

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.: Covid-19 oppdrag 590
Vår ref.: 21/52174-21
Saksbehandler: Ingebjørg Skrindo
Dato: 09.01.2022

Revidert svar på covid-19 oppdrag fra HOD 590 - om helhetlig vurdering av situasjonen og vurdering av behov for justering i nasjonale smitteverntiltak

Oppsummering

A. *Situasjonsforståelse og vurdering av smitteverntiltak*

- FHI beskriver stor usikkerhet rundt hvordan omikronvarianten vil spre seg og hvilken sykdomsbyrde den vil gi, men varsler en smittespredning som langt overskrider det vi har sett tidligere i pandemien.
HelseDirektoratets vurderinger i denne besvarelsen bygger på foreløpige vurderinger fra FHI. Det kan være nødvendig å gjøre nye vurderinger når FHI har oppdatert sine risikovurderinger.
- Situasjonen i kommunene er fortsatt utfordrende, og antallet kommuner som melder at de har en utfordrende eller kritisk vanskelig tilgang til personell og kritisk kompetanse har økt.
- HelseDirektoratet vurderer at helsetjenesten i kommunene ikke vil kunne håndtere den forventede omikronbølgen uten at det har negative konsekvenser for i tilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for sine innbyggere.
- Det er utfordrende drift ved flere av helseforetakene i alle helseregioner, noe som skyldes generelt høyt pasientbelegg ved avdelingene kombinert med høyt sykefravær blant ansatte og mangel på kvalifisert personell. En rekke helseforetak har iverksatt tiltak for å sikre forsvarlig drift inkludert å redusere planlagt virksomhet.
- HelseDirektoratet vurderer at spesialisthelsetjenesten ikke vil kunne håndtere den forventede omikronbølgen uten å redusere i tilbudet til sine pasienter.
- HelseDirektoratet anbefaler at både helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre kritiske samfunnsfunksjoner forbereder seg på stort sykefravær og betydelig sykdomsbyrde i løpet av få uker.
- HelseDirektoratet anbefaler at man er forberedt på å ta i bruk helseberedskapsloven dersom det er nødvendig.
- HelseDirektoratet og FHI drøfter i besvarelsen forskjellige handlingsalternativer for å møte den forventede omikronbølgen der nasjonale tiltak kan trappes ned, videreføres eventuelt med justeringer eller trappes opp. Forslag til justering av tiltaksnivå med forbehold om at utviklingen i situasjonen frem til beslutning ikke endres vesentlig, er vedlagt.

B. *Særskilt vurdering av smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat*

- Uvaksinerte utgjør hovedtyngden av covid-19-pasienter innlagt på sykehus og i intensivavdeling.

HelseDirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
Ingebjørg Skrindo

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

- Uvaksinerte utgjør imidlertid en liten andel av befolkningen. Tiltak rettet mot uvaksinerte vil ha begrenset effekt på *smittespredning*.
- Tiltak rettet mot uvaksinerte kan imidlertid redusere deres risiko for *alvorlig sykdom*, og dermed redusere totalbelastningen på helsetjenesten og tiltaksbehovet i befolkningen.
- Det vil ha lite effekt å skjerpe inn tiltak overfor uvaksinerte på arenaer der strenge generelle tiltak uansett gjelder. Lettelser spesifikt for vaksinerte kan øke smittespredningen, og således undergrave effekten av tiltakene.
- På sikt kan det bli mer aktuelt å lette på tiltakene for den generelle befolkningen, og opprettholde egne anbefalinger og eventuelt påbud for uvaksinerte. Det kan være hensiktsmessig å gi anbefalinger som favner bredere enn en eventuell regulering.
- Det beskrives mulige innretninger for innenlands bruk av koronasertifikat. Gjeldende mulighet for kommunene til å innføre koronasertifikat etter covid-19-forskriften §19 anses ikke lenger hensiktsmessig.
- EU-passets gyldighetskriterier medfører at enkelte grupper ikke kan fremvise gyldig EU-sertifikat selv om de medisinsk sett anses som godt beskyttet. Dersom det legges til grunn et lempeligere krav i det nasjonale sertifikatet enn i EU-sertifikatet, vil det kunne være et problem at personer med EU-sertifikat eller tilsvarende sertifikater fra tredjeland ikke kan oppnå samme lempinger i tiltak ved innenlands bruk av sertifikatet som personer som har nasjonalt norsk sertifikat.
- FHI påpeker at koronasertifikat etter EU-passets kriterier innenlands vil medføre at enkelte grupper som får ugyldig sertifikat ut fra begrensninger i varigheten av vaksiner/gjennomgått sykdom, kan føle seg tvunget til å ta "unødvendig" oppfriskningsdose.
- FHI anbefaler derfor ikke bruk av koronasertifikat innenlands.
- Helsedirektoratet vurderer at innenlands bruk av koronasertifikat kan ha smittevernfaglige gevinster, men at den endelige avveiningen av fordeler og ulemper i stor grad må være en politisk vurdering.
- Departementet må vurdere om de anser det mulig å ha egne regler for nasjonal bruk av et koronasertifikat.

C. Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak

Tilgjengelige hurtigtester og selvtester har medført at testing kan benyttes som alternativ til andre smitteverntiltak som er mer inngripende både for den enkelte og for samfunnet.

- Vi viser til oppdrag 580 for en videre vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak.

D. Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak

- Helsedirektoratet og FHI vurderer at gjeldende nasjonale tiltak med enkelte justeringer bør videreføres og at derved ikke er behov for regionale tiltakspakker i den situasjonen vi er i nå.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av utkast til faglig underlag fra Folkehelseinstituttet (FHI) og i dialog med FHI. Revidert 9. januar for å korrigere noen språklige unøyaktigheter og for justeres oppdragsbesvarelsen til FHI sin endelige anbefaling om universiteter og høyskoler. Underlaget fra FHI finnes også som eget vedlegg.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.

direktør

Ingebjørg Skrindo
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

Helsedirektoratet, Beredskap @helsedir.no;FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd

Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 590 - om helhetlig vurdering av situasjonen og vurdering av behov for justering i nasjonale smitteverntiltak

Oppsummering

A. *Situasjonsforståelse og vurdering av smitteverntiltak*

- FHI beskriver stor usikkerhet rundt hvordan omikronvarianten vil spre seg og hvilken sykdomsbyrde den vil gi, men varsler en smittespredning som langt overskrider det vi har sett tidligere i pandemien. HelseDirektoratets vurderinger i denne besvarelsen bygger på foreløpige vurderinger fra FHI. Det kan være nødvendig å gjøre nye vurderinger når FHI har oppdatert sine risikovurderinger.
- Situasjonen i kommunene er fortsatt utfordrende, og antallet kommuner som melder at de har en utfordrende eller kritisk vanskelig tilgang til personell og kritisk kompetanse har økt.
- HelseDirektoratet vurderer at helsetjenesten i kommunene ikke vil kunne håndtere den forventede omikronbølgen uten at det har negative konsekvenser for i tilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for sine innbyggere.
- Det er utfordrende drift ved flere av helseforetakene i alle helseregioner, noe som skyldes generelt høyt pasientbelegg ved avdelingene kombinert med høyt sykefravær blant ansatte og mangel på kvalifisert personell. En rekke helseforetak har iverksatt tiltak for å sikre forsvarlig drift inkludert å redusere planlagt virksomhet.
- HelseDirektoratet vurderer at spesialisthelsetjenesten ikke vil kunne håndtere den forventede omikronbølgen uten å redusere i tilbudet til sine pasienter.
- HelseDirektoratet anbefaler at både helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre kritiske samfunnsfunksjoner forbereder seg på stort sykefravær og betydelig sykdomsbyrde i løpet av få uker.
- HelseDirektoratet anbefaler at man er forberedt på å ta i bruk helseberedskapsloven dersom det er nødvendig.
- HelseDirektoratet og FHI drøfter i besvarelsen forskjellige handlingsalternativer for å møte den forventete omikronbølgen der nasjonale tiltak kan trappes ned, videreføres eventuelt med justeringer eller trappes opp. Forslag til justering av tiltaksnivå med forbehold om at utviklingen i situasjonen frem til beslutning ikke endres vesentlig, er vedlagt.

B. *Særskilt vurdering av smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat*

- Uvaksinerte utgjør hovedtyngden av covid-19-pasienter innlagt på sykehus og i intensivavdeling.
- Uvaksinerte utgjør imidlertid en liten andel av befolkningen. Tiltak rettet mot uvaksinerte vil ha begrenset effekt på *smittespredning*.
- Tiltak rettet mot uvaksinerte kan imidlertid redusere deres risiko for *alvorlig sykdom*, og dermed redusere totalbelastningen på helsetjenesten og tiltaksbehovet i befolkningen.
- Det vil ha lite effekt å skjerpe inn tiltak overfor uvaksinerte på arenaer der strenge generelle tiltak uansett gjelder. Lettelser spesifikt for vaksinerte kan øke smittespredningen, og således undergrave effekten av tiltakene.
- På sikt kan det bli mer aktuelt å lette på tiltakene for den generelle befolkningen, og opprettholde egne anbefalinger og eventuelt påbud for uvaksinerte. Det kan være hensiktsmessig å gi anbefalinger som favner bredere enn en eventuell regulering.
- Det beskrives mulige innretninger for innenlands bruk av koronasertifikat. Gjeldende mulighet for kommunene til å innføre koronasertifikat etter covid-19-forskriften §19 anses ikke lenger hensiktsmessig.

