigste begrensende faktoren for i hvilken grad sykehusene vil klare å opprettholde og eventuelt oppskalere sitt helsetilbud.
- Med introduksjon av den nye virusvarianten omikron er det risiko for at belastningen på sykehusene vil øke relativt mye innen kort tid, det er betydelige usikkerheter knyttet til tidsforløpet og omfanget av dette. Potensialet i situasjonen er svært alvorlig og kan føre til helsetap for både kronisk og akutt syke pasienter.
- Det er risiko for at det oppstår en situasjon hvor etterspørselen etter helsetjenester overstiger det som er mulig å tilby ved sykehusene. Helsetilbudet til kroniske pasienter er allerede redusert, og ved forverring av situasjonen kan også tidligere skånede grupper som barn og unge, kreftpasienter og akutt pasienter bli rammet. Avhengig av grad og varighet på belastningen fremover kan konsekvensene bli svært alvorlige og gå ut over liv og helse, både for covid-19 pasienter og andre pasienter.
- Situasjonen er etter en totalvurdering mer bekymringsfull nå enn ved tidligere pandemibølger, og risikoen er stor for at pasienter påføres prognosetap. I denne sammenheng bør det hensyntas at helsetjenesten allerede er belastet, og ytterligere smittespredning med påfølgende sykdom vil komme på toppen av dette.

Situasjonsbeskrivelse av sykehuskapasiteten nå

Covid-19 pasienter

Per 6. desember 2021 er totalt 295 pasienter registrert innleggende på norske sykehus med covid-19, hvorav 82 på intensiv og 47 med invasiv respiratorbehandling. Disse tallene er minimumstall siden det kun telles laboratoriebekreftede (ikke mistenkte) tilfeller med behov for smitteisolasjon, det vil si at avisolerte pasienter ikke telles med selv om de fortsatt er inneliggende.

Belastningen er som tidligere i pandemien ujevnt fordelt på sykehusene, slik at nasjonale tall i liten grad gjenspeiler regionale og lokale forhold. Ved enkelte helseforetak er det ledig kapasitet, mens andre sykehus har overbelegg. Hvilke sykehus som til enhver tid har størst belastning varierer over tid. Samlet sett utgjør covid-19 pasienter nå rundt 3 % av totalt antall pasienter som nå er inneliggende på norske sykehus og 30 % av intensivpasienter. Antall innleggende covid-19 pasienter på sykehus og intensiv har steget siste uker,¹ og andelen disse utgjør av totalt antall inneliggende pasienter er økende.

Pasienter med covid-19 er av flere grunner mer ressurskrevende enn andre typer pasienter innlagt på sykehus og intensiv. Behov for smitteisolering kan føre til at behandlingsplasser blir blokkert for å unngå smitteoverføring, omfanget av dette varierer avhengig av sykehusenes utforming av behandlingsrom. Smittevask etter opphold av en covid-19 pasient vil i tillegg medføre at lokaler til pasientbehandling ikke umiddelbart kan benyttes til andre pasienter før lokalene er tilstrekkelig rengjort. I tillegg vil smitteisoleringen føre til merarbeid, økt tidsbruk og slitasje for helsepersonell knyttet til bruk av sluser, omkledding og personlig verneutstyr. Løsninger som fungerer til vanlig ved at helsepersonell hjelper hverandre med å gå mellom pasienter er mer tungvint og krever ekstra tid

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/antall-innlagte-pasienter-pa-sykehus-med-pavist-covid-19>

for å hindre smitteoverføring mellom pasienter. Smittevern hensyn vanskeliggjør også tilstedeværelse og involvering av pårørende og ivaretagelse av etterlatte.

I tillegg til forholdene nevnt over har covid-19 pasienter særskilte utfordringer. En relativt stor andel er forvirret og har problemer med å samarbeide om helsehjelpen, noe som vanskeliggjør undersøkelse og behandling. Sykdommen kan angripe mange ulike organfunksjoner (hjerne, hjerte, lunger, tarm osv.) selv om hovedandelen av pasientene har en akutt, alvorlig respirasjonssvikt. Pasientenes pusteevne kan forverres raskt og bli livstruende, dette medfører økt behov for tett overvåkning og rask behandling. De sykeste pasientene som behandles på respirator må også snues regelmessig fra ryggleie til mageleie, en prosedyre som krever samtidig tilstedeværelse av 4-6 helsepersonell med spesialkompetanse. Pasienter med ECMO-behandling krever en bemanning av intensivsykepleiere tilsvarende den som er tilstrekkelig for flere andre intensivpasienter. Covid-19 pasientene har også særskilte utfordringer ved at en høy andel vil ha behov for rehabilitering som kan være omfattende og langvarig. Tidlig mobilisering og rehabilitering starter gjerne under sykehusoppholdet og videreføres etter utskrivning. Relativt mange covid-19 pasienter vil også oppleve senfølger av sykdommen som for eksempel tungpustethet, tretthet/utmattelse, angst og søvnproblemer, og nedsatt lukte- og smakssans som kan nødvendiggjøre langvarig oppfølging.

Vi har foreløpig ikke gode publiserte oversikter som sammenlikner sykelighet, pleietyngde og skrøpeligheit for covid-19 pasienter innlagt på norske sykehus opp mot alle pasienter innlagt på sykehus. Ut fra forholdene nevnt over er det grunn til å anta at covid-19 pasienter på sykehus krever mer ressurser både i form av lokaler, utstyr og ikke minst personell sammenliknet med andre sykehuspasienter. Det vi imidlertid vet er at en høy andel covid-19 pasienter trenger intensivbehandling, anslagsvis 16 % ved covid-19 sammenliknet med rundt 2 % for alle pasienter innlagt på sykehus.

For intensivpasienter er det derimot mulig å sammenlikne covid-19 pasienter opp mot andre intensivpasienter ut fra opplysninger publisert i årsrapporten fra Norsk intensivregister for 2020.² Covid-19 pasienter innlagt på intensivavdelinger hadde median alder 63.5 år og 72.8 % var menn, tilsvarende tall for alle intensivpasienter var median alder 68.0 år og 59.2 % menn. Covid-19 pasienter innlagt på intensivavdelinger hadde median liggetid på intensiv 8.2 dager, sammenliknet med 2.0 dager for alle intensivpasienter. Andelen covid-19 pasienter på intensiv som fikk respiratorbehandling var 81 %, mens 10.2 % fikk nyre-erstattende behandling og 1 % ECMO-behandling. Sammenliknet med alle intensivpasienter har intensivpasienter med covid-19 omtrent åtte ganger lenger respiratortid. Intensivpasienter med covid-19 hadde også høy skår for sykelighet (SAPS II skår) og pleietyngde (NEMS skår) og skrøpeligheit (Clinical Frailty Scale).

Andre pasientgrupper

Tilstrømningen av covid-19 pasienter til sykehusene har under hele pandemien påvirket den helsehjelpen helseforetakene har kunnet tilby andre pasientgrupper. Gjennom pandemien har det vært en reduksjon i planlagt aktivitet ved sykehusene, spesielt polikliniske konsultasjoner og elektiv kirurgi. Hovedtendensen er at sykehusene har redusert sin planlagte aktivitet innenfor de fleste fagfelt, men i størst mulig grad har forsøkt å skåne tilbudet til barn og unge, kreftpasienter samt akutt pasienter. Forsinket innrapportering av slike opplysninger til Norsk pasientregister (NPR) gjør det vanskelig å presentere oppdatert status på området. Situasjonsrapporter fra helseforetakene tilsier at flere sykehus har redusert planlagt aktivitet i stadig større grad de siste ukene, og at det er

store regionale og lokale forskjeller i situasjonsbildet. I tillegg har det vært tilfeller der avdelinger har måttet stenge midlertidig pga. smitteutbrudd, karantene og/eller smitte blant helsepersonell. En del pasienter med covid-19 symptomer eller i karantene har heller ikke kunnet møte til planlagt behandling.

En utfordring som trekkes frem fra mange sykehus er samtidig belastning av flere typer infeksjoner, spesielt ulike typer luftveisinfeksjoner som for eksempel RS-virus blant barn. Høsten 2021 har sykehusene opplevd en uvanlig tidlig og stor bølge av RS-virus som har satt press på behandlingsskapasiteten til barn, både på sykehus og intensiv.

Situasjonen i ambulansetjenesten

Fra tidligere bølger med høy belastning i pandemien har vi sett at svartid på legevakten og overbelastede legevakter har gitt overslag til medisinsk nødnummer 113 og flere oppdrag i ambulansetjenesten. Til tider har dette gitt lange svartider på medisinsk nødtelefon 113 og lange ventetider for personer som henvender seg om akutte tidskrisiske hendelser.

Transporter med potensielt smittsomme pasienter (covid-19 eller andre luftvegsagens) gir økt ledetid på hvert oppdrag ved at personellet må bruke smittevernutstyr, rengjøre og vaske ned både bil og utstyr. Dette gjør at produksjonskapasiteten går ned og det blir færre biler tilgjengelige ved akutte hendelser. I tidligere hendelser har dette blitt kompensert gjennom flere biler i produksjon og bruk av eget personell til vask og renhold ved de største sykehusene for å redusere klargjøringstiden pr. enhet.

I en periode som nå hvor smitten stiger og aktiviteten er tilnærmet normal i samfunnet, så gjør det at antall oppdrag i 2021 nå ligger over både 2020 og 2019 nivået. Samtidig er det en del oppdrag hvor det må tas høyde for covid-19 smitte som gjør at ledetiden på en del oppdrag fortsatt er lengre enn normalt. Dette gjør at belastningen i tjenesten nå reelt sett er høyere enn i 2019. Samtidig er sykefraværet høyere enn normalt og tilgangen til kompetente vikarer/ekstramannskaper er begrenset.

Drift

HelseDirektoratet har mottatt rapporter om utfordrende drift ved flere av helseforetakene i alle helseregioner, og at situasjonen har forverret seg relativt raskt og oppleves krevende. Dette skyldes generelt høyt pasientbelegg ved avdelingene kombinert med høyt sykefravær blant ansatte. Driften vanskeliggjøres av at en høy andel pasienter krever spesielle smitteverntiltak, og at det stedvis har vært utfordringer med å skrive ut pasienter til kommunal helse- og omsorgstjeneste. En rekke helseforetak har iverksatt regionale og lokale tiltak for å sikre forsvarlig drift. Eksempler på dette er regional koordinering av pasientstrøm, opprettelse av nye lokaler til pasientbehandling, og overføring av helsepersonell og/eller pasienter mellom helseforetak. En rekke helseforetak har også i ulik grad redusert planlagt virksomhet ved å utsette polikliniske avtaler og planlagte operasjoner.

Personell

HelseDirektoratet har mottatt situasjonsrapporter fra sykehusene som angir betydelige utfordringer med å skaffe tilstrekkelig kvalifisert helsepersonell, spesielt til behandling av voksne og barn på intensiv. Mange helseforetak har til grunnleggende mangel på nøkkelpersonell og utfordringer med at utenlandske vikarer uteblir under pandemien. Det er mye covid-19 relatert korttidsfravær ved mange sykehus, og stedvis også smitte blant helsepersonell. Det uttrykkes bekymring for slitasjen på personellet over tid med utstrakt bruk av forskjøvet arbeidstid og overtid. Noen helseforetak opplever at nøkkelpersonell slutter i arbeidet etter svært høy belastning over tid. Enkelte helseforetak har iverksatt repetisjonsundervisning med tanke på å omdisponere personell til intensivavdelinger.

Testkapasitet, smittevernutstyr, medisinsk forbruksmateriell og utstyr samt legemidler

Helseforetakene rapporterer at tilgangen på lokaler, testkapasitet, smittevernutstyr, medisinsk forbruksmateriell, medisinsk utstyr og legemidler for tiden er god. Det angis økt leveringstid for enkelte varer som det må tas høyde for ved bestillinger.

Beredskapsnivåer

Inneværende uke har alle regionale helseforetak hatt hevet beredskap, henholdsvis gul i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF, og grønn i Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF.

Denne uken har mange helseforetak hatt hevet beredskap. I Helse Vest RHF har Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF gul beredskap, og Helse Førde HF grønn beredskap. I Helse Nord RHF har Finnmarkssykehuset Hammerfest, Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset HF gul beredskap. I Helse Sør-Øst har Diakonhjemmet sykehus, Vestre Viken HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset i Vestfold HF og Østfold sykehus HF grønn beredskap. I Helse Midt-Norge RHF er St. Olavs hospital HF i gul beredskap og Helse Nord-Trøndelag HF i grønn beredskap.

Vurdering av sykehuskapasiteten nå og ved eventuelt økende belastning

Covid-19 pasienter og andre pasientgrupper

Direktoratet vurderer at belastningen på sykehusene og spesielt deres intensivavdelinger er stor og forventes å øke relativt raskt fremover dersom situasjonen ikke endres. De neste ukene vil det trolig være videre økning av infeksjonsrelaterte innleggelser, spesielt covid-19 og influensa. Det forventes regionale og lokale forskjeller i tilstrømningen av pasienter til sykehusene som vil gi en belastning som varierer over tid og fra sted til sted. Covid-19 pasienter er mer krevende å håndtere enn gjennomsnittet av andre pasienter fordi de har høyere sykkelighet og pleietyngde. Dette medfører at totalbelastningen på helsetjenesten er større enn det antall pasienter indikerer.

Til nå i pandemien er det hovedsakelig pasienter med planlagte behandlinger som har vært rammet av at sykehusene har hatt redusert helsetilbud, for eksempel ved reduksjon av polikliniske

konsultasjoner og planlagte operasjoner. Omfanget av dette er foreløpig vanskelig å tallfeste, og det er trolig regionale og lokale forskjeller samt ulikheter innen forskjellige fagfelt. Til nå der det derfor vanskelig å si sikkert om pasienter har blitt påført prognosetap av utsatt behandling. Dersom mange pasienter får utsatt sin behandling i lang tid, vil dette medføre et stort etterslep som vil være tidkrevende å ta igjen for sykehusene, og det vil trolig påføre grupper av pasienter prognosetap.

Dersom belastningen på sykehusene øker betydelig fremover, kan det potensielt gå ut over akuttbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette vil kunne gjøre seg gjeldende i hele pasientforløpet fra svartid på medisinsk nødnummer, utrykningstid for ambulanseoppdrag, behandling under sykehusoppholdet samt rehabilitering og oppfølging etter sykehusinnleggelse. Et påvirket akutttilbud vil gjelde for alle pasientgrupper og ikke bare covid-19 pasienter. I en ekstremt krevende situasjon kan bli nødvendig å rasjonere akutte helsetjenester til pasienter med størst forventet nytte av behandling.

Det faktum at covid-19 pasienter i langt større grad enn andre sykehusinnlagte pasienter trenger intensivbehandling med lang liggetid på intensiv, gjør at det er intensivavdelingene på sykehusene som relativt sett vil få størst belastning. Det er derfor kapasiteten for intensivbehandling for barn og voksne som vil være den mest kritiske faktoren for sykehuskapasiteten. Utfordringer her er grunnleggende mangel på nøkkelpersonell med spesialkompetanse kombinert med lite vikarer tilgjengelig fra andre land.³ Spesielt er kapasiteten på behandling av akutt syke barn begrenset, og en mangelsituasjon her vurderes som ekstra alvorlig med tanke på potensiale for tapte leveår. En situasjon med manglende intensivkapasitet vil gå ut over alle akutt syke og skadede pasienter, og risikoen for prognosetap i en slik situasjon vil være stor.

Drift

Direktoratet vurderer at driften av sykehusene nå er forsvarlig, i den forstand at pasienter får nødvendig helsehjelp. Vurderingen er at planlagt aktivitet er redusert for å kunne opprettholde helsetilbudet til prioriterte grupper som barn og unge, kreftpasienter og akutt pasienter. Det synes imidlertid mange steder å være utfordringer med pasientflyten som skyldes kombinasjon av høy pasienttilstrømning og problemer med å få skrevet ut ferdigbehandlede pasienter til kommunene.

Det er lagt planer for videre utvidelse av kapasitet i hele behandlingsskjeden, men det er usikkerhet om disse vil la seg gjennomføre med mye sykefravær blant ansatte, som vil gjelde både helsepersonell og andre personellgrupper tilknyttet helseforetakene. En ytterligere utvidelse av kapasiteten i behandlingsskjeden vil gå på bekostning av enkelte pasientgrupper som vil få utsatt sin behandling.

Situasjonen i ambulansetjenesten

Helsedirektoratet vurderer at ambulansetjenesten har økt aktivitet som de klarer å håndtere. Dersom veksten i oppdrag fortsetter vil dette i de mest belastede områdene kunne gi kapasitetsutfordringer dersom det ikke settes inn flere ressurser eller driften legges om.

³ <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>

Det er lagt planer for videre utvidelse av kapasitet og for å sikre tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen, men det vil være usikkert om disse vil være mulig å realisere i en situasjon med høyt sykefravær.

Personell

Direktoratet vurderer at det i nåværende situasjoner er relativ mangel på helsepersonell, og at situasjonen raskt kan bli forverret. Ved enkelte sykehus er knappheten på nøkkelpersonell nå så stor at situasjonen allerede er kritisk, spesielt mangelen på sykepleiere til å behandle voksne og barn på intensiv. Mangelen på nøkkelpersonell har medført stor belastning og slitasje på de som jobber over tid, med utstrakt bruk av overtid og forskjøvet arbeidstid. Dette kombinert med uvanlig stort infeksjonsrelatert sykefravær blant helsepersonell har medført betydelige bemanningsutfordringer ved mange sykehus.

Direktoratet vurderer at relativ mangel på kvalifisert helsepersonell nå er den mest begrensende faktoren for at sykehusene skal kunne opprettholde eller øke sin kapasitet fremover. Det er svært krevende at mangelen gjelder kritisk nøkkelpersonell til å behandle alvorlig syke voksne og barn som er vanskelig å erstatte med andre. Det er lagt planer for videre utvidelse av kapasitet og for å sikre tilstrekkelig kompetanse i pasientbehandlingen, men det vil være usikkert om disse vil være mulig å realisere i en situasjon med høyt sykefravær.

Helsepersonellet har stått i pandemien i lang tid. Det medfører slitasje både fysisk og psykisk, noe som må hensyntas når vurderinger av kapasitetsutfordringer fremover skal gjøres.

Testkapasitet, smittevernutstyr, medisinsk forbruksmateriell, utstyr og legemidler

HelseDirektoratet vurderer at leveransesituasjonen for øyeblikket er god. Imidlertid kan det oppstå en fremtidig mangelsituasjon som bør følges tett de neste ukene. Situasjonen vil være avhengig av nasjonal utvikling, men også internasjonal tilbud og etterspørsel av nødvendig utstyr til å yte helsehjelp.

Beredskapsnivåer

HelseDirektoratet registrerer at et økende antall regionale helseforetak og helseforetak har økt beredskapsnivåene den senere tiden, og at alle regionale helseforetak nå har hevet beredskap. Dette understreker alvoret i situasjonen, og illustrerer at vi nærmer oss en situasjon hvor det er relativt lite å hente på å avhjelpe hverandre.

Estimerte effekter av omikronvarianten

Direktoratet vurderer at potensialet for veldig rask stigning av belastningen på sykehusene er økt betydelig med introduksjonen av virusvarianten omikron. Selv om kunnskapsgrunnlaget er begrenset, ser viruset ut til å ha en uheldig kombinasjon av høy smittsomhet og lav beskyttelse av tidligere opparbeidet immunitet som følge av vaksinasjon og/eller gjennomgått sykdom. Uavhengig

av virusets evne til å forårsake alvorlig sykdom som foreløpig er usikker er potensialet i situasjonen svært alvorlig.

I tillegg til å øke etterspørselen etter sykehustjenester kan omikron ha alvorlige følger for sykefraværet blant ansatte i spesialisthelsetjenesten og dermed helsetilbudet sykehusene kan opprettholde. Dette skyldes at ansatte som er vaksinert eller har gjennomgått sykdom trolig har dårligere immunitet mot den nye virusvarianten sammenliknet med andre virusvarianter, og dermed økt risiko for smitte og sykdom som vil medføre sykefravær.

Den nye virusvarianten kan ha påvirkning på når og hvor kraftig nye tiltak for å hindre smittespredning bør iverksettes. En betydelig økt smittsomhet sammenliknet med tidligere varianter vil medføre at strategien med å styre tiltakene etter belastningen på helsetjenesten bør revurderes. Utfordringen med å styre etter sykehusbelastningen vil være at en smitteutbredelse kan være veldig omfattende før det vises på antall pasienter inneliggende på sykehus. Her vil direktoratet vise til at det gjennomsnittlig tar mange dager fra smitte, via sykdom, til opphold på sykehus og intensiv.

Andre momenter i vurderingen av sykehuskapasiteten og relevante tiltak

Helsedirektoratet vurderer at det ved sykehusene kan iverksettes en del tiltak for å øke helsetilbudet til pasienter med akutt behov for helsetjenester, utfordringen nå og videre er at mange av disse tiltakene allerede er iverksatt og til dels uttømt. Dette gjelder for eksempel utsettelse av planlagt aktivitet og koordinering mellom sykehusene av pasientstrømmer. De gjelder også omdisponering av helsepersonell samt bruk av forskjøvet arbeidstid og overtid.

Helsedirektoratet vil vise til vårt notat Prioritering av intensivkapasitet ved kapasitetsbrist som også illustrerer noen av utfordringene helsetjenesten vil kunne møte.⁴

Oppsummering av vurdering knyttet til spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet vurderer at det er risiko for at vi havner i en situasjon hvor etterspørselen etter helsetjenester overstiger det som er mulig å tilby ved sykehusene. Helsetilbudet til kroniske pasienter er allerede redusert, og ved forverrelse av situasjonen kan også tidligere skånedde grupper som barn og unge, kreftpasienter og akuttpasienter bli rammet. Avhengig av grad og varighet på belastningen fremover kan konsekvensene bli svært alvorlige og gå ut over liv og helse, både for covid-19 pasienter og andre pasienter. Samlet sett kan dette potensielt ha stor betydning for folkehelsen, med økt dødelighet og sykkelighet både på kort og lang sikt. Helsedirektoratet vurderer at situasjonen etter en totalvurdering er mer bekymringsfull nå enn ved tidligere pandemibølger, og at risikoen er stor for at pasienter påføres prognosetap. I denne sammenheng bør det hensyntas at helsetjenesten allerede er belastet, og ytterligere smittespredning med påfølgende sykdom vil komme på toppen av dette. Samtidig kan graden av helsetap i befolkningen påvirkes ved innsetting av tilstrekkelige tiltak til rett tid.

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/beredskapsplanlegging-prioritering-og-tilsyn/prioritering-av-helsehjelp-i-norge-under-covid-19-pandemien/prioritering-av-intensivbehandling-ved-kapasitetsbrist>

Belastning på kommunale helse- og omsorgstjenester

Oppsummering:

- Nye analyser av KUHR-data frem til uke 43, viser at belastningen på fastlege og legevakt har økt betydelig sammenliknet med høsten før pandemien (2019) og med fjoråret.
- Det er en stor økning i antall konsultasjoner høsten 2021 knyttet til luftveisdiagnoser.
- Kommunale pleie- og omsorgstjenester utgjør den klart største deltjenesten i kommunehelsetjenesten og består av sykehjem, hjemmetjeneste og mer. Ferskere data på belastningen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene mangler i stor grad, dessverre.
- Fra statsforvalters ukentlige rapportering får vi ufullstendige data om innlagte Covid-19 pasienter i kommunale institusjoner. I rapporten for uke 47 kom det frem at kommunene i Oslo og Viken hadde 131 inneliggende covid-19 pasienter mot 91 uken forut.
- Tilbakemelding fra landsgruppen for helsesykepleiere og kommuner viser at tjenesten opplever stor etterspørsel for ekstra konsultasjoner samtidig som flere konsultasjoner kuttes p.g.a. høyt fravær og ressursene blir omdisponert (TISK og vaksinerings)
- Etterspørselen etter sykepleiere har økt betydelig i 2020 og særlig i 2021. NAVs estimerte mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere har økt i 2020 og 2021.
- Sykefraværet har aldri vært høyere i tredje kvartal enn det var i 2021.
- Dersom vi legger de siste par årenes trend til grunn, kan vi vente en økning i sykemeldinger i fjerde kvartal 2021 og første kvartal 2022 sammenlignet tredje kvartal i 2021, både i helsetjenesten og i alle sektorer og næringer.
- Vi har ikke data om sykefravær på profesjonsnivå
- En ytterligere vekst i kontakt med legetjenesten på grunn av luftveislager og luftveissykdom både pga COVID-19 og andre årsaker medfører potensielt et langvarig forhøyet trykk på tjenesten som kan gi et økende behov for prioritering av oppgaver og pasientgrupper/pasienter.
- Ytterligere økt smitte i samfunnet med ytterligere behov for helsehjelp, kan true systemets evne til å møte befolkningens behov for telefonisk kontakt, råd og veiledning ved akutt oppståtte behov for helsehjelp. Dette kan igjen gi overslag til medisinsk nødnummer 113 med forlenget svartid og forsinket helsehjelp i tidskritiske situasjoner.