- EU-passets gyldighetskriterier medfører at enkelte grupper ikke kan fremvise gyldig EU-sertifikat selv om de medisinsk sett anses som godt beskyttet. Dersom det legges til grunn et lempeligere krav i det nasjonale sertifikatet enn i EU-sertifikatet, vil det kunne være et problem at personer med EU-sertifikat eller tilsvarende sertifikater fra tredjeland ikke kan oppnå samme lempinger i tiltak ved innenlands bruk av sertifikatet som personer som har nasjonalt norsk sertifikat.
- FHI påpeker at koronasertifikat etter EU-passets kriterier innenlands vil medføre at enkelte grupper som får ugyldig sertifikat ut fra begrensninger i varigheten av vaksiner/gjennomgått sykdom, kan føle seg tvunget til å ta “unødvendig” oppfriskningsdose.
- FHI anbefaler derfor ikke bruk av koronasertifikat innenlands.
- Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at innenlands bruk av koronasertifikat kan ha smittevernfaglige gevinster, men at den endelige avveiningen av fordeler og ulemper i stor grad må være en politisk vurdering.
- Departementet må vurdere om de anser det mulig å ha egne regler for nasjonal bruk av et koronasertifikat.

C. Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak

Tilgjengelige hurtigtester og selvtester har medført at testing kan benyttes som alternativ til andre smitteverntiltak som er mer inngripende både for den enkelte og for samfunnet.

- Vi viser til oppdrag 580 for en videre vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak.

D. Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak

- Helse- og omsorgsdepartementet og FHI vurderer at gjeldende nasjonale tiltak med enkelte justeringer bør videreføres og at derved ikke er behov for regionale tiltakspakker i den situasjonen vi er i nå.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av utkast til faglig underlag fra Folkehelseinstituttet (FHI) og i dialog med FHI. Revidert 9. januar for å korrigere noen språklige unøyaktigheter og for justeres oppdragsbesvarelsen til FHI sin endelige anbefaling om universiteter og høyskoler. Underlaget fra FHI finnes også som eget vedlegg.

Kontaktperson for besvarelsen: Ingebjørg Skrindo

Innhold

Oppsummering	1
Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet	4
Bakgrunn	5
Andre relevante oppdrag	6
Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet	6
Helse- og omsorgsdepartementets vurdering	7
A. Situasjonsforståelse og vurdering av smitteverntiltak	7
Situasjonsforståelse	7
Situasjonen i kommunene	7
Situasjonen i spesialisthelsetjenesten	11
Beredskapsplanlegging og bruk av helseberedskapsloven	14
Vurdering av smitteverntiltak	14

Forslag til alternativ for videre håndtering	16
Nødvendighets- og forholdsmessighetsvurdering	26
Forslag til forskriftsendringer	27
B. Særskilt vurdering av smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat	32
Utgangspunkt	32
Formål med tiltak overfor uvaksinerte og koronasertifikat	33
Redusere smittespredning	33
Forhindre alvorlig sykdom	33
Øke vaksinasjonsdekningen	33
Differensierte tiltak overfor vaksinerte/uvaksinerte	33
Særskilte tiltak overfor uvaksinerte	35
Særskilte lettelsener for vaksinerte	35
Oppsummering	35
Koronasertifikat som dokumentasjon	35
Innretning av koronasertifikatbruk – ulike muligheter	36
Begrepene 1G, 2G og 3G	36
Hva gjør andre land?	36
Koronasertifikat som forebyggende smitteverntiltak (preventiv bruk)	37
Oppdatert vurdering – preventiv bruk av koronasertifikatet	37
Helsedirektoratets generelle vurdering	38
Andre vurderinger som bør gjøres dersom koronasertifikat skal gjenopptas	39
Formål	39
Testing og testrigg	39
Kriterier for gyldig sertifikat og forhold til EUs regler	39
Hvordan skal vaksinerte defineres – varighet av vaksinasjon, boosterdose etc.?	41
Praktisk/teknisk gjennomføring	41
Andre avveininger	42
Rettslig vurdering	42
Hjemmelsgrunnlag	42
Usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling?	42
C. Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak	45
D. Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak	46
Helsedirektoratets konklusjon	46
Vedlegg	46

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Oppdrag 590 om helhetlig vurdering av situasjonen og vurdering av behov for justering i nasjonale smitteverntiltak

Helse- og omsorgsdepartementet viser til regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19 pandemien og til oppdrag 552, 568, 569 og 576. Den 8. desember ble det innført en rekke nasjonale smitteverntiltak og det ble gjort ytterligere innstramminger i smitteverntiltakene i uke 50. Det er kommunisert at tiltakene skal vare i fire uker, men vurderes på nytt etter to uker. Det skal gjøres en vurdering av status for utviklingen og en vurdering av tiltaksnivået over nyttår, og derfor gis Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet følgende oppdrag:

A. Situasjonsforståelse og vurdering av smitteverntiltak

Vi ber Helsedirektoratet, i samråd med FHI, om en oppdatert beskrivelse av situasjonen og basert på denne vurdere om det er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstår som tjenlig etter en helhetsvurdering å justere de nasjonale smitteverntiltakene, jf. smittevernloven § 1-5. Dette må vurderes i lys av utbredelsen av omikron i Norge og ny kunnskap om denne, men også den generelle smittesituasjonen i samfunnet, vaksinasjonsdekning og belastning på helse- og omsorgstjenesten, samt andre samfunnskritiske funksjoner.

Dersom helhetsvurderingen tilsier behov for justering i de nasjonale smitteverntiltakene, herunder lettelse eller forsterking av eksisterende tiltak, og ev. ytterligere tiltak, ber vi om konkrete forslag til endringer i de gjeldende tiltakene. Ved vurderingen av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv, jf. regjeringens strategi.

B. Særskilt vurdering av smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat

Vi ber også om en vurdering av om det bør innføres tiltak som særskilt reduserer risikoen for smittespredning, mer alvorlig covid-19 sykdom og sykehusinnleggelser blant uvaksinerte, herunder om det bør iverksettes smitteverntiltak (anbefalinger eller forskriftsfestede påbud) som bare gjelder uvaksinerte, om uvaksinerte ikke bør ta del i enkelte aktiviteter og om koronasertifikat bør tas i bruk som dokumentasjon i den forbindelse. Vurderingen skal baseres på gjeldende lovhjemmel.

Vi ber etatene om å vurdere eventuelle justeringer eller oppdateringer av svar på oppdrag 554 del 1 om bruk av koronasertifikat som et forebyggende smitteverntiltak, gitt utviklingen og erfaringer siden leveranse 22. november 2021.

C. Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak

Det bes videre om en vurdering av om det kan gjøres justeringer i test-systemet for å legge til rette for lettelse i smitteverntiltak, dersom test-kapasiteten tilsier at det er mulighet for det.

D. Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak

Dersom helhetsvurderingen tilsier behov for lettelse i de nasjonale smitteverntiltakene, bes det om en særskilt vurdering av om det enkelte steder bør innføres strengere smitteverntiltak regionalt enn det som bør gjelde nasjonalt.

Vurderingene som gjøres i svar på dette oppdraget må ses i sammenheng med svar på oppdrag 580 om ny vurdering av TISK-strategien og oppdrag 577 om vurdering av innreisetiltak.

Dersom det foreslås tiltak som krever endringer i regelverket, bes det om et utkast til forskriftsendringer.

Frist for oppdrag: fredag 7. januar 2022 kl. 12:00, eller tidligere dersom situasjonen tilsier det.

Vi ber om kontaktperson for oppdraget inngår i svaret.

Kontaktpersoner i HOD:

Tone Brox Eilertsen (tbe@hod.dep.no)

Sandra Gjernes (sandra-larudottir.gjernes@hod.dep.no)

Vegard Pettersen (vp@hod.dep.no)

Kjetil Jonsbu (kjo@hod.dep.no)

Tilleggsoppdrag gitt 05.01.22:

Oppdrag 590B– tilleggsoppdrag til oppdrag 590 – differensiering i smitteverntiltak mellom vaksinerte og uvaksinerte

Det vises til oppdrag 590 med frist 07.01, der etatene skal vurdere situasjonen og smitteverntiltakene som nå gjelder og ev. oppheving av eller justeringer i disse, spesielt del B Særskilt vurdering av smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte. Det bes om at etatene i sin vurdering særskilt vurderer muligheten for differensiering i smitteverntiltak ut fra om de tiltakene skal rette seg mot er vaksinerte eller ikke, f.eks. om det kan gis enkelte unntak for vaksinerte. I den forbindelse bes det om at etatene vurderer hvordan vaksinerte bør defineres, f.eks. med antall doser og om ev. nylig gjennomgått covid-19 bør inkluderes.

Dersom etatenes vurderinger tilsier differensiering i regler fastsatt i forskrift, bes det om utkast til forskriftsendringer.

Bakgrunn

I oppdrag 576 levert 11. desember 2021, anbefalte Helsedirektoratet og FHI en innstramning av de nasjonale tiltakene. Oppsummeringspunktene fra dette oppdraget er:

- *Helsedirektoratet har lagt FHI sin situasjonsvurdering av pandemien til grunn sammen med en oppdatert vurdering av belastningen på helsetjenestene og kritisk viktige samfunnsfunksjoner. Helsedirektoratet støtter FHI i at situasjonen nå er svært alvorlig.*
- *Helsedirektoratet drøfter her forskjellige handlingsalternativer for den videre håndteringen av pandemien.*
- *Helsedirektoratet støtter FHI i deres vurdering av at det bør vurderes innstramninger i gjeldende nasjonale tiltak.*
- *Helsedirektoratet tar her utgangspunkt i FHIs utkast til forslag til innstramning av tiltak. Imidlertid er både Helsedirektoratet og FHI usikre på om foreslåtte tiltak er tilstrekkelige til å forsinke utbredelsen av omikron og få ned smittetallene med delta raskt nok.*
- *FHI har opplyst at de vil komme tilbake med nye vurderinger. Helsedirektoratet mener allikevel det er viktig at Helse- og omsorgsdepartementet raskt får oversendt disse vurderingene av situasjon, risiko og tiltaksnivå*

Tiltakspakken ble anbefalt å være gjeldende i ca. fire uker, men med vurdering underveis. De siste innstramningene ble innført 15. desember 2021. Gjeldende tiltak finnes på regjeringen.no:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/Koronasituasjonen/nasjonale-rad-og-regler/id2890588/>

[Korona | covid-19]

Nasjonale råd og regler

Gjelder fra 15. desember

Sjekk din kommunes nettside for lokale tiltak.

Smittevernaglig forsvarlig drift:
Sørge for at det er mulig å holde minst 1 m avstand, rutiner for god hygiene og renhold, fastsette hvor mange som maks kan være i lokalene og sørge for at dette blir overholdt. Registrere opplysninger til gjester (unntak for bibliotek, butikker/kjøpesentre).

Helse- og omsorgsdepartementet

Det viktigste

- Si ja til vaksine.
- Hold deg hjemme og test deg når du er syk.

Private hjem og sosial kontakt

- Hold 1 m avstand til andre enn de du bor med og tilsvarende nære. Unntak for barn i barnehager og barneskoler, og ved utøvelse av tjenester for barn og unge i sårbare grupper.
- Oppfordring om maks 10 gjester i tillegg til de du bor sammen med, maks 20 gjester en gang i løpet av jule- og nyttårshøytiden. Barn i barnehager og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort/klasse/avdeling selv om det overstiger anbefalt antall gjester.
- Personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp og uvaksinerte voksne bør skjermes seg, men ikke isolere seg. Det er viktig med noe sosial kontakt.
- Treff andre utendørs når det er mulig.
- Reduser antall nærkontakter, men ikke isoler deg.

Ankomst Norge

- Alle reisende må i utgangspunktet registrere seg før ankomst til Norge.
- Alle reisende må i utgangspunktet teste seg ved ankomst Norge.
- Uvaksinerte og personer uten verifiserbart koronasertifikat må i tillegg teste seg før avreise til Norge, og må i karantene dersom de kommer fra et område med karanteneplikt. Egne regler gjelder for reisende fra Sør-Afrika og omkringliggende land i forbindelse med omikron-varianten.

Se regjeringen.no/inreise for unntak.

Kollektivtransport/taxi

- Anbefales å unngå bruk av kollektivtrafikk for å komme seg til arrangement. Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1 m avstand. I taxi er det påbud om bruk av munnbind for både passasjer og sjåfør.

Butikker/kjøpesentre

- Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1 m avstand.
- Krav om smittevernaglig forsvarlig drift.*

Varemesser, midlertidige markeder o.l.

- Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.
- Krav om smittevernaglig forsvarlig drift.*

Friser, hudpleie, tatovering o.l.

- Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1 m avstand. Plikten til å bruke munnbind gjelder ikke for kunden i situasjoner der det ikke er praktisk mulig å bruke munnbind.

Restauranter, kafeer og uteliv

- Skjenkestopp.
- Serveringsstedet skal sørge for at alle kan holde 1 m avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.
- Serveringssteder skal ikke gjennomføre aktiviteter som normalt innebærer mindre avstand mellom gjestene enn 1 m (f.eks. dansing).
- Serveringsstedet skal sørge for smittevernet, men du må også passe på at dere ikke er for mange.
- Krav om munnbind der det ikke er mulig å holde meteren, unntak mens man sitter ved bordet.
- Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.

Arrangementer

- Begrens sosiale sammenkomster og arrangementer du deltar på.
- Se regjeringen.no/arrangementer for råd og regler. Her er noen hovedpunkter:
- **Regler ved gjennomføring av arrangementer innendørs og utendørs:**
 - Skjenkestopp. Arrangør skal bl.a. sørge for at alle kan holde minst 1 m avstand til andre som ikke er i samme husstand eller tilsvarende nære.
- **Private arrangementer/sammenkomster på offentlig sted, leide/lånte lokaler:**
 - Innendørs: Maks 20 personer, maks 50 personer ved minnestund.
 - Utendørs: Maks 50 personer.
 - Munnbindpåbud.
- **Offentlige arrangementer innendørs:**
 - Uten faste tilviste plasser: Maks 20 personer.
 - Med faste tilviste plasser: Maks 50 personer.
 - Munnbindpåbud.
- **Offentlig arrangementer utendørs:**
 - Uten faste tilviste plasser: Maks 100 personer.
 - Med faste tilviste plasser: 200 personer x 3.
 - Munnbind anbefales.

Arbeidsliv

- Arbeidsgivere pålegges å sørge for at ansatte jobber hjemmefra dersom dette er praktisk mulig og ikke til hinder for viktig og nødvendig virksomhet på arbeidsplassen, blant annet virksomhet for å ivareta barn og sårbare grupper.
- Anbefaling om 1 m avstand og bruk av munnbind om ikke mulig å holde avstand.
- Påbud om å bruke munnbind gjelder i noen publikumsrettede deler av arbeidslivet.

Fornøyelsesparker, lekeland, spillehaller o.l.

- Skal holde strengt.

Skoler, barnehager og SFO

- Gult nivå i barnehager og barne- og ungdomsskoler, må ha beredskap for rask overgang til rødt nivå. Det kan arrangeres sammenkomster i barnehage/ barneskole med hele klasser/avdelinger/grupper med nødvendig antall voksne til stede.
- Rødt nivå på videregående skoler og for voksenopplæring.

Høyere utdanning

- Krav om å tilrettelegge for digital undervisning, ferdighetstrening og eksamen så langt det er mulig.

Idretts- og fritidsaktiviteter

- Bør gjennomføres utendørs så langt det er mulig for alle aldersgrupper.
- **Barn og unge under 20 år:**
 - Barn til og med ungdomsskole: Utendørs anbefales gruppestørrelse etter nivå i trafikkløysmodellen i skolen. Innendørs gruppestørrelse på maks 20 personer eller etter klasse/kohort.
 - Barn/unge som er ferdig med ungdomsskolen, bør holde meteren også ved gjennomføring av fritidsaktiviteter.
 - Egne anbefalinger for idrettsarrangementer for barn og unge utendørs, se regjeringen.no/arrangementer
- **Voksne over 20 år:**
 - Innendørs: Anbefales utsatt/avlyst.
 - Utendørs: Anbefalt maks 20 personer og 1 m avstand.
- Toppidrett kan gjennomføres tilnærmet som normalt innenfor rammen av de nye smitteverntiltakene.

Treningsentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg og hotellbasseng

- **Holdes kun åpent for:**
 - Individuell trening, krav om 2 meter avstand ved høyintensiv trening.
 - Skolesvømming, svømmekurs, svømmetrening, konkurransesvømming med arrangør.
 - Rehabilitering og opptrening individuelt / i mindre grupper med arrangør.
 - Annen individuell behandling som det kan bestilles time til og hvor bad er en del av behandlingen.
- Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.
- Krav om smittevernaglig forsvarlig drift.*
- Treningsentre kan ha gruppetrening utendørs med maks 20 personer og minst 1 m avstand mellom de som er til stede.

Karantene

- Felles regler for isolasjon og smittekarantene uavhengig av virusvariant. Se detaljer på regjeringen.no/smittekarantene.

Vi er i dette oppdraget bedt om å vurdere de nasjonale tiltakene på nytt opp mot aktuell smittesituasjon og oppdatert kunnskap om virusvarianter inkludert omikronvarianten.

Andre relevante oppdrag

Oppdrag 552 - Vurdering av behov for nasjonale tiltak

Oppdrag 554 del 1 - Innenlands bruk av koronasertifikat

Oppdrag 568 - Vedrørende ny virusvariant identifisert i det sørlige Afrika

Oppdrag 569 - Plan for første respons ved omikronvariant i Norge

Oppdrag 576 - Vurdering av situasjonen og behov for justering i nasjonale smitteverntiltak

Oppdrag 589 - Om å vurdere karantenerregler for barn og ansatte i barnehager og skoler fra skolestart i januar 2022 m.m.

Oppdrag 599 – Innretning av trafikkløysmodellen og veiledere om smittevern

Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

De faglige underlagene fra FHI er vedlagt i sin helhet.

Innspill fra Bufdir er vedlagt i sin helhet.

Innspill fra Udir er vedlagt i sin helhet.

Helsedirektoratets vurdering

A. Situasjonsforståelse og vurdering av smitteverntiltak

Situasjonsforståelse

Gjeldende nasjonale smitteverntiltak ble iverksatt for å forsøke å dempe en pågående smittebølge med deltavarianten og samtidig forsinke en bølge med omikronvarianten. Risikovurderingen beskrev en så stor smittebølge at man uten tiltak vill få en overbelastning av både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten i tillegg til at kritiske samfunnsfunksjoner ville kunne bli påvirket.