Høye smittetall avspeiler på mange måter belastningen i kommunehelsetjenesten. Når det er lite smitte, er belastningen mindre. Når smitten øker, øker belastningen på mange ulike deler av kommunehelsetjenesten og i all hovedsak på helsepersonellet i alle deltjenestene. Det er kun et fåtall av mange tusen smittede som har trengt innleggelse på sykehus i høst.

Ved påvist smitte, vil den smittede som regel følges opp av fastlege, noen er allerede i kommunal institusjon, noen legges inn der eller de får hjelp av hjemmetjenestene. Det er også kommunalt personell som følger opp karantene for husstandsmedlemmer og nærkontakter, selv om mye nå er tillitsbasert og opp til den enkelte. Det er kommunalt personell som sørger for økt testaktivitet ved økt smitte og testkrav i forbindelse med reising. Endelig er det det personell i kommunene som sørger for vaksinerings.

Det er en økt forekomst av psykiske plager og lidelser både hos barn og unge og voksne som behandles både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Data fra NPR har vist en økning i henvisninger til BUP og lang ventetid (rapportering til koordineringsgruppen for sårbare barn og unge).

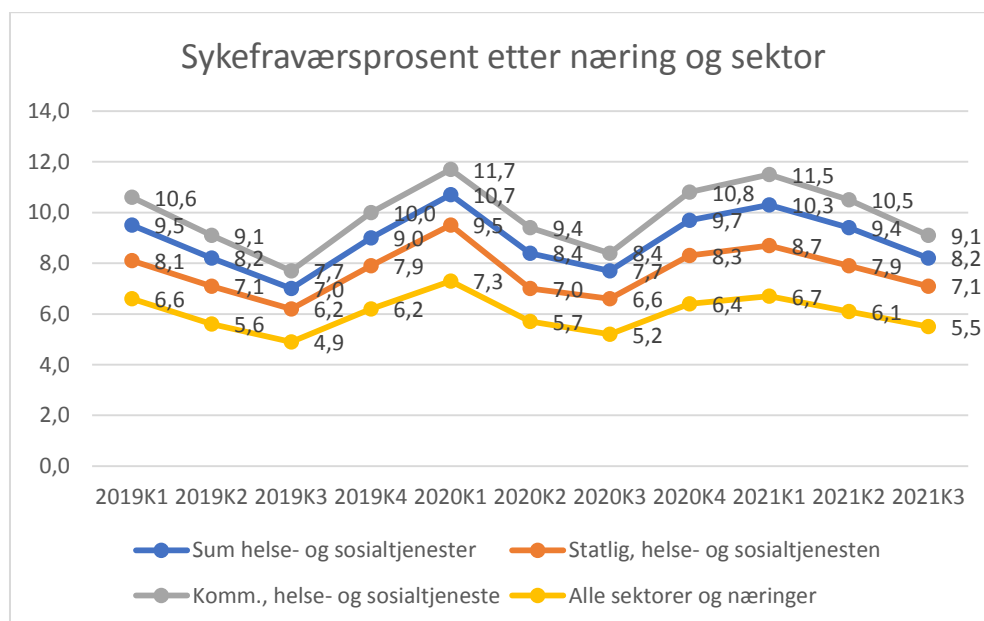
Høstens bølger av andre luftveisinfeksjoner gir også merbelastning i kommunehelsetjenesten, særlig i fastlege- og legevaktordningen, som vist senere. I tillegg kommer høyt sykefravær pga dette, på grunn av høy arbeidsbelastning under pandemien, på grunn av smitte og annet.

Sykefravær

Sykefraværet har aldri vært høyere i tredje kvartal verken i statlig eller kommunal sektor enn det var i tredje kvartal 2021.

I figuren under ser vi at i kommunalsektor er det en økning på 1,4 prosentpoeng siden 2019 og 0,7 prosentpoeng siden 2020. I statlig sektor er økningen på 0,9 prosentpoeng siden 2019 og 0,5 prosentpoeng siden 2020.

Figuren viser også at sykefraværet totalt i alle sektorer og næringer er betydelig lavere enn i helse- og sosialtjenesten. Dette var også rekordhøyt i tredje kvartal 2021. Som det fremkommer av tallene under, har tredje kvartal utgjort et *bunnpunkt* i forekomsten av sykemeldinger de to siste årene. Dersom vi legger de siste par årenes trend til grunn, kan vi vente en økning i sykemeldinger i fjerde kvartal 2021 og første kvartal 2022 sammenlignet med høsten 2021, både i helse- og sosialtjenesten og i alle sektorer og næringer som helhet.



Kilden til tallene er tabell 12442 i SSBs statistikkbank.

Legetjenestene

Nye analyser av KUHR-data frem til uke 43, viser at belastningen på fastlege og legevakt har økt betydelig sammenliknet med høsten før pandemien (2019) og med fjoråret. (Merk at smitten har økt betydelig også etter uke 43). I 2020 var det opprettet tilleggstjenester som luftveisklinikker, disse registrerte kontakter og konsultasjoner som legevakt. Høsten 2021 er disse i mange kommuner avvirket slik at fastleger og ordinær legevakt tar hånd om luftveis-pasientene.

Fastleger

Kapasitetsutviklingen i allmennlegetjenesten er negativ. Svikt i kapasiteten i fastlegeordningen vil også gjelde legevaktordningen (spesielt i små kommuner der fastlegene deltar oftere i vaktordningen og har oftere vakt) ettersom landets fastleger har plikt til å delta der, samt vil kunne bety noe for fastlegers kommunale bistillinger som sykehjemslege, helsestasjonslege ol (tilpliktet allmennlegestilling er også oftere forbundet med små kommuner).

Det er videre avdekt gjennom vårt arbeid med handlingsplanen for allmennlegetjenesten at:

- Også mange av de store kommunene sliter stadig mer med rekruttering av fastleger- noe som forverrer situasjonen også for små kommuner
- Det er manglende kapasitet til bemanning av legevakt
- Det har blitt vanskeligere å få tak i vikarer
- Vikarstafetter som gir lite kontinuitet i oppfølgingen er en utfordring

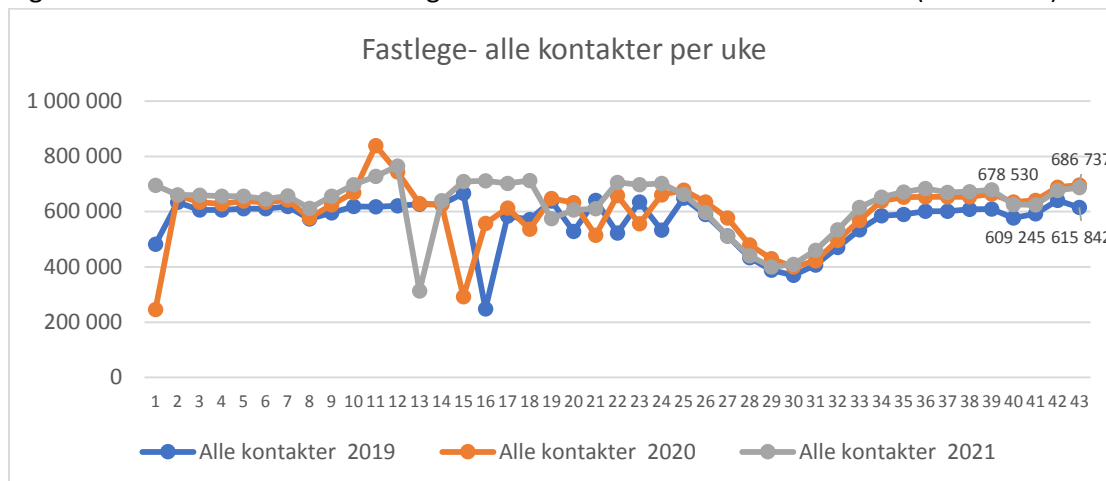
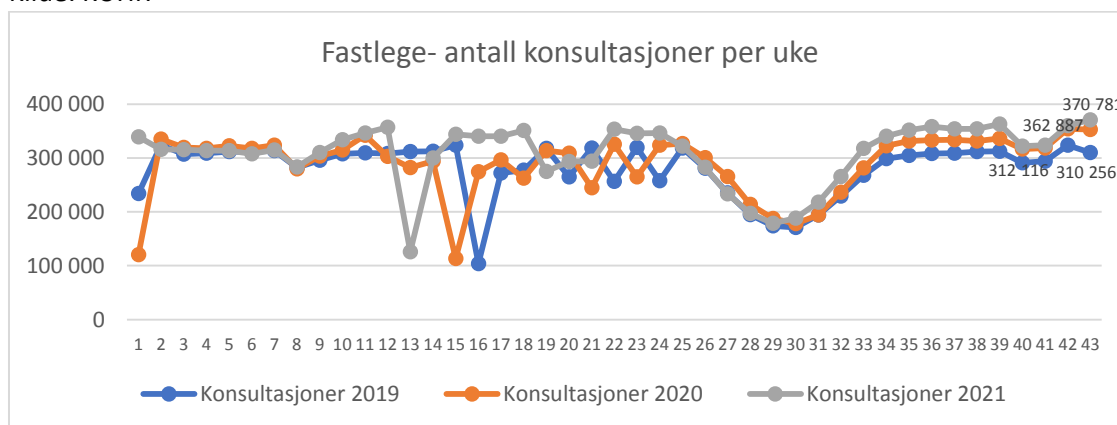
En ytterligere vekst i kontakt med legetjenesten på grunn av luftveisplager og luftveissykdom både pga COVID-19 og andre årsaker medfører potensielt et langvarig forhøyet trykk på tjenesten som kan gi et økende behov for prioritering av oppgaver og pasientgrupper/pasienter.

Økende antall konsultasjoner og kontakter

Aktiviteten hos fastleger varierer i løpet av året pga ferier som vist i figur1 og 2 under. **Kontakter** omfatter all aktivitet hos fastlegene (enkelt kontakter/fremmøte, telefon, konsultasjoner, sykebesøk), mens **konsultasjoner** kun omfatter kontakter registrert med konsultasjonstakster. I tillegg gjør fastleger arbeid som ikke inkluderes her, men da to kategoriene gir mulighet for sammenlikning mellom år.

Utviklingen i antall **kontakter** samlet hos fastlegene per uke for årene 2019 til 2021 i figur 1, viser at aktiviteten i 2020 og 2021 i flere deler av året er høyere enn i 2019, og tydeligst er dette utover høsten. **Totalt antall kontakter i oktober-ukene (siste 4 uker i figuren) har økt med 6-12 prosent sammenliknet med tilsvarende uker i 2019.**

Vi ser det samme mønsteret for **konsultasjoner** som for kontakter samlet, men med et relativt sett høyere nivå høsten 2021 enn det var samme periode i 2020. **Totalt antall konsultasjoner i oktober-ukene har økt med 10-20 prosent sammenliknet med 2019.**

Figur 1 Kontakter samlet hos fastleger for årene 2019 til 2021. Per uke 1-43 (ut oktober). Kilde: KUHR

Figur 2 Konsultasjoner samlet hos fastleger for årene 2019 til 2021. Per uke 1-43 (ut oktober). Kilde: KUHR


Økt håndtering av luftveisplager hos fastlege

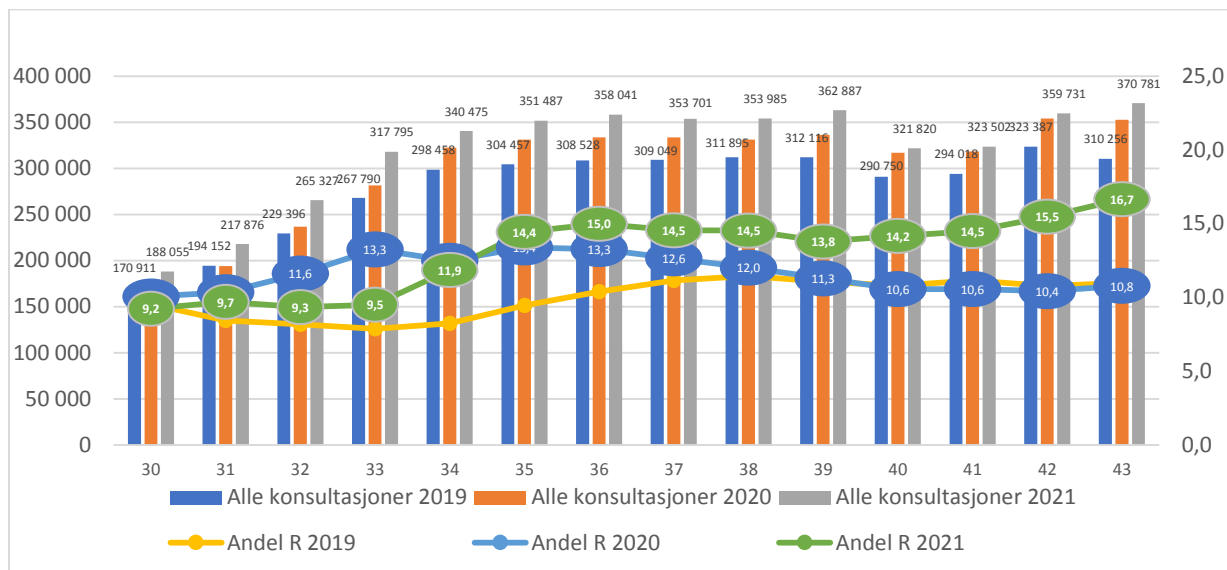
Nesten 90 prosent av konsultasjoner med utvalgte R-diagnosene⁵ (luftveisplager/-sykdom) følges opp av fastlege. Det er en stor økning i antall konsultasjoner høsten 2021 knyttet til disse diagnosene sammenliknet med samme uker i 2019, dvs før pandemien. **Økningen per uke i denne perioden har vært på 30-81 prosent.**

Det er også en økning i forhold til samme uker i 2020 på 14-62 prosent i ukene 35-43. Figur 3 viser at andelen konsultasjoner knyttet til luftveisplager/-sykdom (R-diagnoser) er høyere i 2021 enn i 2020 og 2019, og at andelen er økende utover høsten 2021. Andelen i uke 43 var 16,7 prosent, og dette utgjorde drøyt 60 000 konsultasjoner knyttet til luftveisplager. I 2019 var antallet om lag 34 000 konsultasjoner.

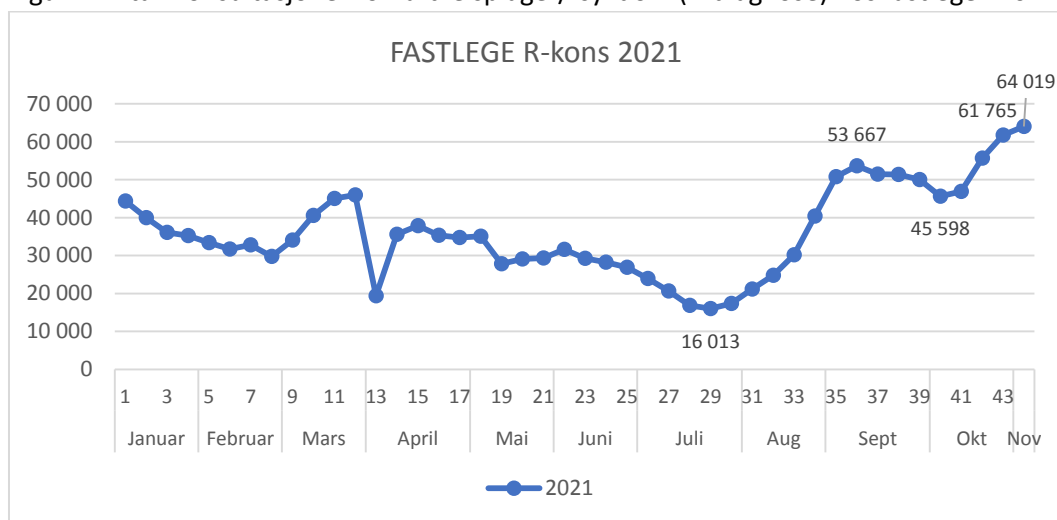
Det er større relativ vekst i konsultasjoner med R-diagnoser sammenliknet med andre konsultasjoner høsten 2021 sett opp mot 2020 og 2019. Videre er andelen e-konsultasjoner for R-diagnoser høyere for R-diagnoser (rundt 50 prosent) sammenliknet med andre typer konsultasjoner (rundt 20 prosent).

⁵ Her inngår R1-R9, R21, R24, R25, R27, R29, R33, R71, R72, R74-R83, R95, R96, R99, R991, R992.

Figur 3 Antall konsultasjoner hos fastleger og andel med utvalgte R-diagnoser for årene 2019-2021. Kilde: KUHR

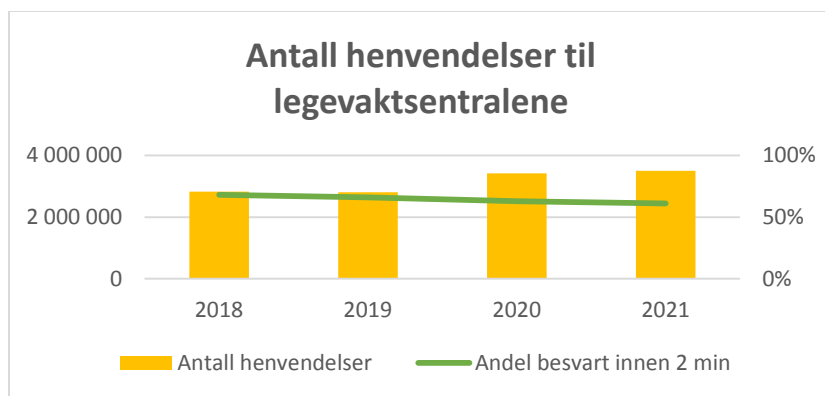


Figur 4 Antall konsultasjoner for luftveisplager/-sykdom (R-diagnose) hos fastlege i 2021. Kilde: KUHR



Legevakt

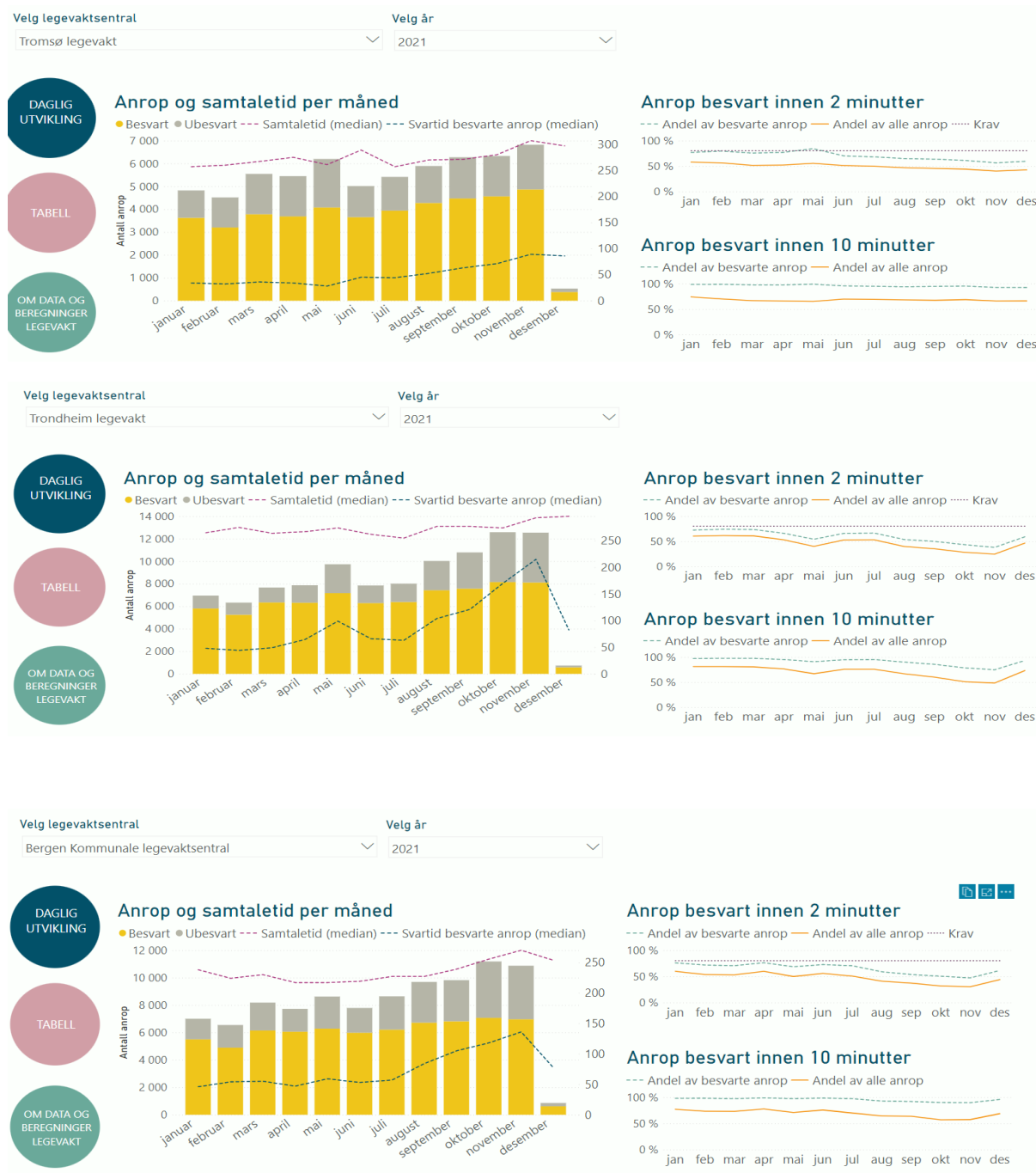
Belastning på legevakt – Uttrykt gjennom antall henvendelser til legevaktsentralene

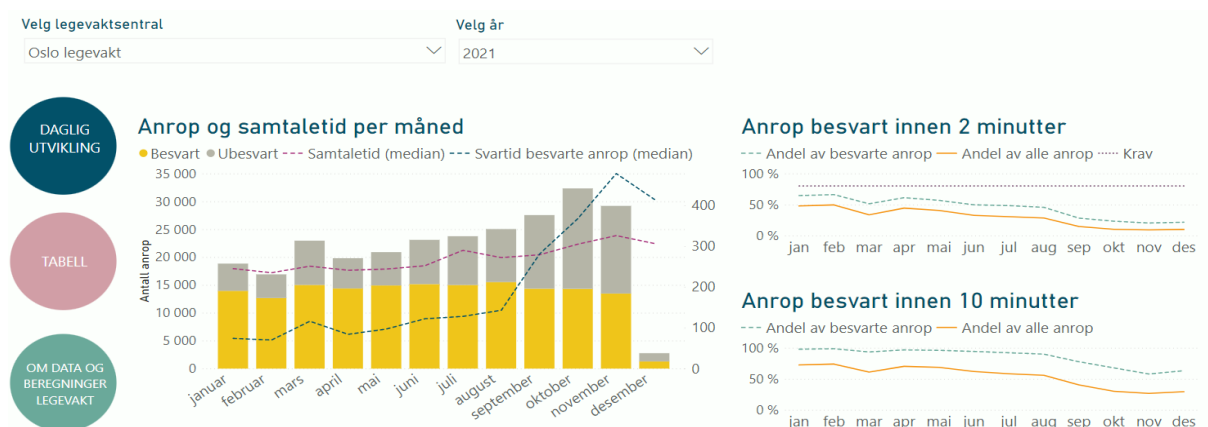


Antall telefoniske henvendelser til det nasjonale legevaktnummeret 116177 var i 2018 2.831.586 anrop. Av disse ble 82% besvart. 68% av anropene ble besvart innen det forskriftsfestede kravet på 2 minutter.

Basert på aktiviteten så langt i 2021, forventes antall anrop å passere 3,5 millioner anrop. Andelen besvarte anrop i perioden er fallende, samtidig som andelen som besvares innen 2 minutter også synker.

I de tettest befolkede områdene av landet, hvor smittetrykket over tid har vært høyt, er denne trenden enda mer markant. Dette er illustrert gjennom uttrekk fra den største legevaktsentralen i hver helseregion (Tromsø, Trondheim, Bergen, Oslo)





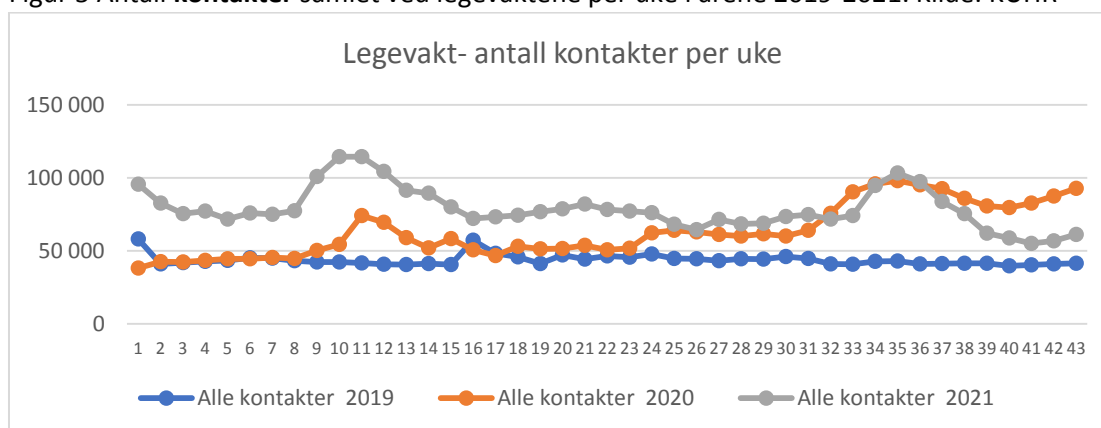
Situasjonen i disse områdene preges av økt svartid, synkende andel anrop som blir besvart samtidig som aktiviteten viser en stigende trend gjennom hele høsten.

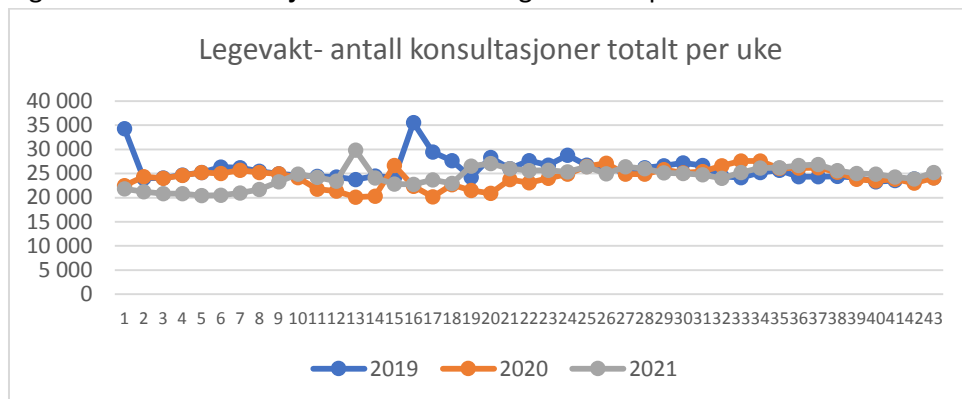
Ytterligere økt smitte i samfunnet med ytterligere behov for helsehjelp, kan true systemets evne til å møte befolkningens behov for telefonisk kontakt, råd og veiledning ved akutt oppståtte behov for helsehjelp. Dette kan igjen gi overslag til medisinsk nødnummer 113 med forlenget svartid og forsinket helsehjelp i tidskritiske situasjoner.

Antall konsultasjoner og kontakter i legevakt

Det har også ved legevaktene vært høyere aktivitet under pandemien sammenlignet med i 2019. Dette vises i figur 5 og 6. Når det gjelder kontakter samlet har det imidlertid vært et lavere nivå i oktober 2021 enn samme periode i 2020. Dette gjenfinder vi ikke når vi ser på antall konsultasjoner, og dette skyldes omfanget av testaktivitet som ikke defineres som en konsultasjon. Når det gjelder konsultasjoner er det ikke vesentlig forskjell i nivå mellom årene 2019 til 2021. Det kan derfor virke som legevaktene ikke har vært så belastet høsten 2021, med mindre det har vært lavere kapasitet på grunn av manglende bemanning.

Figur 5 Antall **kontakter** samlet ved legevaktene per uke i årene 2019-2021. Kilde: KUHR

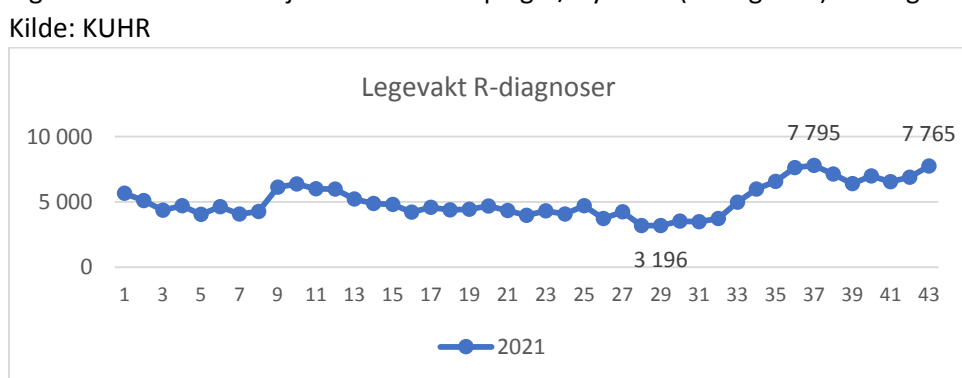


Figur 6 Antall konsultasjoner samlet ved legevaktene per uke i årene 2019-2021. Kilde: KUHR


Håndtering av luftveisplager

Antall konsultasjoner med R-diagnoser⁶ på legevakt høsten 2021 har økt betydelig sammenliknet med samme periode i 2019: 26-107 prosent høyere i 2021 sammenlignet med 2019 for ukene 31-43, hvilket tilsvarer en økning i konsultasjoner per uke mellom ca 500 til 4000.

Det er også en økning sammenliknet med samme periode i 2020, fra 8-43 prosent.

Figur 7 Antall konsultasjoner for luftveisplager/-sykdom (R-diagnose) ved legevakt i 2021. Kilde: KUHR


Portvokterrollen

Fastlegeordningens organisering ivaretar LEON prinsippet. Dette innebærer at helsetjenester skal ytes på det laveste effektive omsorgsnivå som er bra for pasientene og for samfunnet. Fastlege- og legevaktordningen har en viktig rolle som portvokter for spesialisthelsetjenesten. En godt fungerende fastlegekorps og legevakt er viktig for at oppgaver som kan løses i kommunen bidrar til å redusere presset på spesialisthelsetjenesten. Dersom førstelinjetjenesten svikter vil dette medføre at presset i mye større grad overføres til helseforetakene.

Kommuneleger

Det er også på et ledernivå en økt belastning i kommunene. Kommunelegene har en spesiell rolle lokalt i pandemien som medisinsk faglig rådgiver og fortolker av forskrifter og situasjon. En kartlegging i september 2020 viste at stillingsstørrelsene i de fleste kommunene var marginale for å håndtere en pandemi, ca. halvparten av kommunene hadde ikke pekt ut vara, de fleste kommuner hadde ikke inngått interkommunalt vakt samarbeid og hadde heller ikke kontinuitetsplan. En ny kartlegging høsten 2021 er i ferd med å ferdigstilles og foreløpige data viser noe bedring i flere

⁶ R1-R9, R21, R24, R25, R27, R29, R33, R71, R72, R74-R83, R95, R96, R99, R991, R992.

kommuner med hensyn til avlastning, men rollen som kommunelege oppfattes fremdeles som sårbar der vi erfarer at flere har blitt sykemeldt og noen slutter.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester

Ferskere data på belastningen i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene mangler i stor grad, dessverre. Kommunale pleie- og omsorgstjenestene utgjør den klart største deltjenesten i kommunehelsetjenesten og består av sykehjem, hjemmetjeneste og mer.

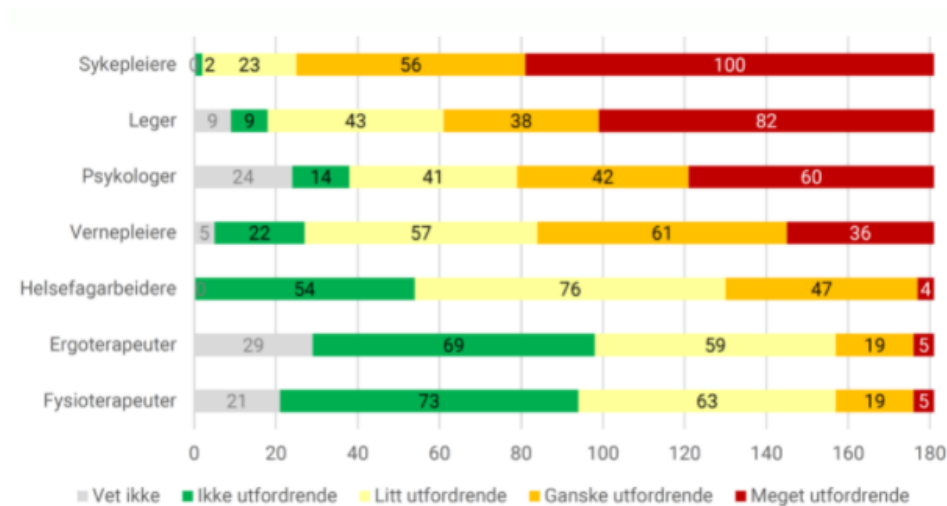
Fra statsforvalters ukentlige rapportering får vi ufullstendige data om innlagte Covid-19 pasienter i kommunale institusjoner. I rapporten for uke 47 kom det frem at kommunene i Oslo og Viken hadde 131 inneliggende covid-19 pasienter mot 91 uken forut.

Vi har ikke data om sykefravær på profesjonsnivå, men vil anta at mye av det store sykefraværet i kommunal helsesektorsom omtales tidligere er her, grunnet tjenestens størrelse. Sykepleierne har gjort en stor innsats under pandemien, tatt mye ansvar og jobbet mer enn vanlig, på nye steder og med nye oppgaver. Flere sykepleiere blir smittet av covid sammenlignet med befolkningen generelt.

Det finnes ikke data fra helsestasjon og skolehelsetjenesten. Vi baserer derfor dette innspillet på en tilbakemelding fra Landsgruppen for helsesykepleiere og direkte innspill fra kommuner. Tjenesten opplever stor etterspørsel for ekstra konsultasjoner samtidig som flere konsultasjoner kuttes p.g.a. høyt fravær og ressursene blir omdisponert (TISK og vaksinerings)

Mangel på sykepleiere

I rapporten Utfordringer med å rekruttere helsepersonell i kommunene - en grafisk framstilling av resultatene fra Kommunesektorens arbeidsgivermonitor⁷ (november 2021) ser vi at sykepleiere er den yrkesgruppen flest kommuner oppgir er vanskelig å rekruttere



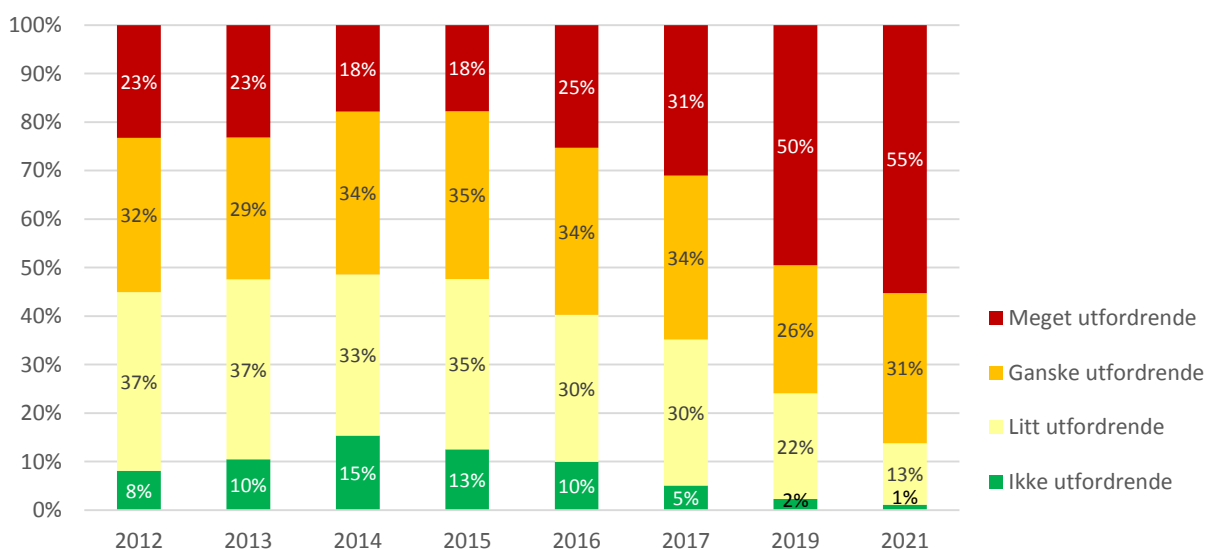
Figur 1. Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere ulike helseyrker. Antall kommuner, 2021.

⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringer-med-a-rekruttere-helsepersonell-i-kommunene>

Kommunesektorens arbeidsgivermonitor viser at kommunenes utfordringer med å rekruttere sykepleiere har økt i 2021 sammenlignet med 2019. Det har aldri vært en større andel av kommunene som rapporterer om at det er ganske eller meget utfordrende som i 2021, men det er vanskelig å vite hvor mye av den negative utviklingen fra 2019 til 2021 som er relatert til pandemien. Utviklingen har vært negativt ved hver undersøkelse etter 2015. Utfordringer med å rekruttere sykepleiere er utbredt i alle fylker.

KS gjennomfører annet hvert år en undersøkelse av hvor utfordrende kommuner vurderer at det er å rekruttere ulike yrkesgrupper, herunder sykepleiere, som en del av Kommunesektorens arbeidsgivermonitor. Undersøkelsen ble gjennomført årlig fra 2012 til 2017, og deretter annet hvert år. Spørsmålet som stilles i undersøkelsen er som følger: "Opplever kommunen det som utfordrende å rekruttere sykepleiere i dag, i tilfelle hvor utfordrende?"

Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere sykepleiere. Prosent.



Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor. Antall respondentkommuner varierer mellom 181 og 241.

Vi har imidlertid lite oppdatert informasjon om mangel på sykepleiere spesifikt og hvordan mangelen eventuelt er koronarelatert utover Statsforvalternes ukentlige rapporter om mangel på personell.

Statsforvalterne har også over tid rapportert om utfordringer med å rekruttere nok sykepleiere til kommunene i sine årlige rapporteringer. Dette er utfordringer som har eksistert uavhengig av pandemien, men som har blitt forsterket av pandemien for mange kommuner.

Etterspørselen etter sykepleiere har økt betydelig i 2020 og særlig i 2021, viser NAVs statistikk for utlyste stillinger som sykepleiere og spesialsykepleiere. Det er naturligvis vanskelig å skille ut hvor mye av økningen som er knyttet til pandemihåndteringen og hva som uansett ville ha funnet sted. Se under for en grafisk framstilling av utviklingen og mer informasjon.

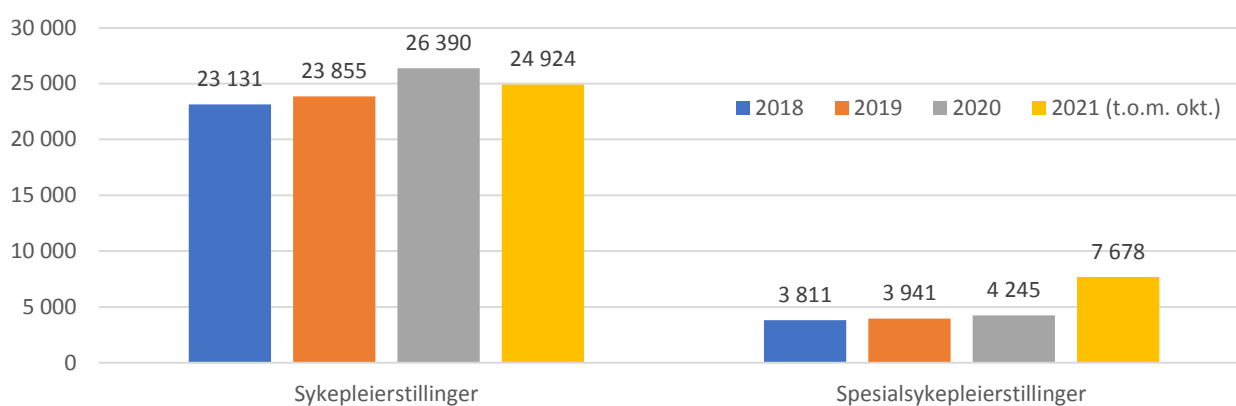
NAVs estimerte mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere har også økt i 2020 og 2021. Dette er naturlig ettersom at antall utlyste stillinger har økt såpass mye. Se under for en grafisk framstilling av utviklingen og mer informasjon.

Utlyste stillinger som sykepleier og spesialsykepleier (NAV)

Helsedirektoratet har bedt NAV om statistikk for utlyste stillinger fordelt på sykepleiere og spesialsykepleiere (samt jordmødre som ikke er vist her). Dette er ledige stillinger som enten blir meldt til NAV-kontorene som oppdrag, registrert av arbeidsgiver på nav.no eller offentliggjort i media. Statistikken gir ikke informasjon om stillingsbrøk for stillingene som utlyses, og sykepleiere som har blitt rekruttert via andre kanaler enn ordinære utlysninger fanges ikke opp av statistikken. Pandemien kan ha påvirket hvordan sykepleiere har blitt rekruttert i 2020 og 2021. Sammenlignbar statistikk finnes fra og med 2018.

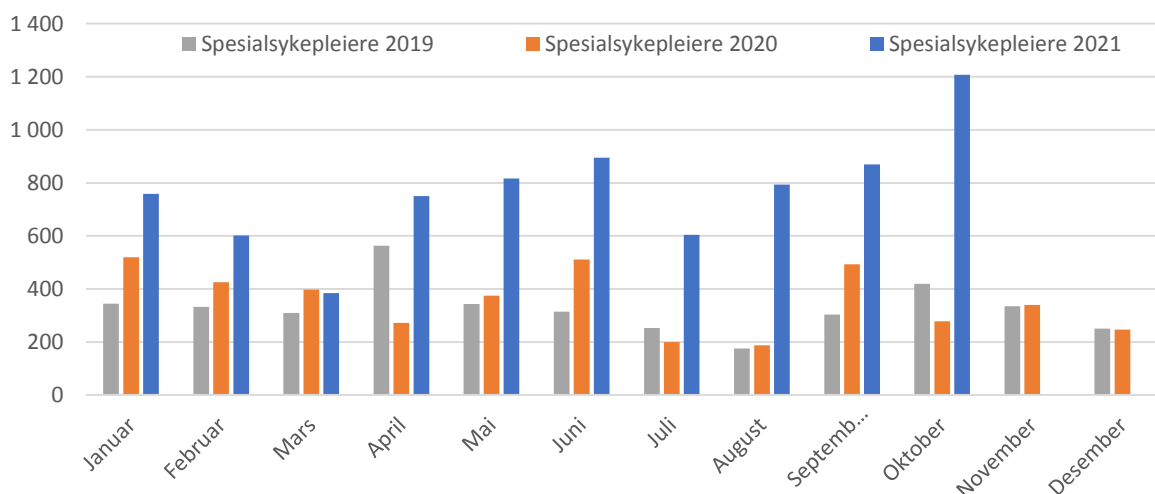
Figuren viser at antall utlyste stillinger har økt i 2020 og deretter økt betydelig i 2021. Allerede ved utgangen av oktober 2021 var nivået for utlyste spesialsykepleiestillinger langt høyere enn for hele 2020, som altså også var et år med et høyt antall utlyste stillinger. Den nederste figuren viser utlyste spesialsykepleiestillinger fordelt på måned i 2019 til 2021. Antall utlyste sykepleierstillinger pr. oktober 2021 var 2 525 flere (+ 11 prosent) enn på tilsvarende tidspunkt i 2020.

Ledige (utlyste) stillinger som sykepleier og spesialsykepleiere, 2018 til 2021 (t.o.m. oktober).



Kilde: NAV. Tilgang ledige stillinger, etter yrke. Statistikk mottatt fra NAV. 2021-tallene er t.o.m. oktober.

Ledige (utlyste) stillinger som sykepleier og spesialsykepleiere, månedlig 2018 til 2021.



Kilde: NAV. Tilgang ledige stillinger, etter yrke. Statistikk mottatt fra NAV. 2021-tallene er t.o.m. oktober.

Estimert mangel på sykepleier og spesialsykepleier (NAV)

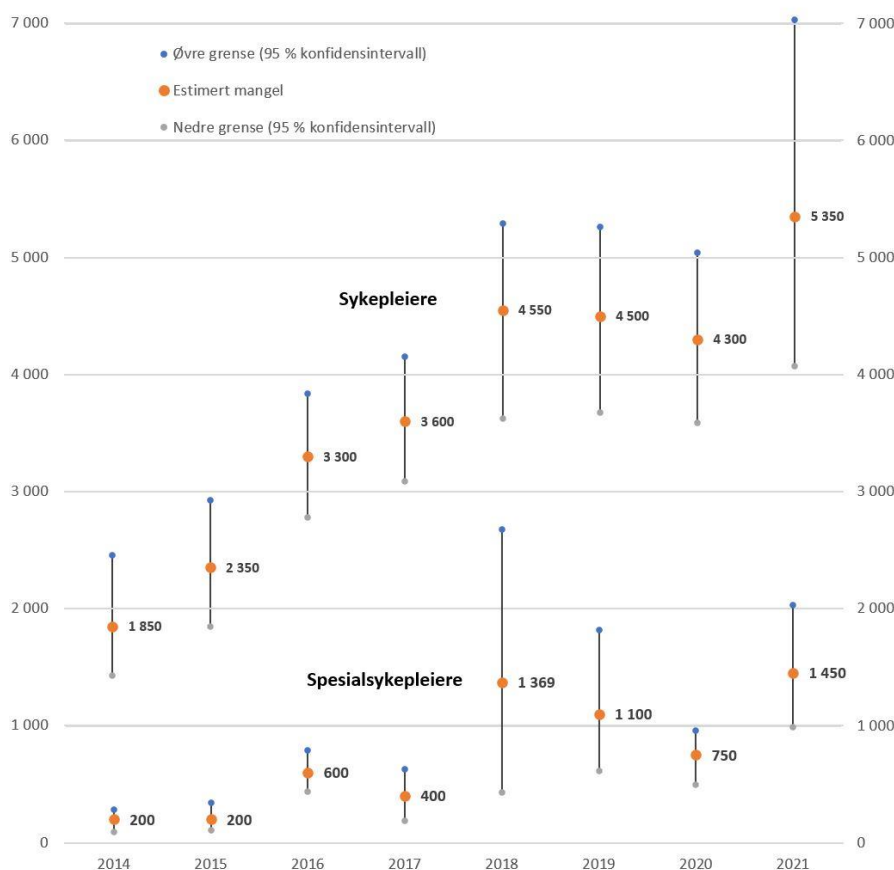
NAV gjennomfører hvert år sin bedriftsundersøkelse, der de kartlegger etterspørsel etter og mangel på arbeidskraft. Virksomhetene blir blant annet spurt om de har mislyktes å rekruttere arbeidskraft

og om årsaken til det er mangel på kvalifiserte søkere. Basert på svarene estimeres en mangel på de ulike yrkene.

Undersøkelsen for 2020 ble gjennomført tidlig i 2020, før covid-19-pandemien kom til Norge, mens undersøkelsen for 2021 ble gjennomført i februar-mars i 2021, da det var mye smitte i samfunnet. Noe av den økte estimerte mangelen på sykepleiere og spesialsykepleiere i 2021 vil trolig ha sammenheng med pandemien, blant annet knyttet til økt etterspørsel etter sykepleiere og særlig intensivsykepleiere, begrenset tilgang på utenlandske sykepleiere og nye arbeidsoppgaver i kommunene, som testing, smittesporing, vaksinerings og lignende.

Figuren viser at estimert mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere er betydelig høyere i 2021 enn tidlig i 2020. NAV estimerte i 2021 en mangel på 5 350 sykepleiere og 1 450 spesialsykepleiere. Som det kommer fram av figuren, er estimatene usikre. Den reelle mangelen vil med 95 % sannsynlighet ligge et nivå på de vertikale strekene, altså mellom 4 075 og 7 029 sykepleiere og mellom 987 og 2 030 spesialsykepleiere i 2021.

Estimert mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere (NAV).



Nærmere om fravær og sykdomssituasjonen som er i skolene

Statsforvalterne, KS, Utdanningsforbundet og andre fagorganisasjoner beskriver at bemanningssituasjonen i skoler og barnehager er svært utfordrende grunnet sykdom i personalet, personale som er hjemme med syke barn og personale som er hjemme på grunn av smitteverntiltak.