Så langt ser det ut til at gjeldende tiltak har dempet spredningen av omikron og redusert spredningen av delta. Ut fra registrerte smittetall fikk vi en nedgang i antall smittetilfeller gjennom julen og samtidig en avflatning av innleggelse, inkludert antall innleggelse på intensivavdelingene. Når det gjelder smittetallene, er det imidlertid en del usikkerhet da det har vært lavere testaktivitet i forbindelse med juleferien. Vi har allerede sett smitterekorder 5. og 6. januar 2022. Sannsynligvis vil vi få vite mer om reell smitte i samfunnet i løpet av denne første uken.

FHI gjør risikovurderinger for å vurdere utviklingen av pandemien. Selv om oppdatert risikovurdering ikke er ferdig, er foreløpige tilbakemeldinger fra FHI at det forventes en kraftig omikronbølge i løpet av få uker. Det er usikkert nøyaktig når den vil komme og hvor stor den vil bli. Foreløpige vurderinger tyder på at vi vil få flere innlagte enn tidligere i pandemien og det er mulig at den blir større enn det helsetjenesten kan håndtere.

I sitt utkast til underlag for oppdrag 590 oppsummerer FHI situasjonsforståelsen slik:

- *"Omikronvarianten har større smitteevne og er nå dominerende i Norge. Dette vil sannsynligvis bidra til en betydelig smittebølge i januar og februar. Størrelsen av en slik bølge avhenger av vaksineeffekt, vaksineoppslutning og effekt av smitteverntiltak og befolkningens etterlevelse.*
- *Konsekvensene avhenger av variantens virulens og vaksinebeskyttelse mot alvorlig sykdom. Spørsmålet er om sykdomsalvorligheten er så lav at den veier opp for den økte spredningsevnen slik at den samlede sykdomsbyrden blir mindre med omikronvarianten. Det kommer stadig ny informasjon både fra situasjonen i Norge og fra andre land som bidrar til å få mer kunnskap om dette.*
- *En omikrondrevet bølge kan gi økt belastning på landets helsetjenester og gå utover andre samfunnssektorer, noe som igjen kan gi behov for å revurdere utformingen av dagens TISK system."*

Det er fortsatt stor usikkerhet rundt hvordan omikronvarianten vil spre seg og hvilken sykdomsbyrde den vil gi. FHI skriver at den ser ut til å gi mindre alvorlig sykdom enn deltavarianten i alle aldersgrupper, og at vaksinasjon beskytter mot alvorlig sykdom også av omikronvarianten. Likevel varsler de en smittespredning som langt overskrider det vi har sett tidligere i pandemien. Helsedirektoratets vurderinger i denne besvarelsen bygger på foreløpig underlag fra FHI, informasjon fra FHI og andre etater og i dialog med FHI. Det er mulig det må gjøres nye vurderinger når FHI har oppdatert sine risikovurderinger.

Når det gjelder sykdomsbyrde for barn ved omikronvarianten, viser vi til FHI sitt vedlegg der dette omtales spesielt.

For å kunne vurdere konsekvensene av en sannsynlig stor omikronbølge, som vil gi høyere innleggelsestall og mer sykefravær enn vi har sett tidligere i pandemien, blir det viktig å vurdere situasjonen i helsetjenesten:

Situasjonen i kommunene

Belastningen i kommunehelsetjenesten ble grundig redegjort for i tidligere leveranser i uke 49 2021 (oppdrag 552 levert 6. desember og oppdrag 576 levert 11. desember). Oppdaterte punkt som også nevnes i disse besvarelsene:

- *Analyser av KUHR-data frem til uke 48, viser at belastningen på fastlege- og legevaktordning 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 og til e-konsultasjoner.*
- *Tilbakemelding fra landsgruppen for helsesykepleiere og kommuner viser at tjenesten opplever stor etterspørsel for ekstra konsultasjoner samtidig som flere konsultasjoner kuttet 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 særlig i 2021.*
- *Sykefraværet har ikke siden 2003 vært høyere i et tredjekvartal enn det var i 2021. Kommunehelsetjenesten har en høyere prosentandel (9,1%) enn sykehussektoren (7,1%) og betydelig høyere enn andre sektorer samlet (5,5 %), ifølge data fra SSB. Det forventes, som foregående år, høyere sykefravær i vintersesongen (4. kvartal 2021 og 1. kvartal 2022), men data foreligger ikke.*
- *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 fra fastleger og legevaktsentraler ved akutt oppståtte behov for helsehjelp. Dette kan igjen gi overslag til medisinsk nødnummer 113, med forlenget svartid og forsinket helsehjelp i tidskritiske situasjoner.*

Disse oppsummeringspunktene fra uke 49 for belastningen i kommunene, er fortsatt aktuelle, men antallet kommuner som melder at de har en utfordrende eller kritisk vanskelig tilgang til personell og kritisk kompetanse har økt (se kurven under).

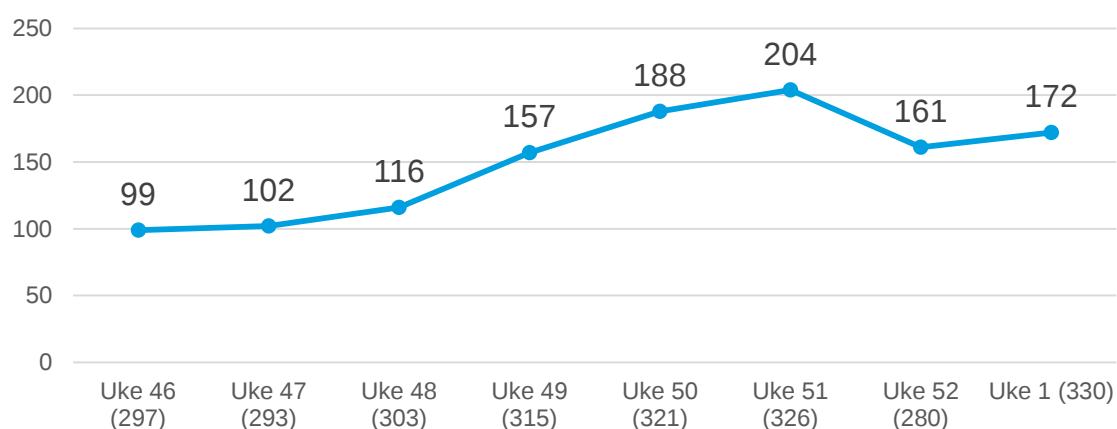
Kommunene forholder seg til følgende definerte karakteristikk i sin ukentlige rapportering til statsforvalter:

- *God*; Kapasiteter av personell, tjenester, materiell, smittesporing og testing er gode
- *Utfordrende*; Kapasiteter av testing, smittesporing, personell eller tjenestetilbud er betydelig belastet. Tilgang til materiell/ utstyr er mangelfull og krever lån / omfordeling fra andre kommuner, Helseforetak eller Statsforvalter. Sykdomsbyrden i befolkningen er økende
- *Kritisk*; Kapasiteter av testing, smittesporing, personell, tjenestetilbud eller materiell er overbelastet. Det er svikt i tjenestene, og smitten kan påføre befolkningen en betydelig sykdomsbyrde.

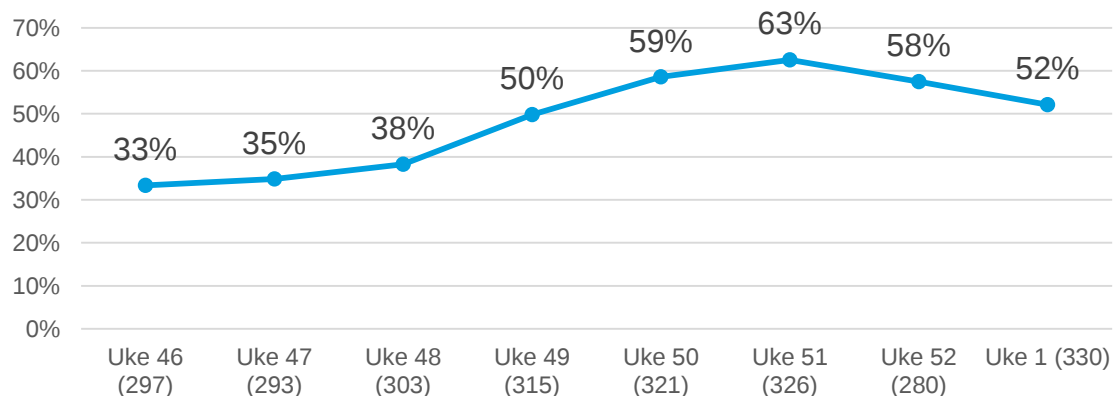
Ca. 50 % av kommunene har de siste 4 uker rapportert at de har betydelige utfordringer med tilgang til helsepersonell, særlig til sykepleiere og leger. Det er krevende å opprettholde kapasiteter hos fastleger, i legevakten, i hjemmetjenestene og i institusjoner. Personellmangelen gjelder også oppgaver som vaksinasjon, testing, smittesporing og helsehjelp ytelse i tjenestene.. Mange av kommunene rapporterer om slitasje på ansatte som har stått lenge i beredskap, at rekruttering til ledige stillinger er vanskelig og at de ikke har kapasitet til håndtering av økt smitte. Dette er siste uker også formidlet i brev og henvendelser til statsforvaltere og Helsedirektoratet.

Helsetjenestene er særlig presset i byområdene med høy smitte - som i Oslo og Viken. Det betyr at kapasitetsutfordringene særlig er der det bor mange mennesker. Av landets 35 kommuner med over 30 000 innbyggere, rapporterer bare 6 kommuner at de har god tilgang, 24 kommuner utfordrende tilgang og 3 kritisk tilgang i uke 1 2022. Disse kommunene har 3,1 millioner innbyggere – over halvparten av hele befolkningen (58 %). Stavanger og Tromsø har ikke svart på dette spørsmålet i uke 1 (til sammen nesten 200 000 innbyggere).