Tilbakemeldingene tyder på at det er krevende å finne både faglært og ufaglært personale.

Selv om skole- og barnehageeierne strekker seg langt for å skåne barn og unge så mye som mulig, får dette konsekvenser for tilbudet. Særlig bekymring knyttet til at:

- Elever med vedtak om spesialundervisning ikke får den opplæringen eller det tilbudet de har krav på. Flere rapporterer om redusert tilbud og at det ikke har vært mulig å gjennomføre spesialpedagogisk opplæring eller hjelp i samsvar med vedtakene. Det gis også uttrykk for bekymring med hensyn til å fange opp de elevene som ikke er en del av systemet. Blant annet elever som står i fare for å ikke få tilfredsstillende utbytte av opplæringen, men som per i dag ikke har vedtak om spesialundervisning.
- Barnehage og SFO opererer med redusert åpningstid fordi de ikke har tilstrekkelig bemanning til å ha full åpningstid.
- Elever blir sendt hjem fordi det blir vurdert som uforsvarlig å la elevene være på skolen grunnet bemanningsutfordringer. Statsforvalterne er i kontakt med de skoleeierne og kommunene som har valgt å sende elever hjem.

Helsedirektoratets vurdering av behov for og forslag til nye tiltak nå

Anbefalingene i dette dokumentet bygger på dagens kunnskapsgrunnlag. Dersom det tilkommer dokumentasjon om at potensialet i situasjonen ikke er så alvorlig som vi nå antar, vil anbefalingene umiddelbart justeres.

Helsedirektoratet vurderer at de tiltak som er iverksatt så langt regionalt eller nasjonalt, ikke er tilstrekkelig til å stanse eller vesentlig bremse smitten med omikron. I tråd med intensjonen i smittevernloven, tilsier potensialet i dagens situasjon at det er nødvendig å innføre flere tiltak så raskt som mulig.

Helsedirektoratet anbefaler derfor, inntil kunnskapsgrunnlaget om den nye varianten er bedre og gir grunnlag for eventuelle justeringer, at regjeringen innfører omfattende tiltak. Det bør vurderes å innføre alle tiltakene nasjonalt i stedet for bare i Sør-Norge. Det tar antakelig dager før omikron er spredt til alle deler av landet. Det er trolig minst risiko knyttet til å innføre hele tiltakspakken nasjonalt nå, slik at de kommunene som enda ikke har fått omikronvarianten, vil kunne profittere på at kraftfulle tiltak for å begrense spredningen blir iverksatt tidlig. I besvarelsen er tiltakene beskrevet i to ulike pakker for å gi regjeringen enklere oversikt og valgmulighet.

Konsekvensen av å vente til kunnskapsgrunnlaget blir bedre, i en situasjon hvor vi har grunn til å anta at smitten med ny variant trolig sprer seg eksponentielt, vil kunne være svært alvorlig. Betydningen av å handle tidlig med alle nødvendige tiltak for å hindre eller begrense spredning av smittsomme agens, er dokumentert gjennom flere hundre år. Jo lenger tid det går før regjeringen iverksetter tiltak, dersom verstefallsscenarioet som FHI og Helsedirektoratet er omforent om at vi må forberede oss for, jo vesentlig større blir behovet for å iverksette mer inngripende tiltak for å få kontroll med smitten.

Helsedirektoratet har tatt utgangspunkt i FHIs kommunelegehåndbok og lagt til enkelte tiltak som har vært i bruk tidligere i pandemihånderingen.

Formålet med tiltakene

Med utgangspunkt i regjeringens strategi er formålet med forslaget:

- 1) å redusere sårbarheten i helsetjenesten i hele landet ved å få ned sykdomsbyrden og belastningen på helsetjenesten og
- 2) å begrense- og forsinke spredningen av omikron-utbrudd lokalt og regionalt

Forslag til tiltakspakke som bør innføres straks

Helsedirektoratet vurderer at de tiltakene som så langt er innført ikke er tilstrekkelig til å forsinke utbredelsen av omikron.

Helsedirektoratet har tatt utgangspunkt i FHIs kommunelegehåndbok scenario 3 og justert forslagene til tiltak i forhold til dagens situasjonsbeskrivelse av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til tiltake beskrevet i kommunelegehåndbokens scenario tre, beskrives noen ytterligere tiltak som tidligere har vært i bruk i Norge under pandemien.

Som nevnt over, er denne listen ment som en kortvarig nasjonal tiltakspakke for å sikre kapasiteten i tjenestene til vi har mer oversikt over situasjonen.

Helsedirektoratet vurderer at det kan være aktuelt med ytterligere forsterkede tiltak regionalt i områder med høy smitte og eventuelt utbrudd av omikron. Dette kan for eksempel omfatte forbud mot arrangementer.

Vi foreslår å komme tilbake til egne råd for jule- og nyttårshøytiden.

Kommunikasjon

- Det er viktig at befolkningen får forståelse for hvilken alvorlig situasjon landet står ovenfor for at man skal få oppslutning om tiltakene som innføres. Erfaringen fra tidligere er at god etterlevelse fordrer bruk av forskrift. Erfaringer fra tidligere i pandemien viser at påbud og forbud har en vesentlig større etterlevelse enn anbefalinger. Med mindre omikron viser seg å gi vesentlig mildere sykdom enn deltavarianten, er det behov for å stramme inn tiltakene ytterligere i løpet av dager til noen få uker.

Privatlivet

- Innføring av avstands anbefaling.
 - Anbefaling om å holde 1 meter avstand til andre. Unntak: husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. (nasjonalt)
- Antallsbegrensning:
 - Anbefaling om maksimalt 10 gjester i private hjem (nasjonalt)
 - Anbefaling om å begrense antall sosiale kontakter pr uke, gjerne til under 10. Unntatt er kontakter i forbindelse med fritidsaktiviteter, skole og jobb" (nasjonalt)
 - Anbefaling om å møtes utendørs, der det er mulig (nasjonalt)

Arbeidslivet

- Bruk av hjemmekontor, fleksibel arbeidstid og digitale møter.
 - Nasjonalt påbud om at arbeidsgiver skal legge til rette for hjemmekontor der det er mulig uten at det går ut over tjenester som krever tilstedeværelse som er viktig og nødvendig for virksomhet ved arbeidsplassen. Eksempelvis for å ivareta sårbare grupper. Anbefaling om fleksibel arbeidstid der det ikke er mulig å ha hjemmekontor (reduserer belastningen på kollektivtransporten). Nødvendige tjenester til barn og unge skal være åpne og fysisk tilgjengelige så langt dette er forsvarlig.
- Innføring av avstands anbefaling/-krav.
 - Anbefaling om å holde minst 1 meter avstand til andre på arbeidsplassen (nasjonalt).
 - Anbefaling om munnbind der det ikke er mulig å holde avstand, med mindre det er satt inn fysiske barrierer (supplerer nasjonalt munnbindanbefaling, som er anbefalt tidligere). (Nasjonalt)

Arrangementer og sammenkomster:

- Avstand
 - Forskriftsfestet krav om å holde 1 meter avstand på arrangementer innendørs. Anbefaling om å holde 1 meter avstand ved utendørs arrangementer. Ved fastmonterte seter innendørs kan annethvert sete benyttes, og det kan ikke sitte personer i mer enn halvparten av fastmonterte seter, med mindre alle kan holde minst 1 meters avstand i alle retninger til personer i annen husstand. (nasjonalt)
- Antallsbegrensning, forskriftsfestes nasjonalt. Fortløpende vurdere behov for innstramminger regionalt.
 - Innendørs:
 - Uten faste tilviste plasser:
 - Private arrangementer på offentlig sted: 10. Unntak for barn i samme klasse med et nødvendig antall voksne tilretteleggere. (nasjonalt)
 - Andre arrangementer: 30. (nasjonalt)
 - Med faste tilviste plasser: 200. (nasjonalt)
 - Utendørs:
 - Nasjonal anbefaling om 1 meters avstand og munnbind der det ikke er mulig å holde anbefalt avstand.
- Krav om registrering av deltakere:
 - Justering: registreringsplikt for innendørs arrangementer bør gjelde *innendørs* og nasjonalt. Ikke generelt, som i kapittel 5A nå.
- Vurdere koronasertifikat
 - Helsedirektoratet anbefaler ikke bruk av koronasertifikat nå. Omikron kjennetegnes ved at vaksinene gir betydelig redusert beskyttelse mot smitte. Det er avgjørende nå

å få ned smittetallene. I tillegg kommer at sertifikatet foreløpig ikke kan brukes preventivt, og at det vil ta tid før dette ev. vil kunne bli aktuelt.

Serveringssteder:

- Innføring av avstandskrav.
 - Forskriftsfestet krav om 1 meter avstand på serveringssteder. Unntak: husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. (nasjonalt)
- Registrering av gjester
 - Foreslås som nasjonalt påbud.
- Justering av lydnivået slik at det er mulig å prate sammen med 1 meters avstand
 - Gis som anbefaling
- Krav om sitteplass til alle gjester.
 - forskriftsfestet krav om sitteplasser og bordservering av alkohol for serveringssteder som har skjenkebevilling. Foreslås som nasjonalt påbud.
- Kun bordservering
 - Se forrige punkt. Foreslås som nasjonalt påbud ved servering av alkohol.
- Begrensninger i innslippstid eller skjenketid.
 - Forskrift om skjenkestopp kl. 24. Nasjonalt påbud.
- Vurdere koronasertifikat
 - Anbefales ikke. Se begrunnelse over.

Underholdningstilbud: (Fornøylesparker, bingohaller, lekeland, spillehaller og lign.)

- For underholdningstilbud som ikke er arrangementer: Forskriftsfestet krav om at virksomheten skal legge til rette for at det skal kunne holdes 1 meters avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære (nasjonal forskrift)
- Antallsbegrensning
 - Kun krav om smittevern faglig forsvarlig drift, se forrige punkt.
- Registrering av gjester
 - Forskriftsfestet registreringsplikt, tilsvarende det som er foreslått for arrangementer og serveringssteder (nasjonal forskrift).

Treningsentre og svømmehaller:

- Avstand
 - Gjeninnføre krav til smittevern faglig forsvarlig drift som var gjeldende tidligere, herunder bransjeveiledere (avstand, hygienetiltak, fastsetting av maksimalt antall

tilstedeværende personer, anbefaling om 2m avstand på høyintensitet trening).
(Nasjonal bransjeveileder. Nasjonal forskrift om smittevernfaglig forsvarlig drift.)

- Antallsbegrensning
 - Se over
- Registrering av gjester
 - Forskriftsfestet registreringsplikt, tilsvarende det som er foreslått for arrangementer, serveringssteder og underholdningstilbud (nasjonal forskrift).
- Vurdere koronasertifikat
 - Anbefales ikke nå. Se begrunnelse over.

Universiteter og høyskoler:

Digital undervisning bør gjennomføres der det er mulig. Fysisk oppmøte bør begrenses til der det er nødvendig for studenter å gjennomføre forsøk eller ferdighetstrening, eller der det er mulig å overholde avstand og ha små grupper. Det er viktig å tilrettelegge for at studentene skal opprettholde progresjonen i studiet og gjennomføre semesteret. Eksamen med fysisk oppmøte gjennomføres med avstand, eventuelt munnbind.

Barnehager, grunnskole, videregående skole og SFO:

- Viderefører anbefaling om jevnlig testing i skoler dersom det er tilgang på selvtester.
- Trafikklysmoell etter lokale vedtak, som tidligere. Fortløpende vurdering av nasjonal eller regional innføring.
- Anbefaler å avlyse sosiale arrangementer der grupperinger blandes, for å kunne holde skolene åpne. Se for øvrig arrangementsbegrensninger, som anbefalt over. Unntak for samme klasse/kohort.

Organiserte fritidsaktiviteter:

Nasjonal anbefaling ved innendørs fritidsaktiviteter om å redusere gruppestørrelse for barn og unge under 20 år og reduserer gruppestørrelse og holde avstand for voksne. Idrett og fritidsaktiviteter utendørs kan gjennomføres som normalt. Anbefaling om stengte garderobes. Aktiviteter bør gjennomføres utendørs så langt som mulig.

- Voksne: 20 personer innendørs med minst 1 meters avstand, 2 meters avstand ved høyintensiv trening
- Under 20 år: innendørs, 20 personer eller klassen/faste gruppekohorter som barn/unge går i på skolen
- Toppidrett gjennomføres som normalt

En-til-en-virksomheter utenfor helsetjenesten (virksomheter som tilbyr frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingstjenester mv):

- Bruk av munnbind i situasjoner der det ikke er mulig å opprettholde 1 meters avstand

- Gis som nasjonal forskrift (unntak for situasjoner der det ikke er mulig å bruke munnbind).

Kollektivtransport:

- Bruk av munnbind på reisen dersom avstand ikke kan opprettholdes.
 - Allerede påbudt regionalt i covid-19-forskriften nye kapittel 5A fra 02.12.21, bør innføres påbudt nasjonalt.

Butikker og kjøpesentre.

- Forskriftsfestet krav om at virksomheten legger til rette for at det kan holdes 1 meter avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.
- Anbefaling om forsterket hygiene (smittevern faglig forsvarlig drift)

Tros- og livssynshus

- Antallsbegrensning som ved innendørs arrangementer (se over).

Varemesser og midlertidige markeder

- Varemesser og midlertidige markeder reguleres som butikker med krav til smittevern faglig forsvarlig drift og at det skal fastsettes hvor mange personer som maksimalt kan være til stede i lokalene. Krav om registrering av gjester (nasjonalt).

Lufting

- WHO har nylig gjentatt sitt råd om hyppig ventilasjon. Helsedirektoratet støtter at det gis en anbefaling om god ventilasjon/lufting i situasjoner der man oppholder seg i samme rom over tid med personer som ikke er husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.

Oppskalering av TISK

- Helsedirektoratet anbefalte i oppdrag 569 del 2 at det innføres pålagt smittekarantene også for øvrige nærkontakter ved mistanke om eller påvist omikronsmitte. Helsedirektoratet mener denne endringen bør innføres nå.
- Antallsbegrensninger er nødvendig for å kunne drive smittesporing.

Helsedirektoratet anbefaler at øvrige nærkontakter til personer med mistanke om eller med bekreftet omikronsmitte, skal ha 10 dagers karanteneplikt uavhengig av vaksinasjonsstatus og uavhengig av om de har symptomer eller ikke (på samme måte som husstandsmedlemmer og tilsvarende nære). Det anbefales at øvrige nærkontakten kan teste seg ut med PCR på dag 7. Definisjonen av øvrige nærkontakt er den samme som tidligere, hvis man har vært sammen med indeks i over 15 minutter og under 2 meters avstand.

Helsedirektoratet foreslår i denne omgang ikke at øvrige nærkontakter skal kunne teste seg ut fra smittekarantene før husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. Smittekarantene for øvrige

nærkontakter vil ha betydning for samfunnet, for eksempel ved at personer ikke kan gå på jobb eller skole. Forslagene vil i første gang gjelde for en avgrenset periode og tallet av omikronsmittede er foreløpig relativt lavt. Videre er utvidelsen av smittekarantene begrunnet i føre-var prinsippet da karantene av øvrige nærkontakter vil kunne begrense smittespredning betydelig. For å muliggjøre karantene av denne gruppen må kontaktreduserende tiltak som beskrevet overfor innføres.

Uten kontaktreduserende tiltak vil smittesporing ikke være mulig å gjennomføre for kommunene da hvert enkelt mistenkt eller smittet tilfelle kan ha svært mange øvrige nærkontakter.

Foreslått forskriftsendring vil medføre at alle som har hatt øvrige nærkontakt (dvs 15 minutter med 2 meter avstand jf. § 3 første ledd) med en person som nevnt i § 4f (isolert på bakgrunn av at det er grunn til å tro at vedkommende er smittet ved omikron), skal i karantene frem til negativ PCR-test på døgn 7. Dette vil også gjelde barn. Helsedirektoratet vil imidlertid presisere at målsetningen om å skåne barn og unge fremdeles ligger til grunn som tidligere i pandemien.

Når vi allikevel foreslår nærkontaktkarantene, som også rammer barn og unge, er det fordi situasjonens potensiale er alvorlig og kunnskapen om virusvarianten er usikker. I tillegg gjelder anbefalingene i denne besvarelsen for kort tid og etter all sannsynlighet få utbrudd. I ytterste konsekvens kan skoleklasser bli satt i karantene på grunn av påvist smitte i en klasse. Vi anser sannsynligheten som liten, men erkjenner at det kan gå ut over enkeltindivider. Helsedirektoratet vil så raskt det er mulig revurdere bestemmelsene som rammer barn og unge.

Vurdering av konsekvenser og vilkårene i smittevernloven § 1-5

Helsedirektoratet viser til vurderingen av om tiltakene er medisinsk-faglig begrunnet, nødvendig av hensyn til smittevernet og tjenlig etter en helhetsvurdering som ble gjort i leveransen på oppdrag 569 del 1.

Helsedirektoratet har hatt møte med organisasjoner i arbeidslivet for å innhente vurderinger om konsekvenser av smittekarantene ved omikron-varianten. Disse fremhever blant annet at det er særlig viktig at arbeidsgiverperioden igjen reduseres fra 16 til 3 dager for å avbøte på noen av de negative konsekvensene. Helsedirektoratet er enig i at dette er viktig og viser til at regjeringen nylig har redusert arbeidsgiverperioden fra 16 til 5 dager. Videre peker organisasjoner i arbeidslivet på at de negative konsekvensene vil lempes dersom det er mulig for øvrige nærkontakter å kunne teste seg ut av karantenen tidligere enn dag 7. De peker videre på at det er viktig med god informasjon om i hvilke tilfeller det kan mistenkes omikronsmitte, og hva som er definert som en "øvrig nærkontakt".

Å innføre smittekarantene for øvrige nærkontakter vil utvide kretsen av personer som må i karantene, og antallet i karantene per indeks kan øke betraktelig. Dette har betydning for eksempelvis næringslivet, helse- og omsorgssektoren og skole- og barnehagesektoren.

Til forslaget om å utvide smittekarantene for øvrige nærkontakter av bekreftet smittede, vil vi bemerke at smittekarantene er et målrettet og særlig egnet tiltak for å hindre videre smittespredning. Samtidig innebærer tiltaket at personer pålegges personer måtte være hjemme, og berører bevegelsesfrihet. Dette kan være spesielt inngripende for barn. Sett i lys av usikkerhetsmomentene knyttet til varianten, må imidlertid hensynet til folkehelsen tillegges stor vekt frem til det foreligger mer kunnskap om omikron. Det er en viss risiko for at forsinket reaksjon og nedstengning vil kunne medføre strengere tiltak og nedstengning av samfunnet på sikt. Dette vil kunne ramme befolkningen hardere samlet sett, herunder spesielt barn. Det forutsettes at tiltaket vurderes fortløpende, parallelt med ny kunnskap om omikron.

Helsedirektoratet mener tiltaket i lys av dagens situasjon er nødvendig og forholdsmessig.

Forslag til endring i § 4g tittel og første ledd tittel og første ledd:

§ 4g Karanteneplikt for personer som har vært i nærkontakt med person ~~i samme husstand eller tilsvarende nære~~ som er bekreftet smittet av virus som det er grunn til å tro er varianten omikron

Person som har vært i nærkontakt jf. § 3 første ledd med person ~~i samme husstand eller tilsvarende nære~~ som er pålagt isolasjon etter § 4f skal være i smittekarantene i 10 dager etter nærkontakten. Plikten opphører dersom det senere bekreftes at smitten ikke skyldes virusvarianten omikron. Plikten gjelder også ved nærkontakt som har funnet sted mindre enn 48 timer før den smittede fikk de første symptomene på smitte.

Tabellarisk oppsummering av de tiltakene Helsedirektoratet foreslår innført straks, som beskrevet over

	NASJONALT		REGIONALT	
	Anbefaling	Forskrift	Anbefaling	Forskrift
Privatlivet	<ul style="list-style-type: none"> Anbefaling om å holde 1 meter avstand til andre. Unntak: husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. Anbefaling om maksimalt 10 gjester i private hjem. Begrense antall sosiale kontakter pr uke, gjerne til under 10. Unntatt er kontakter i forbindelse med fritidsaktiviteter, skole og jobb. Anbefaling om å møtes utendørs, der det er mulig. 			
Arbeidslivet	<ul style="list-style-type: none"> Anbefaling om å holde minst 1 meter avstand til andre på arbeidsplassen. Anbefaling om munnbind der det ikke er mulig å holde avstand, med mindre det er satt inn fysiske barrierer (supplerer nasjonalt munnbindanbefaling, som er anbefalt tidligere). Anbefaling om fleksibel arbeidstid der det ikke er mulig å ha hjemmekontor (reducerer belastningen på kollektivtransporten). 	Påbud om at arbeidsgiver skal legge til rette for hjemmekontor der det er mulig uten at det går ut over tjenester som krever tilstedeværelse som er viktig og nødvendig for virksomhet ved arbeidsplassen. Eksempelvis for å ivareta sårbare grupper. Nødvendige tjenester til barn og unge skal være åpne og fysisk tilgjengelige så langt dette er forsvarlig.		

<p>Arrangementer og sammenkomster</p>	<p>Utendørs:</p> <p>Anbefaling om 1 meters avstand utendørs og munnbind der det ikke er mulig å holde anbefalt avstand.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forskriftsfestet krav om å holde 1 meter avstand på arrangementer innendørs. • Ved fastmonterte seter innendørs kan annethvert sete benyttes, og det kan ikke sitte personer i mer enn halvparten av fastmonterte seter, med mindre alle kan holde minst 1 meters avstand i alle retninger til personer i annen husstand. <p>Antallsbegrensning:</p> <p>Innendørs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uten faste tilviste plasser: <ul style="list-style-type: none"> ○ Private arrangementer på offentlig sted: 10. Unntak for barn i samme klasse med t nødvendig antall voksne tilretteleggere. ○ Andre arrangementer: 30. - Med faste tilviste plasser: 200. - Krav om registrering av deltakere. 		
<p>Serveringssteder</p>	<p>Anbefaling av justering av lydnivået slik at det er mulig å prate sammen med 1 meters avstand</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forskriftsfestet krav om 1 meter avstand på serveringssteder. Unntak: husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. • Registrering av gjester • Krav om sitteplass til alle gjester • Krav om bordservering • Skjenkestopp kl. 24.00 		

Underholdnings-tilbud		<ul style="list-style-type: none"> • Forskriftsfestet krav om at virksomheten skal legge til rette for at det skal kunne holdes 1 meters avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. • Forskriftsfestet registreringsplikt, tilsvarende det som er foreslått for arrangementer og serveringssteder. 		
Treningsentre og svømmehaller	<p>Gjeninnføre krav til smittevern faglig forsvarlig drift som var gjeldende tidligere, herunder bransjeveiledere (avstand, hygienetiltak, fastsetting av maksimalt antall tilstedeværende personer, anbefaling om 2m avstand på høyintensitet gruppetrening).</p> <p>(Nasjonal bransjeveileder. Nasjonal forskrift om smittevern faglig forsvarlig drift.)</p>	<p>Gjeninnføre krav til smittevern faglig forsvarlig drift som var gjeldende tidligere, herunder bransjeveiledere (avstand, hygienetiltak, fastsetting av maksimalt antall tilstedeværende personer, anbefaling om 2m avstand på høyintensitet trening).</p> <p>(Nasjonal bransjeveileder. Nasjonal forskrift om smittevern faglig forsvarlig drift.)</p> <p>Forskriftsfestet registreringsplikt, tilsvarende det som er foreslått for arrangementer, serveringssteder og underholdningstilbud.</p>		
Undervisning og høyskoler	<p>Digital undervisning bør gjennomføres der det er mulig. Fysisk oppmøte bør begrenses til der det er nødvendig for studenter å gjennomføre forsøk eller ferdighetstrening, eller der det er mulig å overholde avstand og ha små grupper. Det er viktig å tilrettelegge for at studentene skal opprettholde progresjonen i studiet og gjennomføre semesteret. Eksamen med fysisk oppmøte gjennomføres med avstand, eventuelt munnbind.</p>			
Barnehager, grunnskoler, videregående skole og SFO	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefaling om jevnlig testing i skoler dersom det er tilgang på selvtester. • Anbefaler å avlyse sosiale arrangementer der grupperinger blandes, for å kunne holde skolene åpne. Se for øvrig 			Trafikklysmodell etter lokale vedtak. Fortløpende vurderin

	arrangementsbegrensninger , som anbefalt over. Unntak for samme klasse/kohort.			g av nasjonal eller regional innføring .
Organiserte fritidsaktiviteter	<p>Nasjonal anbefaling ved innendørs fritidsaktiviteter om å redusere gruppestørrelse for barn og unge under 20 år og reduserer gruppestørrelse og holde avstand for voksne. Idrett og fritidsaktiviteter utendørs kan gjennomføres som normalt.</p> <p>Anbefaling om stengte garderobes. Aktiviteter bør gjennomføres utendørs så langt som mulig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voksne: 20 personer innendørs med minst 1 meters avstand, 2 meters avstand ved høyintensiv trening • Under 20 år: innendørs, 20 personer eller klassen/faste gruppekohorter som barn/unge går i på skolen • Toppidrett gjennomføres som normalt 			
En-til-en-virkosmheter utenfor helsetjenesten (frisører mv)		<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av munnbind i situasjoner der det ikke er mulig å opprettholde 1 meters avstand • Unntak for situasjoner der det ikke er mulig å bruke munnbind. 		
Kollektivtransport		Bruk av munnbind på reisen dersom avstand ikke kan opprettholdes.		
Butikker og kjøpesentre	<ul style="list-style-type: none"> • Anbefaling om forsterket hygiene (smittevern faglig forsvarlig drift). 	Forskriftsfestet krav om at virksomheten legger til rette for at det kan holdes 1 meter avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.		
Tros- og livssynshus		Antallsbegrensning innendørs som ved innendørs arrangementer		
Varemesser og midlertidige markeder		<ul style="list-style-type: none"> • Varemesser og midlertidige markeder reguleres som butikker med krav til 		

		smittevern faglig forsvarlig drift og at det skal fastsettes hvor mange personer som maksimalt kan være til stede i lokalene. <ul style="list-style-type: none"> • Krav om registrering av gjester 		
Lufting	WHO har nylig gjentatt sitt råd om hyppig ventilasjon. Helsedirektoratet støtter at det gis en anbefaling om god ventilasjon/lufting i situasjoner der man oppholder seg i samme rom over tid med personer som ikke er husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.			

Meget alvorlig scenario – ytterligere tiltak som kan vurderes dersom ovenfor anbefalte tiltak ikke er tilstrekkelig

Dersom situasjonen raskt utvikler seg i en enda mer alvorlig retning, vil det kunne bli nødvendig med ytterligere tiltak. Dette kan innebære å stenge ned samfunnet helt eller delvis. Helsedirektoratet har ikke mottatt oppdatert situasjonsvurdering og modelleringer fra FHI. Vi lister her opp tiltak som vil kunne bli aktuelt og må vurderes i en slik situasjon, men har på grunn av tidsmangel ikke kunnet vurdere dette mer konkret. Listen bygger mye på de tiltakene som ble innført 12. mars 2020: Forbud mot:

- Kulturarrangementer
- Idrettsarrangementer og organisert idrettsaktivitet både innendørs og utendørs
- Alle virksomheter i serveringsbransjen med unntak av serveringssteder der det foregår servering av mat, det vil si kantiner og spisesteder som kan legge til rette for at besøkende kan holde minst 1 meters avstand. Servering av mat skal ikke skje som buffet. Serveringsbransjen omfatter restaurant, bar, pub og uteliv.
- Treningsentre
- Svømmehaller, badeland og liknende.
- Møteforbud og arrangementsforbud.

Stengning av utdanningsinstitusjoner, erstattes med digital hjemmeundervisning der det er mulig

- Barnehager
- Barneskoler, ungdomsskoler, videregående skoler
- Universiteter og høyskoler
- Andre utdanningsinstitusjoner

Unntak: barn av foreldre med kritisk samfunns viktig person og barn med spesielle omsorgsbehov.

Videre om konsekvenser for samfunnet av ulike strategiske valg

Regjeringens mål er, som beskrevet over, å beholde kontrollen på covid-19-pandemien slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, samtidig som offentlige tjenester kan ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes.

Helsedirektoratet vurderer:

- at sykdomsbyrden i befolkningen allerede med delta-varianten er betydelig
- at belastningen på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene er betydelig

Helsedirektoratet vil bemerke at Holden-utvalget beskrev at samfunnsøkonomien ble best beskyttet ved å holde smittetallene lave. Målet var at vaksineeffekten skulle føre til en overgang fra dette utgangspunktet, men vaksinenes avtagende effekt mot deltaviruset har ført til at det samfunnsøkonomiske utgangspunktet antagelig ikke er særlig endret. I tillegg bringer introduksjonen av omikron oss tilbake til betydelig usikkerhet. Vi står i en situasjon med høyt og økende nasjonalt smittepress grunnet deltaviruset, samtidig som vi må håndtere at vaksinene sannsynlig har svært begrenset effekt mot smitte med omikron, og at vaksinene har ukjent effekt mot alvorlig sykdom som følge av sykdom forårsaket av omikron. En langvarig nedstengning av samfunnet på grunn av svær høy sykdomsbyrde og overbelastning av tjenestene er etter direktoratets vurdering samfunnsøkonomisk lite gunstig.

I Norge var regjeringens strategi for håndtering av pandemien i store deler av 2020 "slå ned og hold nede". Strategien er i tråd med smittevernlovens formål. Den fungerte godt for å få kontroll på smitten og redusere belastningen på helsetjenesten slik at samfunnet kunne fungere tilnærmet normalt utover våren og sommeren 2020. Dette var erfaringen fra andre land som fulgte samme strategi, f.eks. New Zealand og Australia.

Etter å ha fulgt denne strategien ble Norge pekt på som det landet som hadde håndtert Covid-19 best i verden. I senere faser av pandemien har strategien hatt ulike målsettinger og man har hatt andre strategier. "Normal hverdag med økt beredskap" er en klassisk "brems" strategi som man trodde og håpet kunne fungere i et samfunn med høy vaksinasjonsdekning der vaksinene hadde større grad av varig effekt enn det som har vært tilfellet.

Brems-strategier uten vaksiner viste seg tidligere flere steder i verden å ikke fungere for å redusere sykdomsbyrde og dødelighet, f.eks. Sverige og England i tidlig fase. Land som i svært begrenset omfang har iverksatt tiltak for å beskytte egen befolkning mot smitte, har opplevd en betydelig overbelastning av helsetjenesten og et stort antall døde, jamfør Brasil og Russland. Denne strategien har åpenbart påvirket ulike samfunnsfunksjoner i tillegg til helsetjenesten.

I Norge i dag har vi nå to varianter av covid-19. Helsedirektoratet og FHI er enig i at omikron sannsynlig er vesentlig mer smittsom enn delta-varianten, og vil bli dominerende i løpet av uker til måneder. Hvor lang tid dette tar, er avhengig av hvilke tiltak regjeringen iverksetter.

Samfunnsøkonomiske vurderinger

Først må det her tas forbehold om at det *ikke* er gjennomført nye samfunnsøkonomiske analyser av tiltakene som foreslås over og at det pga. betydelig usikkerhet i en nyoppstått smittesituasjon *ikke* er

gjort en grundig vurdering av i hvilken grad tidligere vurderinger fortsatt er gyldige. Vi velger likevel å basere oss på tidligere vurderinger fra blant annet Holden-utvalget siden mange av de prinsipielle og overordnede vurderingene der er grundige og derfor antas å ha overføringsverdi til dagens situasjon.

Over er det begrunnet hvorfor det er nødvendig med omfattende kontaktreduserende tiltak i Norge nå. Dersom det innføres smitteverntiltak som berører store deler av befolkningen, blir også de samfunnsøkonomiske konsekvensene omfattende. I vurderingen under viser vi til to nye rapporter fra SSB, men også tidligere rapporter fra Holden-utvalget når det gjelder vurderinger av enkelttiltak og tiltakspakker for ulike deler av samfunnet.

En overordnet vurdering av samfunnsøkonomiske konsekvenser i en potensiell ny smittesituasjon

SSBs nye rapport [Konjunkturtendensene 2021/4 med nasjonalregnskapet for 3. kvartal 2021 og endelig nasjonalregnskap for 2019 \(ssb.no\)](#) gjør en vurdering av konsekvensen for norsk økonomi totalt. Der fremgår det at:

Samlet vil de realøkonomiske kostnadene i kjølvannet av det mer alvorlige pandemiske forløpet beløpe seg til rundt 60 milliarder kroner, om lag det samme som kostnadene ved den reduserte aktiviteten i de tre første kvartalene i år. De realøkonomiske kostnadene av pandemien har fra februar 2020 til september i år vært rundt 225 milliarder kroner, målt ved forskjellen mellom den faktiske utviklingen i BNP Fastlands-Norge og en beregnet trend (se figur 2.1). Kostnadene var størst i begynnelsen av pandemien med flere tiltak som for eksempel stenging av barnehager og skoler. Det er imidlertid stor usikkerhet forbundet med behovet for en ny nedstengning i et mer alvorlig scenario som vi her har sett på.

I en slik vurdering av konsekvenser for norsk økonomi har det betydning i) hva som iverksettes av tiltak og nedskalering/aktivitetsnedgang i utlandet, ii) hva skjer i den norske befolkningen i form av selvreregulering/adferdsendring som fører til redusert kontakt og aktivitet, og iii) hvilke restriksjoner norske myndigheter legger på folks aktivitet for å oppnå et akseptabelt smittenivå i Norge. De to første påvirkes i mindre grad av hva norske myndigheter beslutter om tiltak, men de påvirker økonomien i stor grad jo større smitten er i resten av verden og i det norske samfunnet.

Hvor stor del av de økonomiske konsekvensene som følger av norske myndigheters beslutninger er ikke vurdert nå. Det har heller ikke så stor betydning ettersom verdien av helsekonsekvensene (helsegevinstene ved å redusere smitten og eventuelle helsekonsekvenser av tiltaksbyrden) heller ikke er anslått for den nye situasjonen, og disse derfor ikke kan veies opp mot hverandre. Et viktig poeng er imidlertid at tiltak besluttet og iverksatt av norske myndigheter ikke er ansvarlig for alle realøkonomiske kostnader av pandemien, men de er viktige for å holde smitten på et akseptabelt nivå. Et annet viktig poeng er at det å holde smitten på et lavt nok nivå i samfunnet til at både nødvendig smittesporing og helsetjenesten fungerer kan være gunstig *både* for økonomien og for helsekonsekvensene (jf. Holden-utvalgets tredje rapport del 2). [Samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak -Tredje rapport - del 2 \(15. mars 2021\).pdf \(helsedirektoratet.no\)](#) Poenget med å holde smitten på et lavt nivå, og dermed kunne basere seg på lite inngripende tiltak, understrekes også av ny kunnskap om pandemiens betydning for befolkningens livskvalitet (jf. [Vi har blitt mindre fornøyd med livet under pandemien \(ssb.no\)](#)). Norske myndigheters tiltak for å redusere kontakt mellom mennesker er i stor grad rettet mot dem som av ulike grunner ikke iverksetter selvregerende tiltak. Slike kan rammes økonomisk og/eller sosialt og oppleve en påtvunget uønsket tiltaksbyrde. Men både slike grupper av befolkningen, og dem som iverksetter selvregerende tiltak (enten disse er begrunnet egen interesse/frykt eller mer altruistiske samfunnskonsekvenser) rammes av pandemien.

Å iverksette målrettede smittereduserende tiltak tidlig nok til at det ikke blir nødvendig med mer omfattende og langvarige tiltak har derfor stor betydning både økonomisk og velferdsmessig. De samfunnsøkonomiske vurderingene tilsier at føre-var-prinsippet med fordel kan anvendes mer proaktivt når nye tiltak skal vurderes i en situasjon der sannsynligheten for mulige alvorlige samfunnsmessige konsekvenser ikke er neglisjerbar.

Samfunnsøkonomiske vurderingers betydning for kommunikasjon om tiltak

Når nye tiltak og tiltakspakker som er inngripende i folks hverdag skal kommuniseres ut til befolkningen kan det være nyttig å vise til den slags overordnede samfunnsøkonomiske vurderinger som er gjort over. Tiltak som er målrettede, ikke er for omfattende og ikke er for langvarige, og som både er gunstige for økonomien og for folks velferd når de først er gjennomført, er trolig både lettere å kommunisere ut og lettere å få aksept for enn mer uklare og vinglete tilnærminger. Det er imidlertid ikke til å komme bort fra at ulike grupper i befolkningen rammes ulikt. Her blir det både viktig med gode og velbegrunnede forholdsmessighetsvurderinger av tiltak før de iverksettes, men også velbegrunnede og treffende kompenserende tiltak (også økonomiske) for dem som rammes hardest av de tiltak som iverksettes. Ettersom det har vist seg at tillitsbaserte tiltak og anbefalinger har begrenset effekt, og man i større grad kan måtte basere seg på påbud, lov og forskrift for å oppnå ønsket effekt og intensjon med tiltakene, gir de samfunnsøkonomiske vurderingene et godt grunnlag for å begrunne også den mer restriktive og inngripende typen tiltak.

Vurdering av samfunnskonsekvenser av tiltak og tiltakspakker i en potensiell ny smittesituasjon

Det er ikke gjort nye samfunnsøkonomiske vurderinger av tiltak og tiltakspakker i denne omgang. Det beste man kan gjøre på kort sikt er å ta utgangspunkt i tidligere vurderinger av tiltak og forholdsmessighetsvurderinger. Og selv om en ny smittesituasjon kan tilsa at det er/blir nødvendig med nye vurderinger av tiltak og nye forholdsmessighetsvurderinger, er vurderingene i tiltaksbyrdetabellen i Holden-utvalgets tredje rapport så generelle at de kan brukes også nå.

Helsedirektoratets vurdering er at tiltakene foreslått over er i samsvar med de overordnede vurderingene i tiltaksbyrdetabellen. Det er likevel ikke tilfredsstillende å komme med nye inngripende tiltak som ikke er vurdert grundig. Men også utredningsinstruksen åpner for at i situasjoner med begrenset tid til rådighet vil tiltak som berører store befolkningsgrupper kunne måtte gjennomføres uten omfattende samfunnsøkonomiske vurderinger. Gitt at vi nå er i en situasjon med mulighet for alvorlige samfunnskonsekvenser dersom tiltak ikke iverksettes, kan det trolig forvares å innføre nye tiltak (jf. føre-var-prinsippet). Vi viser også til FHIs tilsvarende overordnede vurderinger av tiltak, tiltaksbyrde og forholdsmessighet.

Juridiske vurderinger av forslag til tiltak og forslag til forskriftsbestemmelser

Tiltakene som foreslås her, foreslås innført nasjonalt, i covid-19 forskriftens kapittel 5. Det betyr at de fleste nåværende bestemmelser i kapittel 5A utgår til fordel for nasjonale forskriftsbestemmelser.

I tillegg legges kan det vurderes om det skal innføres regionale tiltak. Dette vil i så fall inngå i kapittel 5A. Dette kan gjøres fra nasjonalt hold, men også ved lokalt vedtak med hjemmel i smittevernloven § 4-1. Tiltakene bør vurderes iverksatt i kommuner i bo- og arbeidsmarkedsregioner med påviste tilfeller av omikron-varianten, samt kommuner med høyt smittetrykk med utfordringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Overordnet vurdering av vilkårene i § 4-1 andre ledd og § 1-5

Hjemmel for å fastsette tiltak for hele eller deler av landet (smittevernloven § 4-1)

Hjemmelen for å iverksette smitteverntiltak for hele eller deler av landet følger av smittevernloven § 4-1 andre ledd. Bestemmelsen sier at "*Ved et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom og når det er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen, kan Helsedirektoratet treffe vedtak som nevnt i første ledd for hele landet eller for deler av landet*". Under pandemien er det i praksis regjeringen, eventuelt Helse- og omsorgsdepartementet, som fatter slike beslutninger.

Helsedirektoratet legger til grunn at vilkåret om at det foreligger et alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom er oppfylt. Vi viser i denne sammenheng til tidligere vurderinger, blant annet i tidligere leveranser av oppdrag 552. Vilket om at det "*er avgjørende å få satt tiltak i verk raskt for å motvirke overføring av sykdommen*" vurderes også å være oppfylt. Det vises her til situasjonsbeskrivelsen tidligere i besvarelsen.

Dersom forslagene til visse regionale tiltak iverksettes for deler av landet, må vurderingen av om tiltakene anses nødvendige av hensyn til smittevernet gjøres konkret for de kommunene som tiltakene skal omfattes av. Helsedirektoratet vurderer at smittesituasjonen i de kommunene som i dag er omfattet av tiltakspakken, jf. covid-19-forskriften § 16a, er av en slik alvorlighetsgrad at det vil være nødvendig av hensyn til smittevernet å også innføre de regionale tiltakene som anbefales her. Helsedirektoratet understreker at nasjonale myndigheter kan overstyre den kommunale vurderingen av nødvendighet og iverksette tiltak selv om kommunene ikke er enige, jf. smittevernloven § 4-1 andre ledd.

Forholdsmessighetsvurdering (smittevernloven § 1-5)

Smittevernloven § 1-5 stiller grunnleggende krav for iverksetting av smitteverntiltak med hjemmel i smittevernloven. Etter bestemmelsen skal smitteverntiltak etter loven være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning fra den eller de tiltaket gjelder.

Tiltakene som anbefales har også tidligere vært benyttet i ulike faser av pandemien. Disse anses å være medisinskfaglig begrunnet. Det vises til vurderingene over.

Som situasjonsbeskrivelsen viser, mener Helsedirektoratet at det nå er nødvendig av hensyn til smittevernet å iverksette strengere kontaktreducerende tiltak i hele landet. Det vises til vurderingene av situasjonen over, der det understrekes at det er trolig minst risiko knyttet til å innføre hele tiltakspakken nasjonalt nå, for å forebygge at situasjonen eskalerer ytterligere i de kommunene som enda ikke har fått omikronvarianten. Tiltakene anses dermed både nødvendig for å avhjelpe en pågående utfordrende situasjon i deler av landet, og nødvendig for å forebygge at situasjonen eskalerer i andre deler av landet.

Hvorvidt tiltakene fremstår tjenlig etter en helhetsvurdering, beror blant annet på en vurdering av hvorvidt tiltakene anses forholdsmessige. Dette innebærer at den helsemessige nytten av tiltaket må stå i forhold til tiltakets øvrige samfunnsmessige konsekvenser.

Flere av tiltakene som foreslås er inngripende. Tiltakene vil sette begrensinger i den sosiale omgangen mellom mennesker. Flere av tiltakene som foreslås berører retten til privatliv og familieliv, retten til fri religionsutøvelse og retten til å kunne møtes i fredelige forsamlinger, jf. Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8, Grunnloven § 101 andre ledd og EMK artikkel 11 og EMK artikkel 9. Tiltakene knyttet til arrangementer vil berøre hensynet til barnets beste, som skal være et grunnleggende

hensyn i alle tiltak som berører barn jf. Grunnloven § 104 og Barnekonvensjonens artikkel 3. Dette da for eksempel fordi skoleavslutninger, juleball og liknende vil måtte avlyses.

Tiltakene er likevel utformet på en måte som vil gjøre det mulig for befolkningen å møtes og være sammen, men innebærer at slike møter ofte må gjøres i mindre grupper enn ellers. Det er tillatt å gjøre begrensninger i de overnevnte rettighetene av hensyn til folkehelsen, som er beskrevet som et legitimt hensyn (se for eksempel EMK artikkel 8 og 11 nr. 2). Det må foretas en forholdsmessighetsvurdering av begrensninger, der hensynet tiltak skal ivareta avveies mot tiltakets nødvendighet og egnethet. Smittevernloven § 1-5 inneholder som nevnt et generelt krav til at alle tiltak etter loven må ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, samt må være nødvendig og tjenlig etter en helhetsvurdering, og ivaretar dermed kravene til forholdsmessighetsvurdering også etter EMK.

Flere av tiltakene vil videre innebære økonomiske tap for næringslivet og kultursektoren. Dette vil særlig gjelde for arrangører av ulike arrangementer og serveringssteder, men også for handelsnæringen, tilbydere av underholdningstilbud, treningscentre og lignende. Tiltakene innføres på et tidspunkt, tidlig desember, som betyr at serveringssteder som har belaget seg på inntekter fra julebordsesong vil få redusert fortjeneste. Det samme gjelder julekonserter og liknede. Det vises for øvrig til omtale av samfunnsøkonomiske vurderinger over.

Forholdsmessigheten, herunder nødvendigheten av tiltak, vil kunne fremstå som tydeligere i noen deler av landet enn andre. For eksempel er smittesituasjonen i Oslo/Viken mer alvorlig enn i andre deler av landet. Dette kan tilsi at enkelte regioner bør ha strengere tiltak enn andre regioner. Når det likevel anbefales å innføre tiltakene nasjonalt, fremfor regionalt, er det fordi det på nåværende tidspunkt er nødvendig å sikre kontroll over smittesituasjonen. Det er oppdaget tilfeller av omikron i flere deler av landet, og kunnskap hittil tilsier at viruset sprer seg raskt. De nasjonale tiltakene kan vurderes supplert med regionale tiltak i visse regioner, der det anses nødvendig. Dette kan enten løses i den enkelte kommune, med hjemmel i smittevernloven § 4-1 første ledd, eller det kan innføres en regionalt supplerende tiltakspakke i kapittel 5A nasjonalt med hjemmel i smittevernloven § 4-1 første ledd jf. annet ledd. Dette vil være en løpende vurdering. Et eksempel som kan være aktuelt, er et forbud mot arrangementer i enkelte kommuner, jf. forslag til forskriftsbestemmelse om dette som skisseres under.

Smittesituasjonen mange steder må anses å være så alvorlig at det er behov for betydelige kontaktreduserende tiltak. Det vises særlig til hensynet om å sikre kapasitet i helsetjenesten over. I tillegg vil det være nødvendig med kontaktreduserende tiltak for å sikre opprettholdelse av TISK. Tiltakene er forsøkt utformet på en slik måte at de ikke oppleves for inngripende: Det vil fortsatt være mulig å omgås sosialt, og det er forsøkt å tilrettelegge for at serveringssteder kan holde åpent, og at noen arrangementer kan gjennomføres. Ved vurderingen av tiltakspakken er det lagt vekt på at barn og unge skal skånes fra inngripende tiltak i størst mulig grad, herunder at skoler og barnehager skal kunne holde åpne. Hensynet til barnets beste er dermed forsøkt ivaretatt i så stor grad som mulig sett i lys av smittesituasjonen. Konsekvensene av å ikke iverksette tiltak på dette tidspunktet kan medføre at samfunnet vil måtte stenge ned over lengre tid på sikt. Samlet sett vurderer Helsedirektoratet derfor at tiltakspakken som nå foreslås fremstår tjenlig etter en helhetsvurdering.

[Nærmere vurdering av forskriftsfesting av tiltakene](#)

[Forslag til regionale forskriftsbestemmelser](#)

De konkrete forskriftsforslagene her vil innføres istedenfor nåværende tiltak fastsatt i kapittel 5A. Dersom det anses nødvendig med supplerende regionale tiltak, og kapittelet opprettholdes, vil en innledende bestemmelse om kapittelets virkeområde være nødvendig. I tillegg kan det for eksempel

være aktuelt med en bestemmelse om forbud mot arrangementer, i kapittel 5A. Dette må vurderes fortløpende.

Nasjonale tiltak (kapittel 5 i covid-19 forskriften)

Bestemmelsene nedenfor foreslås innført i covid-19 forskriften (nasjonalt) kapittel 5.

Hjemmekontor

Vi foreslår at presiseringen om at arbeidsgiver kun skal tilrettelegge for hjemmearbeid deler av uken tas ut. Foreslått forskriftstekst gir unntak for påbud om hjemmekontor når det er "viktig og nødvendig" for å sikre nødvendig virksomhet. Eksempler på slik nødvendig og viktig virksomhet vil være å ivareta sårbare grupper, samt sikre at nødvendige tjenester til barn og unge er åpne og fysisk tilgjengelige når dette er forsvarlig. Dersom departementet vurderer det slik at hensynet til barn og unge bør presiseres enda tydeligere i forskriftsteksten, kan eventuelt forslaget i klammer nedenfor legges til i forskriftsteksten:

§ X Påbud om hjemmekontor

Arbeidsgivere skal sørge for at ansatte jobber hjemmefra når det er praktisk mulig og ikke til hinder for viktig og nødvendig virksomhet på arbeidsplassen [, eller/herunder nødvendige tjenester til barn og unge]. Arbeidsgivere skal kunne dokumentere at det er gitt beskjed til de ansatte om hvordan dette skal gjennomføres i virksomheten

Munnbind

Vi anbefaler at det presiseres i tredje ledd at plikten til å bruke munnbind også gjelder ansatte på virksomheter omtalt i første ledd, men at munnbind ikke må brukes der det er iverksatt andre tiltak for unngå nærkontakt, f eks bruk av skillevegger/pleksiglass og lignende. Vi foreslår videre at det presiseres i et nytt ledd at plikten til å bruke munnbind også gjelder for virksomheter som tilbyr typiske en-til-en-tjenester som frisør, hudpleie, tatoverings- og hulltakingstjenester og lignende.