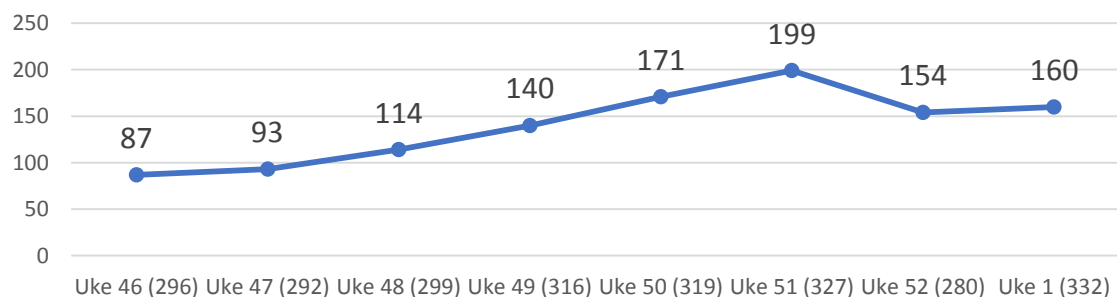
Utfordrende eller kritisk tilgang til personell og kritisk kompetanse

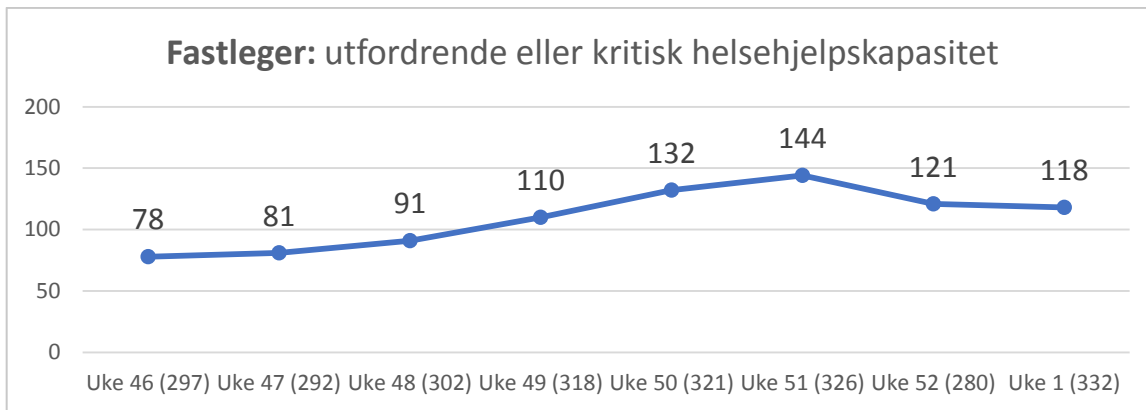


Andel kommuner med utfordrende eller kritisk tilgang til personell og kritisk kompetanse



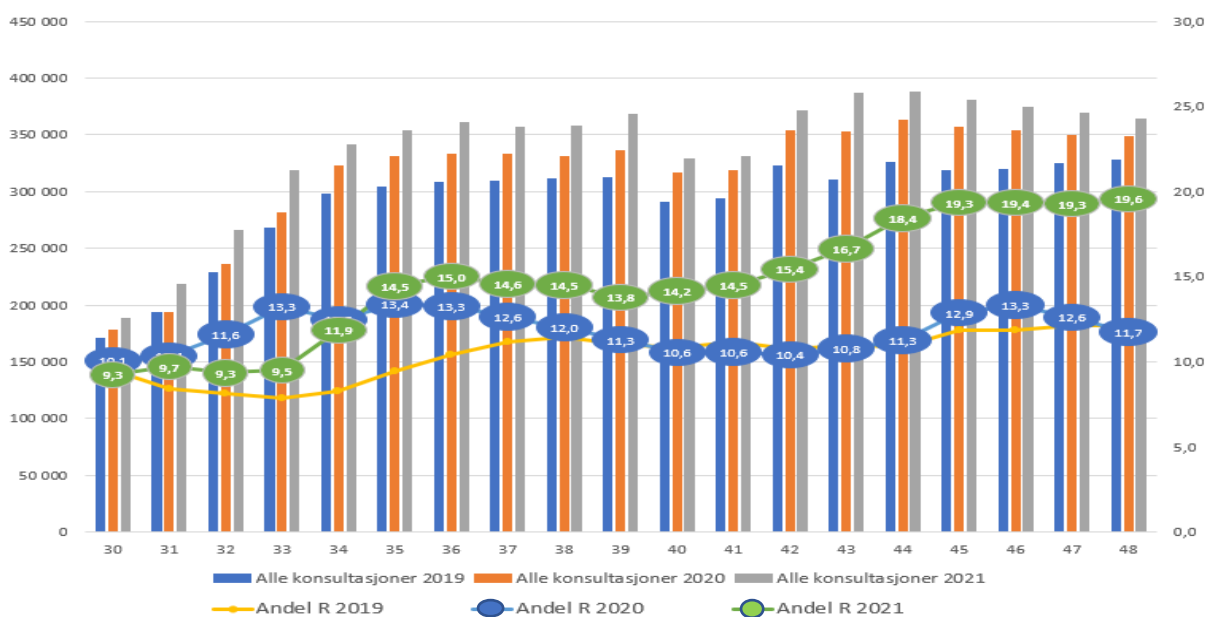
Institusjoner og hjemmetjenester: utfordrende eller kritisk helsehjelpskapasitet





Tross meldinger om at det er utfordrende eller kritisk mht kapasitet hos fastleger mange steder i landet, viser kvalitetssikrede KUHR-data at samlet antall konsultasjoner hos fastlege høsten 2021 (grå søyle) har ligget over 2019 (blå søyle) og 2020 (rød) i hele høst (se figuren under).

Særlig har det vært mange konsultasjoner knyttet til så kalte R-diagnoser (luftveisproblematikk) – markert med grønt for 2021 og blått for 2020. Om lag 28 % av alle konsultasjonene var e-konsultasjoner i uke 48.



Tiltak for å avbøte utfordringene

I tillegg til ordningene med hjelp fra studenter og forsvar til vaksinasjon, følger statsforvalterne opp brev sendt fra Helsedirektoratet 21. desember der kommunene blir bedt om å mobilisere det de kan av personell for å møte omikron-smittebølgen. Det mobiliseres nå personell fra egen kommune, private aktører, næringsliv, NAV, frivillige organisasjoner, ordningen Nasjonalt helsepersonell m. flere, og kommunene samhandler med nabokommuner og helseforetak. Dette har begrenset effekt på å mobilisere kvalifisert helsepersonell. Kommuner vurderer derfor hva slags helsehjelp de kan prioritere ned (eksempelvis sykebesøk).

Kommunene har altså begrenset kapasitet til å gi et større antall smittede nødvendig helsehjelp samtidig som kapasiteten til alle typer pasienter og brukere er presset. Tiltak for å flate ut forestående smittebølgen er derfor

viktig. Totalt sett er situasjonen i kommunene mange steder utfordrende og usikker. Det er bekymring rundt konsekvensene av en eventuell stor smittebølge i løpet av de nærmeste ukene.

- **Vurdering av situasjonen i kommunene:** Helsedirektoratet vurderer at helsetjenesten i kommunene ikke vil kunne håndtere den forventede omikronbølgen uten å redusere i tilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for sine innbyggere.

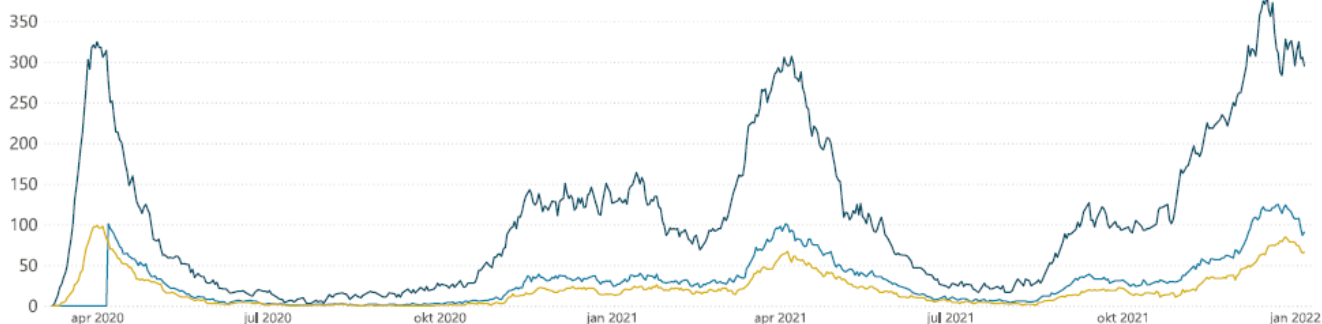
Situasjonen i spesialisthelsetjenesten

Covid-19 pasienter

Per 6. januar 2022 er totalt 295 pasienter registrert innleggende på norske sykehus med covid-19, hvorav 91 på intensiv og 67 med invasiv respiratorbehandling (se kurve under). 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.

Antall innlagte med påvist covid-19

● Innlagte totalt ● Innlagte på intensivavdeling ● Får invasiv respiratorbehandling



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 per 5. januar 2022 rundt 3,4 % av totalt antall pasienter som er inneliggende på norske sykehus og 30,4 % av intensivpasienter.