§ X. Plikt til å bruke munnbind

Når det ikke er mulig å holde minst én meters avstand, ut over kortvarige passeringer til andre enn husstandsmedlemmer, skal det brukes munnbind i butikker, i fellesarealene på kjøpesentre, på serveringssteder, på kollektivtransport og på innendørs stasjonsområder.

Passasjerer skal bruke munnbind i taxi. Munnbindet skal tas på før passasjeren setter seg inn i taxien, og skal ikke tas av før reisen er avsluttet og passasjeren har gått ut av taxien. Plikten til å bruke munnbind gjelder tilsvarende for sjåfør når det er passasjer i taxien.

Plikten til å bruke munnbind i første ledd gjelder tilsvarende for virksomheter som tilbyr frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingstjenester mv. Plikten til å bruke munnbind gjelder ikke for kunden i situasjoner der det ikke er praktisk mulig å bruke munnbind.

Plikten til å bruke munnbind i første ledd gjelder tilsvarende for ansatte på steder hvor det ikke er mulig å holde minst én meters avstand fra besøkende. Dette gjelder ikke ansatte på steder hvor det er iverksatt andre smitteverntiltak for de ansatte som bruk av skillevegger o.l. i henhold til Folkehelseinstituttets anbefalinger

Plikten til å bruke munnbind gjelder ikke for barn under 12 år, eller for de som av medisinske eller andre årsaker ikke kan bruke munnbind. Plikten til å bruke munnbind gjelder ikke mens man sitter på en fast tilvist plass eller ved et bord på serveringssted.

Arrangementer

Helsedirektoratet anbefaler at følgende tiltak iverksettes for arrangementer:

- Krav om avstand: Arrangøren skal sørge for at alle som er til stede på arrangementer innendørs skal kunne holde minst 1 meters avstand til andre, med unntak av personer i samme følge
- Krav om maksimalt antall personer som kan være fysisk til stede samtidig på arrangementer, jf. omtale lenger oppe.
- Krav om registrering av deltakere begrenses til innendørs arrangementer. Det samme gjelder øvrige krav til at arrangement må ha en arrangør, særlige krav til smittevern faglig forsvarlig gjennomføring og særlig krav til arrangementer med skjenkebevilling. I samsvar med anbefaling om begrensning av skjenking på serveringssteder, anbefales det at skjenking av alkohol på serveringssteder også må stoppe kl. 24:00.

Tiltakene som anbefales er i samsvar med tiltak som tidligere har vært gjeldende under pandemien. Ved forskriftsregulering, kan det derfor tas utgangspunkt i tidligere reguleringer i covid-19-forskriften §§ 13-13d, samt i nåværende bestemmelser om arrangementer i covid-19-forskriften §§ 16b-16d.

Særlig om definisjonen av arrangementer - samlinger av personer som gjennomføres i regi av ekstern aktør på vegne av bedrifter og organisasjoner

Etter innføring av den regionale tiltakspakken i covid-19-forskriften kapittel 5A, har Helsedirektoratet mottatt flere henvendelser knyttet til forståelsen av forholdet mellom bokstav e og bokstav f i definisjonen av arrangementer i § 16b. Helsedirektoratet mener at bokstav e, som omfatter "samlinger av personer som gjennomføres i regi av ekstern aktør på vegne av bedrifter og organisasjoner", bør tas ut av definisjonen. Disse tilstelningene ivaretas etter direktoratets oppfatning av definisjonen av private sammenkomster, jf. bokstav f. Det bør ikke være forskjell på hvilke begrensingen som gjelder for en sosial sammenkomst avhengig av om det er en ekstern aktør som tar på seg arrangøransvaret. Nåværende bokstav e (om "ekstern aktør") medfører at skillet mellom private sammenkomster og offentlige arrangementer, mister noe av sin hensikt. Et av formålene med skillet er at det antas å være mindre mingling mellom personene som drar på arrangementer som er "offentlige" enn mellom de som er på "private". Nåværende regulering fører imidlertid til følgende: en bedrift/studentforening sitt julebord kan settes til en ekstern aktør, for eksempel et hotell som arrangerer et show med middag som foreningen/bedriften kan bestille, og hotellet da påtar seg å være ansvarlig arrangør. Det vil da være like mye "mingling" mellom gjestene som ved et privat julebord, og hensynet bak skillet mellom privat og offentlig arrangement bortfaller. Det vil dessuten lette forståelsen av bestemmelsen dersom definisjonens bokstav e tas ut, da direktoratet får mange henvendelser knyttet til hva som ligger i "ekstern aktør."

Forslag til forskriftsregulering av definisjon av arrangementer

§ A Definisjon av arrangement

Med arrangementer menes i forskriften følgende sammenkomster på offentlig sted eller i lokaler og utendørs arealer som leies eller lånes ut, inkludert hoteller, grendehus, forsamlingshus, konferansesaler og haller

- a. idrettsarrangement, inkludert stevne, cup, turnering og kamp, men ikke organisert trening
- b. kulturarrangement, inkludert konserter, utstillingsåpninger, opera, ballett, teater og kino, men ikke organiserte øvelser, trening og prøver
- c. seminarer, konferanser, kurs, medlemsmøter og andre faglige sammenkomster, men ikke møter eller sammenkomster som ledd i ordinært arbeid eller undervisning på skole eller universitet
- d. livssynssamlinger og seremonier, inkludert seremonier ved bryllup, begravelser, dåp og konfirmasjon
- e. private sammenkomster; sammenkomster for familie, venner og bekjente eller sosiale samlinger i tilknytning til arbeid eller skole, inkludert tilstelninger etter seremonier.

Som arrangement regnes likevel ikke private sammenkomster kun for medlemmer av samme husstand.

§ B Antall personer som kan være til stede på et arrangement

Selv om kravene til avstand i § C blir oppfylt, skal det ikke gjennomføres arrangementer med flere personer som samtidig er fysisk til stede enn:

- a. 10 personer på innendørs privat sammenkomst som regulert i § 13 første ledd bokstav e, likevel slik at barn i samme klasse i barnehage eller grunnskole kan møtes med et nødvendig antall voksne personer som tilretteleggere.
- b. 20 personer på utendørs privat sammenkomst som regulert i § 13 første ledd bokstav e, likevel slik at barn i samme klasse i barnehage eller grunnskole kan møtes med et nødvendig antall voksne personer som tilretteleggere.
- c. 30 personer på innendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til d
- d. 200 personer på innendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til d, hvor alle i publikum sitter på faste, tilviste plasser.

Følgende personer skal ikke regnes med i det totale antallet personer som kan være til stede på arrangement:

- a. ansatte og oppdragstakere som står for gjennomføringen av arrangementer
- b. utøvende kunstnere ved gjennomføring av kulturaktiviteter i regi av en profesjonell aktør
- c. toppidrettsutøvere, støtteapparat og dommere ved gjennomføring av idrettsarrangement
- d. spillere, støtteapparat og dommere ved gjennomføring av seriekamper i toppfotball (fotballserier) som Norges Fotballforbund har besluttet er klare til å følge forbundets smittevernprotokoller utarbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet
- e. journalister, fotografer og øvrige representanter fra media som er nødvendig for å sikre mediedekning av arrangementet.

Ved arrangementer innen kultur, idrett og fritid der barn og unge under 20 år er utøvere inngår alle som er til stede, inkludert utøvere og støtteapparat, i beregningen av det totale antallet personer. Dette gjelder ikke personer nevnt i tredje ledd.

§ C Krav til avstand på arrangementer

Arrangøren skal sørge for at alle som er til stede på arrangementer innendørs skal kunne holde minst 1 meters avstand til andre som ikke er i samme husstand, målt fra skulder til skulder. Arrangøren skal ikke gjennomføre aktiviteter som krever mindre avstand mellom utøvere eller deltakere enn det.

Personer som sitter i fastmonterte seter på arrangementer skal kunne ha minst ett ledig sete mellom seg på samme seterad fra de ankommer arrangementet. Personer fra samme husstand kan sette seg nærmere hverandre etter ankomst. Det kan ikke sitte personer i mer enn halvparten av fastmonterte seter, med mindre alle kan holde minst 1 meters avstand i alle retninger til personer i annen husstand.

Arrangement kan gjennomføres selv om kravet til avstand i første ledd ikke kan overholdes for

- a. utøvere på kulturarrangementer. For ikke-profesjonelle utøvere over 20 år gjelder unntaket kun når det er nødvendig for å utøve aktiviteten.
- b. utøvere, støtteapparat og dommere ved gjennomføring av idrettsarrangement. For andre idrettsutøvere over 20 år enn toppidrettsutøvere gjelder unntaket kun når det er nødvendig for å utøve aktiviteten.
- c. de som deltar på arrangementer i tilknytning til aktivitetsleir, kulturskole, leirskole, skoleavslutning, andre skolelignende fritids- eller ferietilbud, og de som står for arrangementene. For personer over 20 år gjelder unntaket kun når det er nødvendig for å utøve aktiviteten
- d. personer som deltar i religiøse seremonier som krever fysisk nærhet i kortere perioder
- e. personer som deltar på kurs som krever fysisk nærhet i kortere perioder og er nødvendig for sertifisering eller godkjenning av yrkesutøvelse
- f. personer som er i samme kohort i barnehage eller barneskole

§ D Krav til smittevern faglig forsvarlig gjennomføring av arrangementer

På arrangementer som omfattes av § X skal det utpekes en person eller virksomhet som arrangør med ansvar for at arrangementet oppfyller kravene i forskriften. De som er til stede skal informeres om hvem som er arrangør og hvem som kan kontaktes ved spørsmål om smittevern.

Arrangøren skal iverksette tiltak som bidrar til at syke ikke er til stede og gjøre det mulig å ivareta god hygiene. Arrangøren bør følge relevante standarder om smittevern.

Ved arrangementer som har skjenkebevilling skal servering av alkohol skje ved bordservering. Utøvelse av skjenkebevilling etter alkoholloven kapittel 4 og 5 og forskrift om alkoholordningen for Svalbard kapittel 3 skal opphøre kl. 24.00. Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter dette.

§ E Krav til oversikt over deltakerne på arrangementer

Arrangøren skal ha oversikt over hvem som er til stede på innendørs arrangementer, for å kunne bistå kommunen ved en eventuell senere smitteoppsporing etter smittevernloven § 3-6. Når kommunen ber om det, skal arrangøren ta kontakt med de som var til stede for å informere om mulig eksponering for smitte.

Dersom det for å finne tilbake til deltakerne, er nødvendig å nedtegne en egen oversikt over de tilstedeværende med kontaktopplysninger, skal oversikten oppbevares på en forsvarlig måte og

slettes etter 14 dager. Arrangøren skal informere de som er til stede om at det nedtegnes en egen oversikt og hvor lenge den oppbevares.

Serveringssteder

Forslag til bestemmelsen er i stor grad i samsvar med tidligere nasjonal forskriftsbestemmelse for serveringssteder (tidligere § 14a). Forslaget innebærer at det blir krav om at serveringsstedet tilrettelegger for at alle holder en meters avstand, at skjenking av alkohol skjer ved bordservering, at alle gjester har sitteplasser og at det er skjenkestopp klokken 24. I tillegg skal det tilrettelegges for at gjestene registrerer seg for å sikre smittesporing.

I annet ledd er det foreslått presisert at det ikke skal stilles krav til sitteplasser på kulturarrangementer som skjer på et serveringssted med skjenkebevilling. Bakgrunn for forslaget er at Helsedirektoratet har mottatt en rekke henvendelser fra kultursektoren knyttet til når et arrangement skjer på et serveringssted. Dette fordi det ikke tidligere har, og ikke er foreslått nå, krav til sitteplasser for arrangementer som har skjenkebevilling. For slike arrangementer er det kun krav til bordservering. For kulturarrangementer som for eksempel skjer på et serveringssted som Rockefeller, der skjenkebevillingen tilhører Rockefeller som serveringssted, har dette da medført at slike arrangementer får et tilleggskrav om sitteplasser, mens andre konserter, som for eksempel skjer i en leid hall, ikke har krav til sitteplasser. Hensynet til likebehandling tilsier dermed at arrangementer med alkoholservering behandles på samme måte, uavhengig av om det er arrangementet eller serveringsstedet som har skjenkebevilling. I tillegg er det ingen smittevern­faglig begrunnelse for at slike arrangementer skal behandles ulikt, avhengig av om arrangementet skjer på et serveringssted eller i et annet lokale.

§ F Krav til smittevern­faglig forsvarlig drift ved serveringssteder

Serveringssteder, som restaurant, kafe, bar, og utested, som diskotek, nattklubb og lignende, kan holde åpent dersom driften er smittevern­faglig forsvarlig. Smittevern­faglig forsvarlig drift innebærer at virksomheten skal sørge for at besøkende og personell kan holde minst 1 meters avstand til personer i annen husstand og tilsvarende nære, at den har utarbeidet rutiner for god hygiene og godt renhold, og at disse rutinene blir overholdt. Serveringsstedet skal sørge for at det er minst 1 meters avstand mellom sitte­plassene ved gjesters ankomst, likevel slik at personer i samme husstand eller tilsvarende nære kan sette seg nærmere hverandre.

Serveringssteder som har skjenkebevilling skal kun servere alkohol ved bordservering, og det skal være sitteplasser til alle gjester. Kravet til sitteplasser gjelder ikke på arrangementer definert i § A, bokstav b, som skjer på serveringssted med skjenkebevilling.

Serveringssteder som har skjenkebevilling, skal ikke slippe inn gjester etter kl. 24.00. Utøvelse av skjenkebevilling etter alkoholloven kapittel 4 og 5 og forskrift om alkoholordningen for Svalbard kapittel 3 skal opphøre kl. 24.00. Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter dette.

Serveringssteder som har skjenkebevilling, skal registrere kontaktopplysninger til de gjestene som samtykker til det. Det er tilstrekkelig å registrere opplysningene til én person i hver gruppe. Serveringsstedet skal likevel oppfordre til at flest mulig oppgir kontaktopplysninger. Med kontaktopplysninger menes informasjon som gjør det mulig å komme i kontakt med gjesten, for eksempel telefonnummer. Serveringsstedet skal også registrere dato og tidspunkt for besøket, og om mulig plassering i lokalet. Kontaktopplysningene skal kun brukes for å bistå kommunen ved en eventuell senere smitteoppsporing etter smittevern­loven § 3-6. Ved forespørsel skal opplysningene

utleveres til dette formålet. Opplysningene skal oppbevares forsvarlig og slettes etter 14 dager. Serveringsstedet skal informere den som registreres om formålet med registreringen og hvor lenge kontaktinformasjonen oppbevares.

Andre virksomheter

Tidligere i pandemien, var krav om smittevern faglig forsvarlig drift for en rekke ulike typer virksomheter regulert i covid-19-forskriften § 15b. Denne stilte krav til at virksomhetene skulle tilrettelegge for avstand og god hygiene, samt at det skulle bestemmes et maksimalt antall personer som kunne være til stede i virksomheten. Denne bestemmelsen kan gjeninnføres for kommunene som omfattes av denne regionale tiltakspakken. Varemesser og midlertidige markeder var tidligere regulert i en egen bestemmelse, med samme krav som virksomhetene omfattet av § 15b, men slik at det i tillegg var et krav om registrering av personer som var til stede.

Det er nå ønskelig å innføre et krav om registrering av personer til stede også for andre virksomheter enn varemesser og midlertidige markeder, herunder for treningssentre og underholdningstilbud som fornøylesparker, bingo haller, lekeland, spillehaller og lignende. Det vil, etter direktoratets vurdering, ikke være hensiktsmessig å registrere besøkende i butikker og på kjøpesentre.

Vi foreslår derfor en bestemmelse som i første ledd stiller krav til smittevern faglig forsvarlig drift, slik tidligere § 15b og § 15c første og andre ledd gjorde. I andre ledd foreslår vi at enkelte av virksomhetene som omfattes av første ledd, får en plikt til å legge til rette for registrering av personer til stede, i tråd med tidligere § 15c tredje ledd.

Forslag til forskriftstekst

§ A Krav til smittevern faglig forsvarlig drift ved andre virksomheter

Fornøylesparker, svømmehaller, badeland, spaanlegg, hotellbasseng, treningssentre, bingo haller, spillehaller, kjøpesentre, butikker, varemesser, midlertidige markeder og lignende skal, for å kunne holde åpent, drives smittevern faglig forsvarlig. Med smittevern faglig forsvarlig drift menes at virksomheten skal sørge for at det er mulig å holde minst 1 meters avstand til personer som ikke er i samme husstand, at virksomheten har utarbeidet rutiner for god hygiene og godt renhold, og at rutinene blir overholdt. Den enkelte virksomhet skal fastsette hvor mange personer som maksimalt kan være til stede i lokalene, beregnet ut fra lokalenes størrelse og utforming. Det skal om nødvendig benyttes vakthold for å sikre at kravet etterkommes.

Fornøylesparker, svømmehaller, badeland, spaanlegg, hotellbasseng, treningssentre, bingo haller, spillehaller, varemesser, midlertidige markeder og lignende skal registrere kontaktopplysninger til de gjestene som samtykker til det. Det er tilstrekkelig å registrere opplysningene til én person i hver gruppe. Virksomhetene skal likevel oppfordre til at flest mulig oppgir kontaktopplysninger. Med kontaktopplysninger menes informasjon som gjør det mulig å komme i kontakt med gjesten, for eksempel telefonnummer. Virksomheten skal også registrere dato og tidspunkt for besøket.

Kontaktopplysningene skal kun brukes for å bistå kommunen ved en eventuell senere smitteoppsporing etter smittevernloven § 3-6. Ved forespørsel skal opplysningene utleveres til dette formålet. Når kommunen ber om det, skal virksomheten ta kontakt med de som var til stede i virksomheten innenfor et gitt tidsintervall for å informere om mulig eksponering for smitte. Opplysningene skal oppbevares forsvarlig og slettes etter 14 dager. Virksomheten skal informere den som registreres om formålet med registreringen og hvor lenge kontaktinformasjonen oppbevares.

Vedlegg

Oppsummering av svar på relevante tidligere oppdrag

COVID-19

Oppdrag fra HOD nr. 552: vurdering av behov for nasjonale tiltak - nytt forslag

6. desember 2021



Oppdragstekst

Helse- og omsorgsdepartementet viser til den økende smitten og stigende innleggelsestall i Norge. Helsedirektoratet uttaler i svar på oppdrag 542 at det er forventet at det kan oppstå regionale og/eller lokale smitteutbrudd som utfordrer helse- og omsorgstjenesten og at det vil være krevende å opprettholde regional og/eller lokal behandlingsskapitet selv om den nasjonale kapasiteten er god. Basert på objektive opplysninger og subjektive situasjonsrapporter fra helseforetakene, er deler av tjenesten allerede relativt hardt belastet grunnet flere forhold. Korttids-modelleringer fra FHI viser at antall innlagte forventes å øke de nærmeste par ukene. Departementet viser også til at det er viktig å vurdere hvorvidt kommunenes kapasitet i helse- og omsorgstjenesten er satt under press.

Departementet ber på denne bakgrunn Helsedirektoratet, i samarbeid med FHI, om løpende vurdering av situasjonen, herunder vurdering av behovet for å innføre nasjonale råd/tiltak som bidrar til å sørge for at vi har tilstrekkelig behandlingsskapitet. Med bakgrunn i at vi nå befinner oss i fasen "En normal hverdag med økt beredskap", siktes det til både råd og anbefalinger som kan gjelde nasjonalt, men også behovet for forskriftsfestede regler kan vurderes.

Dersom etatene mener det er smittevernfraglig nødvendig og forholdsmessig å innføre nasjonale tiltak må det presiseres hvilke tiltak dette er og fra hvilket tidspunkt de bør innføres. Sammenhengen mellom foreslåtte tiltak må vurderes helhetlig og veies opp mot andre tiltak som for eksempel innreisetiltak. Vi ber om at det utarbeides utkast til eventuelle forskriftsendringer.

Frist for oppdraget: torsdag 11. november kl. 12.

Etatene skal deretter vurdere behovet fortløpende og avgi rapport med anbefalinger og forslag til tiltak til departementet så snart behovet for ev. endringer oppstår.

Kontaktpersoner i HOD: Atle Gøhtesen: atg@hod.dep.no, Tjaarke Hopen: Tjaarke.Hopen@hod.dep.no, Gjernes Sandra Lárudóttir: Sandra-Larudottir.Gjernes@hod.dep.no, Vange Stig Atle: Stig-Atle.Vange@hod.dep.no

Field Co

Field Co

Field Co

Field Co

Oppsummering

Covid-19-epidemien gir nå betydelig belastning på helsetjenesten. Den nye omikronvarianten har større spredningsevne enn deltavarianten og er i ferd med å etablere seg i landet. Den større spredningsevnen kan komme fra større smittsomhet, fra immunevasjon eller fra begge deler. Det er fare for rask, eksponentiell økning av antall smittede. Det vil øke belastningen på helsetjenesten ytterligere og raskt gjøre TISK-arbeidet mindre effektivt.

Selv om sykdommen skulle vise seg å være noe mildere enn ved deltavarianten, vil konsekvensene for samfunnet være svært store dersom spredningsevnen er betydelig større. Da blir mange flere smittet, og det vil bli mange alvorlig syke.

Omikronvarianten vil sannsynligvis i betydelig grad forverre sykdomsbyrden og helsetjenestebelastningen ved covid-19-epidemien uten nye tiltak. Varianten vil sannsynligvis etablere seg i Norge og i løpet av noen uker bli dominerende. Samtidig er det stor usikkerhet om alvorlighet og vaksineeffekt. Det er derfor nødvendig med sterkere tiltak mens man får større oversikt og kunnskap, og får vaksinert flere.

Umiddelbare tiltak

FHI mener at følgende **nasjonale tiltak** utfra en føre-var-tankegang **straks bør innføres for fire uker** (med revurdering etter to uker) for å beholde kontroll og ha oversikt samt forsinke spredningen av omikron, og for å forhindre overbelastning av helsetjenesten.

- Begrensninger på arrangementer og private sammenkomster nasjonalt
- Strengere krav til serveringssteder nasjonalt
- Påbud til arbeidslivet om økt bruk av hjemmekontor, digitale møter mv både nasjonalt og regionalt
- Forsterking av TISK
- Fortsatt oppskalering av vaksinasjon, med grunnvaksinasjon av uvaksinerte voksne og tredje dose til alle over 45 år og yngre risikogrupper
- Forsterket råd til dem med høyere risiko (uvaksinerte voksne og eldre med risikotilstander) om å beskytte seg mot smitte. I tillegg er det viktig med forsterkede tiltak i helsetjenesten, jf. råd til de ulike helsetjenester på FHIs hjemmesider.

Vi anbefaler også følgende tiltak, som omfatter områder der det kan det være behov for noe mer tid (dager) for å forberede implementering:

Trening og fritidsaktiviteter: Registrering av gjester og tilrettelegging for avstand på treningssentre. Redusert gruppestørrelse ved organiserte aktiviteter innendørs for voksne og anbefaling om en meter avstand der det er mulig.

- Skoler og undervisningsinstitusjoner: Jevnlig testing anbefales iht gjeldende råd. Behov for innføring av trafikklysmodellen vurderes lokalt.

- Begrensninger på besøkende i private hjem: I private hjem gjelder anbefalingen om å holde avstand der det er mulig til andre enn dine husstandsmedlemmer og tilsvarende nære for å begrense antall nærkontakter. Anbefale inntil 20 gjester i private hjem.
- Kultur og underholdningstilbud: Tilrettelegging av avstand i fellesområder innendørs og registrering av gjester.
- Butikker, kjøpesentre, midlertidige markeder og varemesser: Tilrettelegge for avstand. Vurdere plikt til registrering og varsling på varemesser.
- En-til-en virksomheter: anbefaling om bruk av munnbind der det ikke er mulig å holde avstand.

For å sikre at man kan bruke testing som erstatning for mer inngripende tiltak, av beredskapshensyn, og for godt beslutningsgrunnlag fremover er det viktig at følgende arbeid prioriteres:

- Testkapasiteten (både i laboratoriene og med selvtester) må straks utvides betydelig som grunnlag for effektivt TISK-arbeid og for å muliggjøre at testing kan benyttes som erstatning for mer inngripende tiltak på flere områder, inkludert tiltak som rammer barn og unge.
- Sykehusene og kommunene må straks se over sine beredskapsplaner for oppskalering av kapasitet til å behandle covid-19-pasienter med alvorlig forløp og andre pasienter.
- Rapportering og sammenstilling av den samlede belastningen i helsetjenestene og konsekvensene dette har for befolkningen må forbedres, og informasjonen må deles både med kommunene og med befolkningen

Det må gjøres en helhetlig vurdering av risiko for økt belastning på helsetjenestene og hvilke konsekvenser det har (som beskrevet av Helsedirektoratet), konsekvenser av de foreslåtte tiltakene i ulike sektorer og befolkningsgrupper, og i hvilken grad tiltaksbyrde og kostnader lar seg kompensere.