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. Enkelte sykehus har tilnærmet normal drift, mens andre sykehus har betydelig redusert planlagt virksomhet.

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.

Tabellen under viser at det de siste årene har vært en økning i antall henvendelser til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og at svartiden har økt. Dette er en nasjonal kvalitetsindikator, og Akuttmedisinforskriften stiller som krav at 90 prosent av henvendelsene skal besvares innen 10 sekunder.¹

Statistikk fra svartid på medisinsk nødnummer 113			
År	Antall henvendelser	Andel besvart	Andel besvart innen 10 sek
2018	613 372	93 %	96 %
2019	636 241	93 %	96 %
2020	624 084	93 %	94 %
2021	666 352	93 %	92 %

Tiden det tar fra varslings av AMK til første ambulanse er på hendelsesstedet er også en nasjonal kvalitetsindikator.² Det er en målsetting at ambulansen skal være framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av hendelsene i tettbygde strøk og innen 25 minutter i grisgrendte strøk. Ingen av helseregionene nådde målsettingen i 2020.

Situasjonen innen rehabilitering

Helsedirektoratets rapport om Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2016-2020 viser at det over tid vært en nedgang i antall rehabiliteringspasienter i denne perioden.³ Helsedirektoratets rapport om Rehabiliteringsaktivitet under pandemi i mai–august 2020 sammenlignet med samme periode i 2019 viser at det var større reduksjonen i rehabiliteringsaktiviteten ved sykehusene enn ved private rehabiliteringsinstitusjoner.⁴ Nedgangen er særlig stor for rehabilitering gjennomført som dag- og poliklinisk behandling i sykehus. Det er også en tydelig reduksjon i antall døgnopphold der pasienten mottar primær behandling i sykehus.

Det er en utfordring å skaffe tallgrunnlag på antall covid-19 pasienter som har gjennomgått rehabilitering og har senfølger i Norge pga. variasjon i definisjoner og kodebruk. Helsedirektoratet har derfor utgitt faglige råd for rehabilitering etter covid-19 som inneholder veiledning om riktig koding ved senfølger og rehabilitering slik at en kan få et pålitelig datagrunnlag for styring, prioritering, forskning og kvalitetsutvikling av tjenestene.⁵

Drift

Helsedirektoratet har mottatt rapporter om utfordrende drift ved flere av helseforetakene i alle helseregioner. Dette skyldes generelt høyt pasientbelegg ved avdelingene kombinert med høyt sykefravær blant ansatte. Driften vanskeligjøres 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.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/svartid-p%C3%A5-medisinsk-n%C3%B8dnummer-113>

² <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus/tid-fra-amk-varslings-til-ambulanse-er-pa-hendelsessted>

³ [tps://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2016-2020/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202016-2020.pdf/_attachment/inline/4c394ef5-df09-4fa3-9cf7-b7dde11bebb0:43b8702a8dad870dceead60fabcaa717963542b0/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202016-2020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2016-2020/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202016-2020.pdf/_attachment/inline/4c394ef5-df09-4fa3-9cf7-b7dde11bebb0:43b8702a8dad870dceead60fabcaa717963542b0/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202016-2020.pdf)

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabiliteringsaktivitet-under-pandemi-i-mai-august-2020-sammenlignet-med-samme-periode-i-2019>

⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/Senf%C3%B8lger-og-rehabilitering-etter-covid-19>

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 generelt er god. Det angis økt leveringstid for enkelte varer som det må tas høyde for ved bestillinger. Det har vært utfordringer med testkapasiteten for covid-19 analyser i perioder med høyt antall prøver. Det har vært redusert tilgjengelighet på perifere venekanyler ved sykehusene.

Beredskapsnivåer

De siste ukene har mange av de regionale helseforetakene og deres underliggende helseforetak hatt hevet beredskap, henholdsvis hvit, grønn og gul.

Effekter av kommende omikronbølge

Ved en svært stor smittebølge må helsetjenesten være forberedt på at mange pasienter vil ha behov for innleggelse på sykehus og på intensivavdelinger samtidig. Dette kan utfordre kapasiteten ved sykehusene utover det vi ser at covid-19 innleggelse gjør nå. Det forventes at tilgangen på personell vil være den mest kritiske faktoren i en slik situasjon, og særlig tilgangen på nøkkelpersonell for intensivbehandling av barn og voksne. Kapasiteten for behandling av akutt syke barn er begrenset, og en mangelsituasjon her vurderes som ekstra alvorlig med tanke på potensiale for tapte leveår.

Ved økt smitte i befolkningen, vil en forvente et økende antall pasienter som blir innlagt på sykehus av andre sykdommer eller skader med samtidig covid-19 smitte og/eller sykdom. Dette vil være krevende for sykehusene å håndtere med tanke på å ivareta smittevern og hindre smitte mellom personer. Det vil vanskeliggjøre driften av sykehusene og øke risikoen for smitteutbrudd innad på sykehus som kan ramme både pasienter og ansatte.

For vurderinger knyttet til hvor mange pasienter som forventes å trenge sykehustjenester fremover grunnet covid-19, viser direktoratet til Folkehelseinstituttets faglige underlag. Direktoratet vurderer at det er usikkerhet knyttet til hvor mange pasienter som vil trenge innleggelse på sykehus de neste ukene og aldersfordelingen blant disse.

Effekter av andre samtidige luftveisinfeksjoner

Dersom det samtidig med covid-19 blir mange pasienter som trenger innleggelse på sykehus på grunn av andre luftveisinfeksjoner de neste ukene, kan dette gi ekstra utfordringer for sykehusene ved at veldig mange pasienter potensielt kan trenge liknende helsetjenester samtidig. Direktoratet vil i denne sammenheng vise til at Folkhälsomyndigheten har uttalt at sesongens influensaepidemi nasjonalt begynte i Sverige i uke 48 2021.⁶

For vurderinger knyttet til hvor mange pasienter som forventes å bli innlagt på sykehus med andre samtidige luftveisinfeksjoner viser direktoratet til Folkehelseinstituttets faglige underlag og deres rapport om risiko ved andre

⁶ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/december/sasongens-influensaepidemi-igang--hog-tid-for-personer-i-riskgrupp-att-vaccinera-sig/>

luftveisinfeksjoner enn covid-19 høsten og vinteren 2021/2022.⁷ Direktoratet vurderer at det er usikkerhet knyttet til hvor mange pasienter som vil bli innlagt på sykehus med andre typer luftveisinfeksjoner de neste ukene og aldersfordelingen blant disse.

- **Vurdering:** Helsedirektoratet vurderer at spesialisthelsetjenesten ikke vil kunne håndtere den forventede omikronbølgen uten å redusere i tilbudet til sine pasienter.

Beredskapsplanlegging og bruk av helseberedskapsloven

Helsedirektoratet anbefaler at både helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre kritiske samfunnsfunksjoner forbereder seg på stort sykefravær og betydelig sykdomsbyrde i løpet av få uker.

Helsedirektoratet anbefaler at man er forberedt på å ta i bruk helseberedskapsloven dersom det blir nødvendig.

Vurdering av smitteverntiltak

Vi er i oppdraget bedt om å gjøre en ny vurdering av behovet for videre smitteverntiltak. Som beskrevet ovenfor, ser det ut til at gjeldende tiltakspakke med anbefalinger og forskriftsfestede tiltak har effekt. Men, selv om gjeldende tiltak ser ut til å ha god effekt på deltasmitten, vet vi foreløpig ikke hvor stor effekt de har på spredningen av omikronvarianten selv om det ser ut til at vi har forsinket spredningen betydelig.

Situasjonen er noe annerledes nå enn i desember da nåværende tiltak ble innført. På det tidspunktet hadde vi en eksponentiell økning i smitte med deltavarianten, vi hadde så vidt startet vaksinasjon med oppfriskningsdose og vi hadde nettopp fått introduksjonen av omikronvarianten til landet. Gjennomføring av oppfriskningsdosen er godt i gang, men tempoet har vært saktere enn ønsket. Sannsynligvis vil vi ha fått høyere dekning av boosterdose i løpet av få uker.

FHI vurderer at det fortsatt er stor risiko for en omikronbølge som vil kunne gi en sykdomsbyrde som kan true kapasiteten i helsetjenesten og et sykefravær som kan true kritiske samfunnsfunksjoner om kort tid. Det er mulig vi allerede har startet på denne bølgen. Vi forventer at gjeldende tiltak vil kunne dempe bølgen noe, men har foreløpig ikke nok kunnskap til å kunne forutsi om det er tilstrekkelig. Den videre håndteringen av pandemien må vurderes opp mot denne forventede bølgen, og vi ser i hovedsak tre mulige alternativer:

1. Nasjonale tiltak trappes ned
2. Nasjonale tiltak videreføres med noen justeringer
3. Nasjonale tiltak trappes opp

Alternativ 1: Nasjonale tiltak trappes ned

Dersom nasjonale tiltak trappes ned, vil konsekvensen bli at flere blir smittet raskere. Nøyaktig hvor mange som blir smittet, hvor raskt, hvor mange samtidig, hvor mange som blir alvorlig syke og aldersfordelingen av alvorlig syke, vet vi foreløpig lite om. Det er imidlertid sannsynlig at vi vil få mange med alvorlig sykdom, spesielt i den uvaksinerte delen av befolkningen, mange dødsfall, svært høyt sykefravær i alle deler av samfunnet, overbelastede fastlegetjenester, legevaktstjenester, omsorgstjenester og sykehustjenester. Sykehusene må omprioritere og tilbudet til øvrig pasienter vil sannsynligvis bli kraftig påvirket og køene av ubehandlede pasienter større. Det er sannsynlig at mange kommuner og sykehus ikke vil kunne gi tilstrekkelig forsvarlige helsetjenester, og opprettholdelse av kritiske samfunnsfunksjoner kan bli berørt av det høye sykefraværet.

⁷ <https://www.fhi.no/publ/2021/risiko-ved-andre-luftveisinfeksjoner-enn-covid-19-hosten-og-vinteren-202120/>

Vi vet foreløpig lite om naturlig immunitet som følge av smitte av omikronvarianten. Så langt i pandemien har vi ikke sett at noen land har klart å oppnå naturlig flokkimmunitet ved å la infeksjonen få bre seg naturlig i befolkningen. Vi har ingen holdepunkter for at det vil være annerledes med omikronvarianten. Det er også viktig å minne om at de nye, alvorlige mutasjonene (både delta og omikron) har dukket opp i befolkninger med lav vaksinasjonsgrad der svært mange har fått infeksjonen.

Noen land har en lavere tiltaksbyrde enn Norge i øyeblikket (Danmark, England, USA), men alle disse landene har også begynt å vaksinere barn. Det er derfor vanskelig å bruke disse landene til direkte sammenlikning med hensyn til nødvendig tiltaksnivå, selv om det er for tidlig å si om vaksinasjon av barn vil kunne gi lettelse i tiltaksnivå.

Dersom nasjonale tiltak trappes ned, vil det kunne være aktuelt å ha regionale tiltak der det er mye smitte. Så langt i pandemien har vi erfart at regionale tiltak fungerer best når det er tydelige regionale forskjeller i smitteutbredelse. Når det er mye smitte i hele landet har vi sett at effekten av regionale tiltak er mer begrenset, og etterlevelsen er best med nasjonale tiltak.

Alternativ 2: Nasjonale tiltak videreføres med noen justeringer

Dersom nasjonale tiltak videreføres, gjerne med noen justeringer, vil målet fortsatt kunne være å redusere smitten og holde kontroll. Hvor god kontroll over smitteutviklingen man kan klare å få, er avhengig av mange faktorer. Selv om tiltakene har hatt effekt på deltavarianten, vet vi foreløpig ikke hvilken effekt de vil ha på omikronvarianten.

Dersom vi viderefører tiltakene med få justeringer, vil vi også få tid til å vaksinere flere med boosterdose før vi gjør større lettelse i tiltakene. I følge FHI gir fullvaksinasjon god beskyttelse mot alvorlig sykdom med omikronvarianten. Det ser ut som om boosterdose beskytter ytterligere, spesielt i høyere aldersgrupper. Hvorvidt boosterdose også redusere faren for å smitte videre, er foreløpig usikkert. Det forventes at FHI vil komme tilbake med utdypende kunnskap om boosterdosens betydning i risikovurderingene de gjør.

Å forsøke å ha kontroll på smitten over de kommende vintermånedene med det smittenivået vi har i landet i dag, er vanskelig og vil kunne kreve svært omfattende tiltak over lang tid. Holden utvalget har pekt på at dette (bremsstrategi) er samfunnsøkonomisk mer kostbart enn å snu smitten til et nivå hvor man kan opprettholde kontroll med TISK og tiltak for å hindre importsmitte, og der samfunnet i stor grad ellers kan fungere som normalt med enkelte lokale variasjoner i tiltak knyttet til utbruddssituasjoner. Dette er vurderinger som også bør tas med når videre tiltaksnivå skal velges.

Alternativ 3: Nasjonale tiltak trappes opp

Dersom gjeldende tiltak videreføres (eventuelt i justert form), og man ser en så rask økning i smitte med så stor sykdomsbyrde at belastningen i helsetjenesten er i ferd med å overskride kapasiteten, kan det bli nødvendig å oppskalere tiltakene for å holde kontroll over situasjonen. Dette kan eksempelvis gjøres ved å stramme ytterligere inn etter modell av tidligere kapittel 5A tiltak i covid-19 forskriften der det blant annet var arrangementsforbud, stenging av kjøpesentre m.m. En innstramning av tiltak kan også gjøres ved å heve tiltaksnivået for enkelte grupper med mye smitte, eller å fjerne unntaksbestemmelser dersom man ser at unntakene gir stor smittespredning.

Å trappe opp tiltak nå, for senere å kunne redusere tiltaksnivået som beskrevet over og holde kontroll med mindre inngripende tiltak, er også et alternativ dersom det ønskes et strategisk skifte. Fordelen med en slik tilnærming vil være at man vil kunne få god kontroll på smitten i landet, og muligens kunne holde tiltaksnivået videre lavt med utvidet TISK-arbeid, tiltak for å hindre importsmitte, og at kommunene raskt slår ned lokale utbrudd slik vi har sett har fungert godt tidligere under pandemien. Det er også dette alternativet som vil gi størst risikoreduksjon knyttet til eventuelle nye og mer alvorlige virusvarianter.

I mars 2020 slo man ned smitten i løpet av tre uker. Det var en annen og mindre smittsom virusvariant, og smittenivået nå er vesentlig høyere enn det var den gang. På den annen side har vi nå en høy vaksinasjonsdekning. Hvor høyt tiltaksnivået må være og hvor lenge det må holdes for å presse smitten lavt nok til at man kan kontrollere smitten med TISK og enkelte innreiserestriksjoner er vanskelig å si noe sikkert om.

Forslag til alternativ for videre håndtering

FHI har i sitt underlag anbefalt å videreføre gjeldende nasjonale tiltak, men med noen justeringer (i samsvar med tabell i deres vedlegg), og gjøre en ny vurdering av tiltakene i begynnelsen av februar. Basert på en totalvurdering av situasjonen og at den høyeste smittetoppen sannsynligvis er foran oss, støtter Helsedirektoratet FHI i denne vurderingen slik at regjeringens strategi skal kunne følges: *"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."* En vurdering av tiltakene tidligere vil gjøres dersom situasjonen tilsier det.

Når vi nå ønsker å gjøre noen justeringer i tiltakene, er dette fordi det er behov for å tilpasse tiltakene til dagens situasjon som er litt annerledes enn situasjonen var rett før jul. Smittespredningen er dempet noe, vi har fått noe mer kunnskap om omikronviruset og større deler av befolkningen har fått oppfriskningsdose. I tillegg er aktivitetsnivået og mobiliteten i befolkningen litt annerledes i januar enn i desember.

Nedenfor drøfter vi tiltakspakken som helhet og de enkelte tiltakene der vi foreslår justeringer spesielt. I denne vurderingen er det viktig å minne om at effekten av smitteverntiltakene er avhengig av den totale tiltakspakken, ikke bare av hvert enkelt smitteverntiltak i seg selv. Justeringer i enkelttiltak kan derfor redusere den totale smittereduserende effekten, noe som må hensyntas. Dette er også beskrevet i FHI sitt underlag.

Målsetningen for den nasjonale tiltakspakken vi har i dag, er å redusere smittetrykket i landet for å få kontroll over smittesituasjonen, jfr regjeringens strategi, og videre å kunne holde kontroll over smitten slik at ikke helsetjenesten overbelastes og samfunnet for øvrig kan fungere så normalt som mulig. For å klare å redusere smittespredning med så høyt smittetrykk som vi har i landet nå, er det nødvendig at folk har færre nærkontakter enn det de har i et vanlig, åpent samfunn. De tiltakene som er iverksatt, er innrettet for å sørge for at befolkningen får færre nærkontakter ved å redusere kontakt og mobilitet. Viktige **kontakt- og mobilitetsreduserende tiltak** er stenging av tilbud slik at befolkningen ikke reiser dit, hjemmekontor, arrangementsbegrensninger, råd om reduksjon i antall personer på besøk i hjemmet og liknende. I tillegg er det iverksatt **smittereduserende tiltak** der det ikke er mulig å unngå kontakt, f.eks. munnbind der det ikke er mulig å holde avstand, antibac ved inngang til butikkene osv. Ved å erstatte kontakt- og mobilitetsreduserende tiltak med smittereduserende tiltak, vil den totale effekten av tiltakspakken nødvendigvis være mindre da for eksempel munnbind i kollektivtrafikken ikke reduserer smitterisikoen like mye som at folk ikke tar kollektive transportmidler og treffer folk der eller på destinasjonsstedet. Vi har erfart at gjeldende tiltakspakke har klart å redusere smittetrykket noe gjennom julen, selv om det er usikkerhet rundt hvor stor reduksjonen er. Eventuelle justeringer må derfor vurderes opp mot den forventede totale smittereduserende effekten.

FHI beskriver i sitt underlag den smittevern faglige vurderingen som ligger til grunn for forslaget til justeringer i tiltak. Vi drøfter her noen tiltak spesielt. Det tas forbehold om at utviklingen i situasjonen frem til beslutning ikke endres vesentlig.

Private hjem og sosial kontakt:

I følge FHI indikerer smittesporingsdata at omtrent halvparten av smitten skjer i private hjem. FHI anbefaler derfor å videreføre gjeldende anbefaling om maksimalt 10 gjester og 1 m avstand til andre enn husstandsmedlemmer, men å fjerne unntaket for jule- og nyttårshelgen som nå er overstått. Helsedirektoratet støtter denne vurderingen.