Det er hovedsakelig et verdimeslig og dermed et politisk spørsmål, i hvilken grad inngripende tiltak i samfunnet skal benyttes for å redusere den samlede belastningen på helsetjenesten. Det gjelder også hvilken risiko for økt belastning og konsekvenser for helsetjenestene som kan aksepteres vurdert opp mot behovet det vil være for strenge tiltak i befolkningen over tid for å kontrollere smittespredningen.

Spesielt barn- og unge har hatt stor tiltaksbyrde, og det er viktig at denne gruppen får en mest mulig normal hverdag. Etter regjeringens strategi skal de skjermes mest mulig for ytterligere tiltak. Tiltak som begrenser skolegang bør være det siste som vurderes, da virkningene strekker seg over lang tid for de som opplever tapt skolegang.

Vurdering

Risikovurdering

Folkhelseinstituttet utgir den 6. desember en ny risikovurdering om epidemien, herunder med særlig vekt på effekt av omikronvarianten. Det er fortsatt begrenset kunnskap om varianten og mye usikkerhet, men vi konkluderer:

- Omikronvarianten har større spredningsevne enn deltavarianten, i hovedsak fordi omikronvarianten i større grad omgår immunitet etter vaksinasjon. Dermed kan vaksinerte i større grad bidra til smittespredningen.
- Omikronvarianten vil kraftig forsterke den pågående økningen av epidemien. Varianten vil sannsynligvis overta som dominerende variant senest i januar.
- Sykdomsalvorligheten hos vaksinerte er trolig ikke større enn med deltavarianten, og kan være mildere. Det vil i så fall dessverre hjelpe lite når spredningsevnen er mye større. Da blir mange flere smittet, og det vil bli mange alvorlig syke uansett.

Risikovurderingen oppsummert:

Risikospørsmål om covid-19-epidemien og omikronvarianten		Sannsynlighet*	Omfang*, størrelse eller tidspunkt	Konsekvens*	Risiko*	Tiltro* til vurderingen
1. Hva er risikoen for at omikronvarianten gir mer alvorlig sykdom enn deltavarianten?	Hos personer uten immunitet	Kan ikke vurderes ennå	Liten	Kan foreløpig ikke vurderes	Kan foreløpig ikke vurderes	Liten
	Hos personer med immunitet	Liten	Liten	Middels	Middels	Middels
2. Hva er risikoen for at omikronvarianten har større spredningsevne enn deltavarianten?		Stor	Middels	Stor	Stor	Middels til stor
3. Hva er risikoen for at antigenhurtigtester har betydelig lavere sensitivitet for omikronvarianten enn for deltavarianten?		Liten	Liten	Middels	Liten	Middels
4. Hva er risikoen for at omikronvarianten overtar for deltavarianten som dominerende variant i Norge?		Stor	Januar 2022	Middels til stor	Stor	Middels
5. Hva er risikoen for en økende covid-19-epidemi i Norge i desember 2021 – januar 2022?		Stor	Middels til stor	Stor	Stor	Middels til stor

*Begrepene skal forstås slik:

Sannsynlighet betyr sannsynligheten for at en hendelse inntreffer, grovt vurdert i kategoriene lav, middels og høy.

Omfang betyr den sannsynlige størrelsen på den aktuelle hendelsen eller tidspunkt for opptreden.

Konsekvens betyr følgene av hendelsen dersom den inntreffer med det sannsynlige omfanget, grovt vurdert som liten, middels og stor.

Risiko er produktet av sannsynlighet og konsekvens, grovt vurdert som liten, middels og stor.

Tiltro er en beskrivelse av vår konfidens i kunnskapsgrunnlaget for vurderingen, grovt vurdert som liten, middels eller stor.

Anbefalinger om tiltak

Vaksinasjon er det aller viktigste tiltaket vi har. Det må sikres at oppbyggingen av vaksinasjonskapasiteten i kommunene når et nivå som tilsvarer 400 000 doser per uke, og at kommunene har et tilstrekkelig tilgjengelig tilbud. Dette vil kunne sikre rask vaksineringsdose til alle som er anbefalt dette, sikre grunnvaksineringsdose av de som ennå ikke har mottatt dette tilbudet samt sikre influensavaksineringsdose av alle i risikogruppene.

Tydlig råd til de med høyere risiko for alvorlig sykdom om å beskytte seg mot smitte; uvaksinerte voksne samt eldre vaksinerte som ikke har tatt oppfriskningsdose ennå, og særlig de med risikotilstander. I tillegg er det viktig med forsterkede tiltak i helsetjenesten, jf. råd til de ulike helsetjenester på FHIs hjemmesider.

TISK (se også oppdrag 572):

- Økt bruk av testing
 - Enkel og god tilgang på selvtester og lavere terskel for testing slik at smitte raskt avdekkes og kan følges opp raskt er et godt tiltak for å redusere smitten i samfunnet.
 - Lett tilgjengelig informasjon til de som tester seg om hva de skal gjøre ved positiv test
 - Sterkere oppfordring om bruk av Smittestopp-appen
 - Kartlegge mulighet for å utvide testkapasitet. Rask identifisering av smittede er et viktig tiltak, og økt testing og jevnlig testing vil kunne erstatte andre og mer inngripende tiltak
- Forsterke smittesporing og karantenebruk
 - For husstandsmedlemmer og tilsvarende nære anbefales:
 - Omikron:
 - Karantene 10 døgn uavhengig av vaksinasjonsstatus
 - Man kan teste seg ut på dag 7
 - Delta og andre varianter:
 - Karantene 10 døgn
 - Man kan teste seg ut med en gang
 - Testregime for ikke-vaksinerte:
 - enten ved daglig testing med Ag hurtigtester eller PCR annenhver dag i 7 dager
 - Testregime for vaksinerte:
 - Tre tester, en umiddelbart, en dag 3 og en dag 7. Testene kan være enten Ag eller PCR.
 - Anbefaling om "fritidskarantene" i tillegg til testregime
 - For øvrige nærkontakter anbefales:
 - Karantene inntil første negative test tatt umiddelbart etter at du får vite at du er nærkontakt, deretter unntak fra karantene og ny test tatt mellom dag 3 og 7. Vi foreslår at antigen-test (selvtest eller antigen-test tatt på teststasjon) eller PCR

sidestilles, og det vurderes lokalt hvilke testløp som er best egnet, uavhengig av variant.

- De som inngår i jevnlig testing bør unntas "øvrige nærkontakt"-karantene og trenger ikke smittespires.

Kommentarer:

Differensiert TISK for ulike varianter er krevende å håndtere i kommunene. Det må løpende vurderes når det vil være hensiktsmessig å ha samme TISK-regime for alle varianter. Foreløpig anbefaler vi fortsatt differensiert regime for husstandsmedlemmer, men for øvrige nærkontakter anbefaler vi det samme regimet.

Barn bør unntas fra karantenekrav i forskrift, men bør følge samme anbefalinger som gjelder for voksne

For å redusere arbeidet med smittesporing i kommunene bør det ses på muligheter for enklere varsling av de øvrige nærkontaktene, f.eks. ved sms. Det må gjøres en juridisk vurdering av hvilke muligheter det er for forenklet varsling dersom det er forskriftsfestet krav til karantene til negativ test.

Det må vurderes i hvilken grad krav til karantene vil føre til mye fravær og gå ut over kapasitet i nødvendige tjenester dersom hurtigtester ikke er tilgjengelig.

Smittevernfaslig vurdering av bruk av test i stedet for karantene

Karanteneunntak med bruk av test (test i stedet for karantene) gir en likeverdig smittevernmessig effekt, men betydelig lavere tiltaksbyrde både på individ- og samfunnsnivå. En slik ordning forutsetter tilgang og kapasitet av tester, men det meldes om begrensninger i tilgangen på tester fra flere kommuner. Bruk av ordinær karantene vil kunne ha negative effekter på arbeidslivet og føre til svært mange tapte skoledager for barn og unge. Ved mangel på tester foreslår FHI å prioritere selvtester for barn og unge for å hindre stort skolefravær og stor tiltaksbyrde for denne gruppen.

Kontaktreduserende tiltak:

- **Råd til befolkningen:**
 - Fortsatt råd om å holde avstand der du kan for å redusere risiko for smitte, gjerne en meter, og råd om munnbind innendørs der det er vanskelig å holde avstand
 - Begrens antall nærkontakter du har i løpet av uken, helst færre enn 10. Ha gjerne samme nærkontakter over tid.
 - Ved besøk også i private hjem gjelder anbefalingen om å holde avstand der det er mulig til andre enn dine husstandsmedlemmer og tilsvarende nære og å begrense antall nærkontakter. Anbefale inntil 20 gjester i private hjem.
- **Råd til arbeidslivet:**
 - Påbud om at arbeidsgiver skal legge til rette for delvis hjemmekontor der det er mulig uten at det går ut over tjenester som krever tilstedeværelse som er viktige og nødvendige for virksomhet ved arbeidsplassen. Eksempelvis for å ivareta sårbare grupper.
 - Nødvendige tjenester til barn og unge skal være åpne og fysisk tilgjengelige.
 - Anbefaling om fleksibel arbeidstid der det ikke er mulig å ha hjemmekontor (reduserer belastningen på kollektivtransporten).
 - Anbefaling om digitale møter når det er mulig.

- Anbefaling om å holde minst 1 meter avstand til andre på arbeidsplassen.
 - Arbeidsgiver har ansvar for å gjøre en risikovurdering for virksomheten, herunder smittevern. Arbeidstilsynet har egne risikovurderingsverktøy.
- **Skoler og barnehager:** Jevnlig testing i skolene i henhold til gjeldende råd. Dette er et dokumentert effektivt tiltak som dekker smitte også i situasjoner utenfor skolen og har lav tiltaksbyrde. Ansatte bør vurderes inkludert i testregime og følge anbefalinger for arbeidsplasser. Behov for innføring av trafikklysmode ll vurderes fortsatt lokalt fordi den innebærer betydelig begrensning på barns livsutfoldelse og redusert læring. Trafikklysmode llen er aktuell først og fremst for å unnta barn og unge (gi lettelser) fra strenge kontaktreduserende tiltak som innføres for den voksne befolkningen, fordi barn og ungdom selv har lav sykdomsbyrde av covid-19.
 - **Universiteter og høyskoler:** Det er kort tid igjen av semesteret og det vil være begrenset smitteverneffekt av strenge restriksjoner i undervisningssituasjonen nå. Mer undervisning i mindre grupper og mer digital undervisning bør innføres så raskt som praktisk mulig, for å redusere antallet samtidig tilstedeværende og redusere risiko for smitte. Det bør legges til rette for å gjennomføre obligatoriske kurs/undervisning. Mange har allerede avsluttet fysisk undervisning, men det er viktig å tilrettelegge for gjennomføring av eksamen som bør kunne gjennomføres fysisk med god organisering for å unngå mange kontakter. Det bør legges til rette for jevnlig testing - det vil kunne være et alternativ til mange av tiltakene som skisseres over, og ta ned tiltaksbyrden for denne gruppen. Testing før fysisk eksamen med oppmøte er og et aktuelt tiltak ved tilgjengelige tester.
 - **Arrangementer**
 - *Nasjonalt:*
 - Sterkt begrense etter f. eks følgende:
 - Private sammenkomster på offentlig sted: inntil 20 personer innendørs. Anbefaling om å tilrettelegge for avstand mellom personer.
 - Offentlig arrangement innendørs uten faste tilviste plasser: inntil 50 personer og krav om å tilrettelegge for 1 meter avstand mellom personer som ikke er i samme følge. Offentlige arrangementer innendørs med faste tilviste plasser: Antallsbegrensning på maksimalt 1500 kan vurderes, men smitterisiko vil uansett være størst for de som sitter tett på. I tillegg kan det være risiko knyttet til transport til og fra arrangementet osv ved større arrangementer, og store arrangementer kan bidra til å øke generell mobilitet. Tilrettelegge for avstand i fellesområder. Anbefaling/krav om munnbind når man ikke sitter på tildelt plass. Smitteverntiltak der det er trengsel, for eksempel i køen og før/etter arrangementet.
 - Alle typer arrangementer utendørs: ingen antallsrestriksjoner, men tilrettelegging for 1 meters avstand
 - Plikt til registrering av gjester gjelder for alle typer arrangementer.
 - For å redusere tiltaksbyrden bør det være unntak for antallsbegrensning for barn og unge spesielt dersom de inngår i et testregime. Hele klasser/ avdelinger/ grupper kan arrangere sammenkomster med nødvendig antall voksne til stede.

- Jevnlig testing hindrer videre smitte på alle arenaer, både på skolen og i fritiden og kan erstatte andre kontaktreduserende tiltak rettet mot barn og unge.
 - Unntak for arrangementer rettet mot sårbare grupper (for eksempel julefeiring for rusavhengige, enslige, bostedsløse med mer) bør vurderes.
 - Det må vurderes om det er nødvendig med unntak for begravelser/bisettelser, minnestunder.
- **Regionalt:**
 - Sterkt begrense etter f eks følgende:
 - Private sammenkomster på offentlig sted begrenses ytterligere – inntil 10 personer innendørs, utendørs ingen restriksjoner, men anbefaling om å holde avstand
 - Offentlige arrangementer innendørs uten faste tilviste plasser – inntil 20 personer
 - For øvrig som for nasjonalt nivå
- **Serveringssteder:**
 - Krav om tilrettelegging for 1 meters avstand mellom personer som ikke er i samme følge.
 - Plikt til registrering av gjester på serveringssteder med skjenkebevilling.
 - Krav om sitteplass til alle og bordservering på steder med skjenkebevilling. Anbefaling om at gjestene sitter på plassen sin.
 - Krav om skjenkestopp klokka 24.
 - Anbefaling om redusert lydnivå.
 - Munnbind når man ikke sitter ved bordet
- **Treningssteder:** plikt til registrering av gjester slik at de kan varsle de tilstedeværende dersom smitte blir påvist. Krav om å tilrettelegge for 1 meters avstand mellom personer. Anbefaling om 2 meters avstand ved trening med høy intensitet.
- **Kultur- og underholdningstilbud** (museer, biblioteker, lekeland, fornøylesparker): forskriftsfestet krav til virksomheten om å tilrettelegge for at det skal kunne holdes 1 meters avstand innendørs mellom personer som ikke er i samme følge. Plikt til registrering og varsling.
- **Organiserte aktiviteter:** Anbefaling om redusert gruppestørrelse for voksne innendørs, for eksempel 20 personer, og trening/aktiviteter i faste grupper. Anbefaling om avstand der det er mulig for å gjennomføre aktiviteten (f.eks. individuelle aktiviteter/idretter) ved aktiviteter innendørs for voksne. Anbefaling om registrering/oversikt over deltakere, både for barn og voksne. Anbefaling om utendørs aktivitet der det er mulig, både for barn og voksne. Bruk av garderobes bør organiseres for å unngå trengsel. Råd om fritidsaktiviteter for barn og unge bør vurderes i områder der trafikklysmodellen innføres i skolen.
- **Koronasertifikat:**
 - Koronasertifikat – kun for fullvaksinerte og personer med gjennomgått infeksjon. Kan vurderes som et alternativ til restriksjoner på serveringssteder og offentlige arrangementer, men hvis det viser seg at omikron omgår vaksine/gjennomgått c 19 i stor

grad, bør dette eventuelt suppleres med testkrav (tilsvarende Tysklands "2G+ løsning") for å være et effektivt tiltak for å hindre smittespredning.

- **Butikker/kjøpesentre/varemesser/midlertidige markeder:** tilrettelegge for avstand. Vurdere plikt til registrering og varsling på varemesser.
- **En-til-en virksomheter:** Anbefaling om bruk av munnbind der det ikke er mulig å holde avstand.
- **Kollektivtrafikk:** Fortsatt bruk av munnbind der det ikke er mulig å holde avstand. Legge til rette for avstand.
- **Ventilasjon og lufting:** Forsterke kommunikasjon om gjeldende råd.

Kommunikasjon

Det er viktig med god og tydelig kommunikasjon mot befolkningen for å få fram bakgrunnen for behov for tiltak. Rapportering og sammenstilling av den samlede belastningen i helsetjenestene og hvilke konsekvenser dette har for befolkningen må forbedres. Informasjonen må deles med kommunene og må tilgjengeliggjøres for befolkningen for å få tydelig fram grunnlaget for vurdering av behov for tiltak i dagens situasjon. En mulighet ville være en ukentlig rapport etter mønster av rapporter som lages i Danmark. ([lenke](#))

Beredskap i sykehusene

Sykehusene må forberede seg på et økt antall pasienter med luftveisinfeksjoner denne sesongen. Det må ses på muligheter for å øke behandlingsskapitet både på kort og lengre sikt, inkludert hvilke muligheter det er for å redusere sykefravær på grunn av mildere luftveisinfeksjoner.

Kost-nytte vurderinger

For å gjøre gode vurderinger av behov for tiltak fremover vil det være nyttig med en oppdatert helhetlig vurdering av kost-nytte av tiltakene, der både samfunnsøkonomi, sosiale- og folkehelsemessige konsekvenser av pandemien, belastningen på helsetjenestene og av tiltakene belyses.

Begrunnelse for valg av tiltak

Vaksinasjon

Vaksinasjon er det aller viktigste tiltaket vi har, og det er avgjørende for videre utvikling av pandemien at vaksinasjon går hurtigst mulig for grupper som anbefales oppfriskningsdose, og at det fortsatt er fokus på å få opp vaksinasjonsdekning hos de som enda ikke er fullvaksinert i hht anbefalingene.

Kommunene er bedt om å skalere opp sin vaksinasjonskapasitet tilsvarende 400 000 doser per uke, og denne kapasiteten skal de ha frem til april. Det er også nå forskriftsfestet at kommunene skal ha et åpent og tilgjengelig vaksinasjonstilbud uten behov for timebestilling. Det er derfor viktig at kommunene er i stand til å følge opp dette slik at vaksinasjon med oppfriskningsdoser til alle som anbefales dette kan skje raskt. En stor og tilgjengelig vaksinasjonskapasitet vil også kunne sikre at alle som ennå ikke er grunnvaksinert, lettest mulig får muligheten til dette. Det er også viktig at risikogrupper mottar tilbudet om gratis influensavaksine, for å redusere sykdomsbyrden av en eventuell influensa-epidemi.

Det er usikkerhet rundt vaksinebeskyttelsen mot omikron, men redusert effekt mot smitte og dermed mulighet for videresmitte kan være tilfelle gitt de mange mutasjonene i spike-proteinet denne nye varianten har. Det forventes mer kunnskap om dette i ukene som kommer, og dermed mer kunnskap om hvilken nytte vaksinasjon har som smittereduserende tiltak. Det er derimot vurdert som sannsynlig at beskyttelse mot alvorlig forløp vil holde seg. Derfor er oppfriskningsdoser til den eldste delen av befolkningen fortsatt viktig, da det er i denne gruppen vi så langt ser fallende beskyttelse også mot sykehusinnleggelse. Også oppfriskningsdoser til de over 45 år samt helsepersonell anses som viktig i den fasen vi er nå, for å sikre mest mulig immunitet i disse gruppene og en eventuell reduksjon i videresmitte.

Skjerme personer med høyere risiko for alvorlig sykdom

Spesialisthelsetjenesten er sårbar. Det er nå i hovedsak uvaksinerte voksne og eldre vaksinerte med risikotilstander som har risiko for alvorlig sykdom og har behov for behandling i sykehus. For å redusere risiko for alvorlig sykdom er det viktig å vurdere tiltak som bidrar til å skjerme disse gruppene mot smitte. Det er også viktig å oppfordre disse til å beskytte seg mot smitte, og å ta imot tilbud om vaksinasjon raskest mulig dersom de vil ha vaksinen. Det aller viktigste tiltaket vi har er fortsatt vaksinasjon, både det å få fullført grunnimmunisering hos de som enda ikke er vaksinert samt booster-doser til de som er anbefalt det. Inntil de får vaksinert seg bør disse gruppene være ekstra nøye med de generelle smittevernrådene om å redusere antall nærkontakter, holde avstand og bruke munnbind når det ikke er mulig å holde avstand, og ha lav terskel for test ved symptomer for raskt å avdekke smitte.

TISK

TISK er målrettede tiltak som skal bidra til rask oppdaging av de som er smittet og iverksette tiltak rundt dem slik at videresmitte forhindres. Det har vært grunnsteinen i håndtering av pandemien i Norge, og er også av de mest sentrale tiltakene som anbefales både av ECDC og WHO. Med mer smitte i samfunnet og et mer åpent samfunn der mange har mye aktivitet og mange kontakter kan TISK bli krevende å gjennomføre. Tiltaksbyrden kan også bli betydelig dersom mange må settes i karantene. Det er likevel et av de mest effektive tiltakene for å begrense spredning, og i oppdrag 572 vurderer vi behov for endringer i hvordan TISK innrettes for at det skal gjennomføres på en god måte

i dagens situasjon. Smittesporingen i kommunene er krevende, og for å redusere arbeidsbelastningen anbefaler vi også tiltak for å lette arbeidet, ved økt bruk av smittestopp og anbefaling/krav til registrering av gjester på ulike arrangementer, serveringssteder mv.

Nærkontakter i skole og barnehage: Undersøkelser gjort ved FHI og internasjonalt viser at smittespredning i skoler og barnehager er begrenset, også med deltavarianten. Smittespredning i husholdning er derimot høy. Karantene av husholdningskontakter er derfor faglig sett effektivt, mens karantene av nærkontakter i skolen ikke er det, samtidig som det gir høyt fravær med tap av læring og sosiale relasjoner, og utgjør en dermed stor belastning. Dette er vel dokumentert. Denne belastningen blir også skjevt fordelt, slik at elever i enkelt områder får svært høy belastning, med stadig gjentatte karantener og dermed økte forskjeller i stedet for den utjevning skolen normalt fremmer.

Kontaktreduserende tiltak

Det er stor forskjell på smitterisiko og potensiale for å få større smitteutbrudd. Erfaring så langt har identifisert en rekke faktorer av betydning for smittespredningspotensiale, noen av de viktigste er

- Innendørs arrangement
- Mange mennesker som står tett
- Sosiale sammenkomster der mange kjenner hverandre, og det er mye mingling med mange nærkontakter
- Høyt lydnivå og samtidig samtaler eller synging
- Dårlig ventilasjon
- Økt alkoholintak

Utbruddet med omikron-varianten ved et julebord på et serveringsted i Oslo har vist hvilket smittespredningspotensiale det kan være i slike situasjoner selv om vaksinedekningen er høy. Så langt har rundt 70 av 120 gjester ved julebordet og rundt 30 personer som besøkte utestedet i etterkant fått påvist smitte med covid-19.

I en periode med en ny variant der mye fortsatt er usikkert rundt smittsomhet, vaksinebeskyttelse og alvorlighet, samtidig med en allerede høy belastning på helsetjenestene, er det viktig å redusere sannsynligheten for smittespredning og særlig større utbrudd. For å begrense risiko i situasjoner som beskrevet over vil det for en periode være behov for å ha strengere regulering på arrangement og serveringssteder, og en generell anbefaling om å holde avstand der det er mulig. Jo flere man har tett kontakt med (spesielt under 1 meter over tid), jo større sannsynlighet er det for at man smitter andre eller blir smittet selv.

Det må gjøres en helhetlig vurdering av risiko for økt belastning på helsetjenestene og hvilke konsekvenser det har (som beskrevet av Helsedirektoratet), konsekvenser av de foreslåtte tiltakene i ulike sektorer og befolkningsgrupper, og i hvilken grad tiltaksbyrde og kostnader lar seg kompensere. Det er hovedsakelig et verdimeslig og økonomisk, og dermed et politisk spørsmål, om inngripende tiltak i samfunnet skal benyttes for å redusere den samlede belastningen på helsetjenesten dersom det grunnleggende problemet er at er helsetjenesten er for lite robust. Det gjelder også hvilken risiko for økt belastning og konsekvenser for helsetjenestene som kan aksepteres vurdert opp mot behovet det vil være for strenge tiltak i befolkningen over tid for å kontrollere smittespredningen.

Det er behov for bedre rapportering og sammenstilling av den samlede belastningen i helsetjenestene og hvilke konsekvenser dette har for befolkningen. Informasjonen må deles med

kommunene og må tilgjengeliggjøres for befolkningen for å få tydelig fram grunnlaget for vurdering av behov for tiltak i dagens situasjon med økt smitte og risiko med omikron.

Koronasertifikat

Verifikasjonsappen som brukes for innenlands kontroll og den nasjonale kontroll siden i koronasertifikatet har de siste ukene blitt oppdatert i henhold til endringer i covid-19 forskriften. Dette gir fullvaksinerte, personer som har gjennomgått covid-19 siste 11-180 dager eller har negativ test siste 48 timer adgang til arenaer der koronasertifikatet eventuelt tas i bruk innenlands. Så vidt FHI erfarer har ingen kommuner hittil valgt å bruke koronasertifikatet.

Som beskrevet i oppdrag 554 del 2 vurderes effekt av bruk av koronasertifikat på smittespredning som usikker. Dersom man på arrangementer utelukkende har deltakere som er vaksinert eller har gjennomgått infeksjon vil noen av dem kunne være smittet og smitte videre, men alle vil i utgangspunktet være godt beskyttet mot alvorlig sykdom og død. Ved sidestilling av negativ test vil arrangementer inkludere uvaksinerte som kan bli smittet av vaksinerte smitteførende, og i større grad smitte videre samt ha økt risiko for alvorlig sykdom sammenliknet med de vaksinerte/gjennomgått c19 deltakerne. Den siste uken har det vært en økning i innleggelser også blant voksne i alderen 30-45, en gruppe der vaksinedekningen er lavere.

Hvis det viser seg at omikron omgår vaksine/gjennomgått covid 19 i stor grad, bør bruk av koronasertifikat i tillegg suppleres med testkrav (tilsvarende Tysklands "2G+ løsning") for å være et effektivt tiltak for å hindre smittespredning og belastning på helsetjenesten.

Merk at dersom det blir en nasjonal anbefaling om å ikke sidestille negativ test så vil den dataminimerte nasjonale kontroll siden som nylig ble lansert ikke kunne benyttes og noe tid må påregnes til å oppdatere den nasjonale kontroll siden og verifikasjonsløsningen for innenlandskontroll. I mellomtiden må eventuelt EU kontrollside benyttes etter en vurdering av lokal situasjon. Ved fremvisning av EU-kontroll siden deler innbygger betydelig mer data, særlig er det verdt å merke seg at kontrollør uansett får helsedata ved å se hvilke(n) QR-kode(r) som er tilgjengelige i innbyggers sertifikat. Kontrollør kan dermed rent visuelt ekskludere personer som kun har gyldig QR-kode basert på negativ test, og vil fortsette å ha denne muligheten selv om verifikasjonsløsningen for innenlandskontroll oppdateres. Det er først når den nasjonale kontroll siden er oppdatert at reell dataminimering oppnås (ved at alle dataene er samlet i en felles QR-kode).

Ved dagens situasjon med økende smitte og økende belastning for helse og omsorgstjenesten vil det være behov for å vurdere om ordningen overhodet bør tas i bruk i regioner med strenge kontaktreduserende tiltak. Vi viser til oppdrag 422 og 554 for omtale av uønskede effekter ved bruk av koronasertifikat innenlands.

Skoler og barnehager

Covid-19 er generelt lite farlig for barn og unge. Barn og ungdom som smittes, får oftest svært milde symptomer, og minst 20-50 % får ingen symptomer i det hele tatt. Vi har foreløpig ikke sikker kunnskap om hvordan omikron påvirker smittsomhet og alvorlighet av covid-19 hos barn. På grunnlag av kunnskap om smitte med andre varianter av SARS-CoV-2 og kunnskap om biologi/immunologi hos barn og unge, har vi liten tiltro til en situasjon der barn rammes spesielt hardt av alvorlig sykdom. Tiltak som rammer barn og unge må derfor vektes i forhold til tiltaksbyrde og sykdomsbyrde for gruppen.

Ved smitte blant barn og unge er jevnlig testing et tiltak med lav tiltaksbyrde, som er effektivt for å finne asymptomatiske tilfeller som så isoleres. Tiltaket hindrer videre smitte på alle arenaer, både på skolen og i fritiden og kan erstatte andre kontaktreduserende tiltak rettet mot barn og unge, slik som gult nivå. Jevnlig testing har vist seg å være effektivt for å begrense smittespredning i skoler. Dette har vi omtalt i rapporten *Smitte av covid-19 hos barn og unge etter skolestart høsten 2021*¹, og det samme er vist bl. a i en randomisert fagfellestudie fra England². Vi har også sett god effekt av testingen som er iverksatt i nord- og midt-Norge i den senere tid, mens det er for tidlig å se effekt av testingen som er iverksatt i Oslo regionen.

Kontaktreduserende tiltak i skolene (trafikklysmodellen) ble innført for å hindre stenging av skoler (digital undervisning), og sikre at det blir *mindre tiltak mot barn og unge enn i samfunnet* ellers. Smittevernveilederne som inkluderer trafikklysmodellen, inneholder én generell del med de grunnleggende smitteverntiltakene og én del med kontaktreduserende tiltak (trafikklys). Kontaktreduserende tiltak kan justeres etter smittesituasjonen. Tiltakene må gå inn i en pakke hvor det også inngår tiltak rettet mot større deler av befolkningen og samfunnet som en helhet. Det må defineres en tydelig begrunnelse for innføring av tiltakene, og tiltakene må heves når begrunnelsen ikke lenger er til stede.

Både gult og rødt nivå innebærer at større eller mindre deler av undervisningen foregår digitalt. Gult nivå innebærer undervisning i sine vanlige klasser/ grupper og at man begrenser kontakt på tvers. Dette har mest effekt på de lavere trinnene der man i hovedsak har all undervisning i faste klasser, samt i barnehager. På høyere trinn har man i økende grad blanding av elever i ulike fag og det er mindre å hente på gult nivå. Gult nivå medfører at elevene ofte mister undervisning i språkfag, valgfag og andre fag på tvers av klasser. Videre må samlinger, markeringer og aktiviteter på tvers utgå. For de som ikke har sine nærmeste venner i samme klasse, kan gult nivå innebære et stort sosialt tap. Gult nivå kan redusere smittespredning på tvers av klasser/ grupper, men har liten effekt hvis elevene har mange kontakter utenom skoletiden. For at gult nivå skal ha effekt, fordrer det at det er kontaktreduserende tiltak i samfunnet for øvrig.

Rødt nivå er et svært inngripende tiltak som innebærer strengere avstandskrav (avhengig av alder) og mindre grupper/kohorter. Målet er halvering av antall kontakter per uke sammenlignet med gult nivå. Derfor innebærer dette tiltaket mye digital undervisning fra mellomtrinnet og opp. I tillegg skal man begrense eller unngå at ansatte veksler mellom grupper. Kvaliteten på undervisningen på rødt nivå vil derfor ikke være like god som fullt tilstedeværende undervisning, og det røde nivået skal kun benyttes i situasjoner hvor det er nødvendig ut fra en helhetlig smittevernfaglig vurdering, og det også er innført strenge kontaktreduserende restriksjoner for voksne i hele samfunnet.

Alt fravær medfører et tap for elevene, og det er vesentlig å begrense unødvendig fravær mest mulig. Det er derfor avgjørende at hurtigtester aksepteres ved smittesporing og at tilgang på slike tester prioriteres til skoleelever.

Universiteter, høyskoler og utdanningsinstitusjoner

Det kan potensielt ha store langvarige samfunnskonsekvenser om smitteverntiltak reduserer utdanningskvalitet, gjennomføring og studietilknytning. Det er avgjørende med rask avklaring av

¹ <https://www.fhi.no/publ/2021/smitte-av-covid-19-hos-barn-og-unge-etter-skolestart-hosten-2021/>

² [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01908-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01908-5/fulltext)

studiesituasjonen for neste semester, for å gi studenter og læresteder forutsigbarhet. Vi viser til **oppdrag 572** for vurdering av alternative tiltak for denne gruppen.

Innreisetiltak

Det kommer stadig mer informasjon som tyder på en mer utbredt spredning av omikronvarianten i flere land, i tråd med vurderingen i risikovurderingen av xx.xx.2021 og oppdrag 568 og 569. Det blir etter hvert vanskeligere å målrette tiltak mot enkelte land. Innreisetiltakene må derfor vurderes løpende.

Vurdering ved valg av virkeområde – lokale, regionale eller nasjonale tiltak?

Ekspertutvalget om [samfunnsøkonomiske vurderinger tredje rapport, del II 15. mars 2021](#) hadde som mandat å vurdere bruk av nasjonale versus lokale tiltak. Holdenutvalget skriver at på den ene siden er nasjonale tiltak lettere å kommunisere og få oversikt over. Det reduserer risikoen for nye utbrudd i områder med lav eller ingen smitte. I en uoversiktlig situasjon med fare for spredning av mer smittsomme muterte virus kan nasjonale tiltak bidra til å begrense utbredelsen av muterte virus til nye områder.

På den andre siden kan strenge nasjonale tiltak som også gjelder områder med lav eller ingen smitte, innebære unødig høy tiltaksbyrde og kostnader som ikke veier opp for smitteverneffekt. Det kan svekke motivasjon og oppslutning. I flere land ser man økende tiltakstretthet, som kan svekke etterlevelsen og effekten av smitteverntiltak.

Erfaringene så langt tyder på at lokale utbrudd vanligvis kan slås ned effektivt i løpet av noen uker. Erfaring viser også at ved en forverring av situasjonen kan nedstenging raskt redusere belastningen på helsevesenet. Det svekker argumentet for strenge nasjonale tiltak, og taler for at man heller satser på regionale/lokale tiltak som er tilpasset smittetrykket lokalt. Holden-utvalgets beregninger indikerer også at lokale tiltak er mer effektive enn nasjonale tiltak, når virkning på smittespredning måles opp mot kostnader i form av tapt verdiskaping. Derfor konkluderte ekspertgruppen at lokale tiltak bør være førstevalget i møte med nye utbrudd som er avgrenset til en eller få regioner.

Samfunnsøkonomiske vurderinger

Ved innføring av inngripende tiltak med betydelige samfunnskostnader er det utredningsplikt og det stilles strenge krav til den forutgående saksbehandlingen i de saker som har alvorlige konsekvenser for økonomi og samfunnsliv, og som griper inn i individuelle rettigheter og enkeltmenneskets personlige frihet. Dette er rettigheter som er beskyttet i Grunnloven og menneskerettighetene.

FHI har tidligere levert samfunnsøkonomiske vurderinger i egne oppdragsbesvarelser til HOD. Det har ikke vært tid til å gjøre slike vurderinger i dette oppdraget. Utredning av inngripende tiltak må inkludere vurdering av konsekvenser på andre sektorer enn helse, som økonomi, næringsliv, arbeidsmarked, læring og livsutfoldelse. Det tilsier at utredningen burde involvere flere fagmiljøer enn de som finnes i Hdir og FHI. Det burde legges til rette for en utredning av de tiltakene som bestemmes innført av regjeringen 7. desember 2021, i henhold til utredningsplikten.

Utredningsplikten er en grunnleggende saksbehandlingsregel i enhver saksforberedelse fra myndighetenes side. Formålet med plikten er at avgjørelser treffes på et best mulig grunnlag slik at resultatet blir riktig og godt. Koronakommisjonens første rapport avsnitt 22.3 skriver følgende «De normale demokratiske og forvaltningsrettslige prinsippene som ligger til grunn for myndighetsutøvelse og regelverksutvikling, gjelder i utgangspunktet også i en krisesituasjon. I en krisesituasjon kan imidlertid behovet for hurtige løsninger gjøre det både nødvendig og legitimt å fravike ordninger som vil gjelde i en normalsituasjon. Men heller ikke på dette området er det adgang til å fravike ellers gjeldende regler, krav og prinsipper mer enn det situasjonen krever.» Det vises deretter til utredningsplikten etter [forvaltningsloven §17 første ledd](#): «Forvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes.»

Regjeringen har en egen [utredningsinstruks](#) som gjelder utarbeidelse av statlige tiltak. Etter §2-2 skal utredningen «være så omfattende og grundig som nødvendig» ut fra en vurdering av om tiltaket reiser viktige prinsipielle spørsmål, hvilke forventede virkninger tiltaket har, og tiden som er til rådighet. Reglene i utredningsinstruksen kan kun fravikes når spesielle forhold gjør det nødvendig. En beslutning om fravikelse skal treffes av øverste leder i det ansvarlige forvaltningsorganet. Beslutningen skal være skriftlig og begrunnet og skal følge saken.

Hvor grundig og omfattende en utredning må være vil avhenge av sakens karakter. Utredningsplikten varierer ut fra viktighet, konsekvenser tiltakene medfører, hvilke ressurser som står til rådighet, og hvor mye saken haster. En utredning skal normalt foreligge før tiltak innføres. Knapp tid peker i retning av kortfattede utredninger, men aldri er tidspresset så stort at vurderinger kan unngås. Desto mer detaljerte tiltakene er, desto større krav er det om begrunnelse for valg av konkrete terskelverdier. Desto mer inngripende tiltakene er, desto større krav er det til utredningen.

De ulike tiltakspakkene som fremmes av FHI og Helsedirektoratet i oppdrag 552 har konsekvenser for den personlige frihet, økonomi og samfunnsliv. Tiltak som begrenser private besøk og antall nærkontakter er de mest frihetsinnskrenkende og har en stor velferdskostnad. Tiltak som begrenser antall og avstand på arrangementer har stor økonomisk kostnad i de sektorene som berøres. Økonomiske kostnader kan i større grad kompenseres, i motsetning til velferdskostnader. Forskriftsfestede tiltak er mindre fleksible og innebærer en større kostnad enn anbefalinger. Innføring av tiltak som ikke oppleves som forholdsmessige i befolkningen vil virke inn på etterlevelse, tillit til myndighetene og oppslutning om råd fra helsemyndighetene både på kort og lang sikt.

Field Co

Field Co

Vedlegg

Oppsummering av svar på relevante tidligere oppdrag

552 del 1

[Korrigert revidert svar på det løpende covid-19 oppdraget fra HOD 552 del 1 - Ny vurdering av behov for nasjonale tiltak per 25.11.2021](#)

Oppsummering

- Kapasiteten i helsetjenesten, både i kommunene og i helseforetakene, er utfordret, enkelte steder i ferd med å bli overbelastet.
- Helsedirektoratet vurderer at utviklingen er alvorlig, og anbefaler derfor at det iverksettes tiltak som er tilstrekkelige til å snu trenden med økende belastning av spesialisthelsetjenesten og kommunene, slik at pasienter bli godt ivaretatt. Sykefravær og belastninger i andre sektorer bør hensyntas.
- Helsedirektoratet anbefaler en strategi som innretter på iverksetting av tiltak før pasientbehandlingen i kommunene og spesialisthelsetjenesten blir vesentlig forringet.
- Smittetallene er en prediktor for belastning av helsetjenesten noe frem i tid. Helsedirektoratet anbefaler derfor nå iverksetting av tiltak som er tilstrekkelig effektive til å snu smittekurven.
- I områder med høyt smittepress og høy belastning på tjenestene, bør statsforvalterne legge til rette for samlet situasjonsforståelse og bistå kommunene med felles vurdering av behovet for tiltak i en region

[Korrigert nytt revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 552 - Vurdering av behov for nasjonale tiltak og vurdering av tiltak på innreisefeltet](#) 19.11.2021

Oppsummering

Del 1 – Overordnede vurdering av behov for innenlands tiltak.

- ☒ Helsedirektoratet vurderer at utviklingen er alvorlig, og at vi risikerer å komme i situasjon med kapasitetsbrist i helsetjenesten. Det er derfor viktig at tiltakspakkene som innføres i kommunene nå er tilstrekkelige og innføres raskt. Dersom de ikke er det, vil det om kort tid kunne måtte innføres enda mer inngripende tiltak.
- ☒ I det følgende gir Helsedirektoratet en vurdering av enkelte tiltak vi mener anses nødvendig og forholdsmessig nå, samt en vurdering av håndteringen av pandemien på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. I tillegg kan det senere komme ytterligere tiltak.
- ☒ Helsedirektoratet anbefaler at det utredes om koronasertifikatet kan tas i bruk innenlands for å forebygge smittespredning og nedstengninger.
- ☒ Helsedirektoratet anbefaler at smittekarantene re-innføres for husholdningsmedlemmer og tilsvarende nære uavhengig av vaksinasjonsstatus. Dette da siste ukers smittetall viser at også fullvaksinerte personer blir syke med covid-19 og smitter andre. Det anbefales at alle husholdningsmedlemmer og tilsvarende nære kan teste seg ut av smittekarantene med et testregime.
- ☒ Helsedirektoratet anbefaler at det gis normerende retningslinje om testing av uvaksinert helsepersonell to ganger i uken, samtidig som det vurderes om dette bør forskriftsfestes.

Helsedirektoratet vil også vurdere normerende retningslinje om at vaksinert helsepersonell i kommuner med økt smitte skal testes en gang ukentlig.

☒ Helsedirektoratet anbefaler et normerende krav om at om at alle uvaksinerte helsearbeidere skal bruke munnbind når de har pasientkontakt nærmere enn 1 meter.

544 17.11.2021

[Revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 544 - Revisjon av Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien](#)

Oppsummering

☒ Helsedirektoratet og FHI vurderer utviklingen av pandemien til å være bekymringsfull. Eget risikonotat fra FHI er vedlagt.

☒ Helsedirektoratet mener at den samlede etterlevelsen av nåværende lokale og nasjonale råd og regler ikke er tilstrekkelig til å reversere smittetrenden, og dermed konsekvensene for helsetjenesten og samfunnet. Det er usikkert om de grepene som er tatt for å sikre større grad av etterlevelse er tilstrekkelige. Vi anbefaler uansett tiltak som sikrer bedre etterlevelse og rask vaksinerings. Vi er usikre om dette på kort og på lang sikt er tilstrekkelig i den situasjonen vi nå befinner oss i.

☒ Helsedirektoratet vurderer kapasiteten i primærhelsetjenesten til å være utfordret i mange kommuner grunnet full gjenåpning, samtidig nedskalering av generelle tiltak mot pandemien, en pågående fastlegekrise, sykepleiemangel og stort press på helsepersonell og andre som er sentrale i krisehåndteringen.

☒ Helsedirektoratet vurderer kapasiteten i spesialisthelsetjenesten til å være utfordret ved de fleste helseforetakene, stedvis svært utfordret eller overskredet. Flere sykehus melder at de allerede har tatt ned elektiv virksomhet. Hvis smittetrenden ikke snur, vurderer Helsedirektoratet at det er høy risiko for at spesialisthelsetjenesten overbelastes innen kort tid.

☒ Helsedirektoratet vurderer at det kan være behov for å øke den grunnleggende kapasiteten i helseforetakene og samtidig tilrettelegge for en større fleksibilitet i forhold til å oppskalere behandlingstilbudet ved behov.

☒ Parallelt med en økning i kapasiteten i spesialisthelsetjenesten, vurderer Helsedirektoratet at arbeidet med å styrke helsetjenesten i kommunene, inkludert fastlegeordningen bør fortsette.

☒ På ovennevnte bakgrunn anbefaler vurderer Helsedirektoratet at strategien i større grad bør innrettes som en proaktiv strategi med utgangspunkt i den situasjonen vi nå står i. Innspill til revidert strategi og beredskapsplan er vedlagt.

568 29.11.2021

[Brev om svar oppdrag nr 568 fra Helse- og omsorgsdepartementet – vedrørende ny virusvariant identifisert i det sørlige Afrika](#)

Oppsummering av anbefalte tiltak nå

Mer detaljert vurdering av de ulike tiltakene følger senere i besvarelsen.

Innreisetiltak.

Mål: redusere import og videre spredning av omikron samt å få bedre oversikt. Følgende tiltak foreslår Hdir å innføre umiddelbart:

Tiltak rettet mot innreisende fra aktuelle land (pr nå 8 stk)

☒ Utvidet plikt til test og karantene på karantenehotell ble innført i § 4b den 27.11.21.

☒ Vurdere fortløpende om flere land skal få tilsvarende kontrolltiltak

Tiltak i en begrenset periode rettet mot innreisende fra andre land med påvist omikron eller der det er grunn til å tro at omikron finnes:

☒ Krav til test ved ankomst uavhengig av om den innreisende kan verifisere fullvaksinasjon eller gjennomgått sykdom siste seks måneder ved hjelp av EUs koronasertifikat.

☒ Innreisekarantene for alle uavhengig av om den innreisende kan dokumentere fullvaksinasjon eller gjennomgått sykdom siste seks måneder kan vurderes, se drøfting nedenfor.

☒ Intensivert grensek kontroll av denne gruppen; innføre indre Schengen grensek kontroll slik at det er mulig å ha systematisk kontroll av innreisende der vi anser at risikoen for importsmitte er økt.

☒ Målrettet kontroll av innreisende etter ankomst ved bruk av IRRS for kommuner og Nasjonalt kontrollsentral.

Tiltak rettet mot alle innreisende:

☒ Innføre krav til test før ankomst jf. § 4a til alle som ankommer med fly uavhengig av om den innreisende kan dokumentere fullvaksinasjon eller gjennomgått sykdom siste seks måneder jf. vedlegg D.

☒ Videre dialog med SD om plikt for flyselskap til å kontrollere dokumentasjon før innreise (IRRS og negativ test)

☒ Intensivere grensek kontrollen spesielt på flyplasser. Innføre indre Schengen grensek kontroll. Politiet kan eventuelt delegerer myndighet til å kontrollere IRRS og EUs koronasertifikat

Innenlandstiltak

Målsetning: å redusere sårbarheten i samfunnet ved å få ned smittepresset og belastningen på helsetjenesten.

Følgende tiltak foreslår Helsedirektoratet å innføre umiddelbart: 29.11.2021:

☒ Endre strategi der det kommuniseres at hverdagen gjennom vinteren ikke vil være normal. Det vil være behov for nasjonale tiltak i tillegg til regionale tiltak i forbindelse med utbrudd. Det er behov for raskere å få kontroll over utbrudd enn det man har vurdert i gjeldende strategi.

☒ Innføring av nasjonale tiltak

☒ Opprettholder tiltakene anbefalt i oppdrag 552, men understreker at det nå haster å iverksette disse. Helsedirektoratet anbefaler i tillegg at anbefalingen om bruk av munnbind forskriftsfestes for å sikre etterlevelse raskt.

☒ Implementere endringer i kommunens smittesporing og innføre særlige regler om isolasjon og smittekarantene, og testing for nærkontakter til personer med mistenkt eller bekreftet smitte med Omikron.

☒ Vi drøfter tiltak som skal iverksettes ved utbrudd av omikron i landet.

☒ Vi anbefaler forsterkede lokale eller regionale tiltak som enten vedtas lokalt eller ved statlig forskrift.

Oppsummering

- ☒ Helsemyndighetene vurderer at vi i nåværende situasjon bør følge føre-var prinsippet basert på det mest alvorlige scenariet presentert av FHI.
- ☒ Ved mistanke om omikron i en kommune må kommunelegen straks innhente opplysninger om den aktuelle personen og sørge for at det tas en PCR-test.
- ☒ Det anbefales at kommunene har beredskap for opptrapping av smittesporing for og rundt personer med mistanke om eller med bekreftet omikronsmitte.
- ☒ Kommunen må kartlegge mulige eksponeringer og identifisere alle øvrige nærkontakter, ikke kun husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.
- ☒ For å muliggjøre smittesporing anbefales det at det innføres kontaktreducerende tiltak i kommuner med mistanke om omikron utbrudd.
- ☒ Ved svært mange øvrige nærkontakter må det gjøres en risikovurdering av hvem i denne kategorien det er viktigst å smittesporer slik at man forsikrer seg om at karanteneplikten etterleves.
- ☒ Helsemyndighetene anbefaler videre at det innføres smitteratene av øvrige nærkontakter til en person med mistanke om eller som har bekreftet smitte med omikronvarianten i 10 dager med krav om negativ PCR-test på dag 7 før avslutning av karantene, uavhengig av vaksinasjonsstatus.

Oppsummering

- Helsemyndighetene og FHI anbefaler forsterkede tiltak i forbindelse med omikronutbrudd i Oslo.
- Tiltakspakken inneholder både anbefalinger og forskriftsfestede tiltak.
- Helsemyndighetene og FHI anbefaler at forsterkede tiltak anbefales i kommuner som er berørt av pågående utbrudd av omikron-variant og hvor det også er stor belastning på spesialisthelsetjenesten: Oslo, Asker, Bærum og opptaksområdet til Ahus (Grue, Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Hurdal, Nannestad, Ullensaker, Gjerdrum, Nes, Lørenskog, Lillestrøm, Rælingen, Aurskog-Høland, Enebakk, Nordre Follo, Ås, Nesodden, Frogn).
- Helsemyndighetene vurderer at situasjonen nå er slik at den defineres som et alvorlig utbrudd av en allmennfarlig smittsom sykdom jfr, smittevernloven § 1-3.