Hvilket antall gjester man vil velge å anbefale, vil ha betydning for den smittereduserende effekten. En fordel med å videreføre gjeldende anbefaling, er at dette er et tall befolkningen nå er vant til å forholde seg til noe som vil kunne forbedre etterlevelsen. Det kan likevel være grunner til å justere dette antallet.

Kollektivtransport/taxi:

Anbefalingen om å unngå å bruke kollektivtransport til og fra arrangementer var rettet mer spesifikt mot arrangementer rundt jul og nyttår. FHI anbefaler derfor at denne nå utvides og gjøres mer generell som en anbefaling om å unngå bruk av kollektivtransport ved trengsel. Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand og munnbindpåbud i taxi foreslås videreført. Helsedirektoratet støtter denne vurderingen.

Anbefalingen om å unngå å bruke kollektivtransport ved trengsel, men med krav om munnbind når 1m avstand ikke kan holdes, oppfattes som et lite inngripende tiltak.

Butikker/kjøpesentre, varemesser, midlertidige markeder o.l.

I gjeldende nasjonale tiltak holdes butikker og kjøpesentre åpent, men med krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand og krav om smittevern faglig drift. Varemesser, midlertidige markeder o.l. holdes åpne med plikt til å registrere gjester og krav til smittevern faglig drift. Det vurderes som en betydelig smitterisiko å holde varehandelen åpen selv med smitteverntiltak, men man har vurdert at stenging vil være svært inngripende og ha betydelige samfunnskostnader. FHI har ikke anbefalt å gjøre justeringer i disse tiltakene. Helsedirektoratet støtter FHI, men justeringer her kan likevel vurderes ut fra den totale smittereduserende effekten som ønskes.

Restauranter, kafeer og uteliv:

I gjeldende nasjonale tiltak er det fullstendig skjenkestopp på serveringssteder og arrangementer. Erfaringer gjennom pandemien har vist oss at dette er et godt kontakt- og mobilitetsreduserende tiltak, nettopp fordi færre mennesker går ut for å treffe andre eller delta på arrangementer. Samtidig har det en direkte effekt på hvordan folk oppfører seg ute blant folk. Inntak av alkohol vil føre til at mange endrer sin oppførsel noe, og det er lagt til grunn at regler og anbefalinger følges i mindre grad. Justeringer av skjenkestopp og alkoholservering må også sees opp mot andre tiltak, for eksempel justeringer av fritids- og idrettsaktiviteter utendørs for barn og unge. Vi viser videre til FHIs underlag, der den smittevern faglige effekten av skjenkestopp er drøftet.

For bransjene fører fullstendig skjenkestopp til store konsekvenser. Mange utesteder har sett seg nødt til å stenge, og mange restauranter, kafeer og arrangementer taper mye penger fordi de taper gjester.

Det har tidligere i pandemien vært forsøkt forskjellige alternativer for å begrense serveringssteders virksomhet. Eksempelvis har det vært bestemmelser som tillot skjenking av alkohol kun sammen med servering av mat. Konsekvensen av en slik bestemmelse var at mange utesteder som vanligvis ikke serverte mat, begynte å servere mat til alkoholholdig drikke. Det er mulig at dette kunne vært unngått gjennom en annen tilnærming i forskrift, krav til egenprodusert mat på restaurantkjøkken, eller ved kommunalt tilsyn der man i større grad skiller mellom spisesteder og barer/nattklubber. Det har også vært innført skjenkestopp hhv. kl. 22.00 og kl. 24.00. Dette har vært et kompromiss som gjør det mulig for utesteder å holde åpne, men som likevel reduserer risikoen for at for mange folk møtes og at folk inntar en større mengde drikke slik at smitteverntiltakene i mindre grad overholdes. FHI skriver i sitt underlag at skjenkestopp på et gitt tidspunkt vil være et målrettet tiltak, men at det vil kunne føre til økt mobilitet og flere nærkontakter. FHI vurderer at den smittereduserende effekten av tiltaket blir større jo tidligere på kvelden skjenkestopp settes. Likevel må det legges vekt på at å tillate skjenking vil gjøre at flere serveringssteder holder åpent enn i dag og at det kan bidra til økt smitterisiko for de som oppsøker serveringssteder, da det innebærer økt mobilitet og flere nærkontakter i tidsrommet før, under og etter servering, slik FHI skriver. Det kan også vurderes andre innretninger på et skjenkeforbud enn det som her er omtalt.

FHI skriver videre at desember er en måned med særlig stort trykk på uteliv, servering og sosiale samlinger før jul og at smitteverngevinsten av et nasjonalt fullstendig skjenkestopp derfor vurderes som noe lavere i januar.

Helsedirektoratet er enig i denne vurderingen.

Dersom dette forslaget vurderes, kan skjenkestopp på et gitt tidspunkt innføres for å redusere risikoadferd. Hva som skal være det nøyaktige klokkeslettet vil være skjønnsmessig vurdering. Det vil være mulig å innføre skjenkestopp for eksempel kl. 22.00. I dagens smittesituasjon er det uklart om en slik lettelse vil medføre at den totale tiltakspakken

blir tilstrekkelig effektiv i lys av gjeldende smittesituasjon. Dette må også sees opp mot prioriteringer av tiltak under andre områder og målgrupper.

Arrangementer:

FHI beskriver den smittereduserende effekten av antallsbegrensning på arrangementer i sitt underlag. Helsedirektoratet er enige i FHIs smittevernfarelige vurderinger. Det vil alltid være mulig å gjøre justeringer av antallet som kan være til stede på arrangementer, men justeringene vil kunne påvirke den totale smitterisikoen hvis det gjøres mange endringer.

Ved offentlige arrangementer med faste tilviste plasser, kan prosentvis antallsbegrensning etter lokalets kapasitet muligens være mer hensiktsmessig enn en absolutt maksgrense og ev. kohortinndeling. Gjennom å sette en generell øvrig antallsbegrensning sikres begrenset mobilitet og antall kontaktpunkter. Ved å forutsette smittevernfarelig drift, må arrangør vurdere dette antallet opp mot hva som er praktisk gjennomførbart avhengig av lokalets størrelse og utforming. Dersom arrangementet gjennomføres på en smittevernfarelig forsvarlig måte, vil det være liten risiko for videre smitte på arrangementer med faste tilviste plasser.

Helsedirektoratet foreslår at man kan gjøre justeringer for utendørs arrangementer, da risikoen for smitte er mindre utendørs enn ved innendørs arrangementer. Det forutsetter smittevernfarelig forsvarlig gjennomføring av arrangementene. Det kan videre vurderes å gjøre nærmere justeringer av antallet som kan være til stede mellom ulike typer utendørs arrangementer. F.eks. kan det være ulike antallsbegrensninger mellom utendørs konserter og mosjonsløp der deltakerne er spredt over et større område.

Fritidsaktiviteter og idrett:

Barn og unge er en prioritert målgruppe. Helsedirektoratet er enig i FHI sine smittevernfarelige vurderinger. En justering på et område vil kunne få mindre konsekvenser, men det er den samlede mengden tiltak som vil påvirke den totale smittereduserende effekten. Fritid- og idrettsaktiviteter er allerede nå mer åpne enn ved tidligere smittebølger. Det foreslås noen justeringer slik at flere kan være aktive.

Det er betydelig mindre smitterisiko utendørs sammenlignet med innendørs. Derfor foreslår Helsedirektoratet at de første justeringene gjøres ved utendørs aktiviteter. Dette er også i tråd med anbefalingene for arrangementer. Barn og unge prioriteres foran voksne og eldre.

Tiltaksnivået for barn og unge bør ses i sammenheng med tiltaksnivået i barnehager og skoler. Så lenge det er nasjonalt gult tiltaksnivå på skoler, vil det å være vanskelig å foreslå større justeringer på fritidsaktiviteter og idrett. Når skolene etter hvert settes over på grønt nivå nasjonalt, foreslår Helsedirektoratet at testregime på skolen også bør gjelde for fritidsaktiviteter. Fritidsaktiviteter kan da åpnes opp for normal aktivitet innendørs.

Avstandskravet anbefales opprettholdt for voksne og eldre innendørs for å redusere smitterisiko. Helsedirektoratet er enige i FHIs vurdering om at det nå vil være mulig å åpne opp for mer aktivitet for voksne og eldre utendørs, men da med begrensninger i arrangementsbestemmelsen. Aktiviteter for voksne og eldre kan eventuelt gjennomføres uten anbefaling om avstand utendørs. Det vil redusere tiltaksbyrden for voksne og eldre. Ved lokalt høyt smittepress, må det som tidligere vurderes strengere tiltak.

For å begrense smitten, ble det i Helsedirektoratets besvarelse av oppdrag 576 lagt til grunn en snever definisjon av toppidrett. Denne ble justert ytterligere av regjeringen. Det vurderes nå at toppidretten kan utøves mer normalt for flere utøvere og at den reguleres ved eventuelle smitteutbrudd. Regjeringen gjør den endelige avgrensingen av hva som er toppidrett.

Barn og unge

FHI skriver at vi kan forvente et økende smittetall blant barn og unge i tiden som kommer. FHI anbefaler jevnlig testing som et viktig smitteverntiltak overfor barn og unge i barnehager og skoler der også ansatte tester seg

jevnlig. Helsedirektoratet støtter denne anbefalingen. Dette vil være et viktig tiltak også ved stor smitteøking, som vil kunne bidra til at barn og unge kan ha mest mulig tilstedeværelse på skoler og i barnehager. Jevnlig testing er et tiltak som gir en relativt lav tiltaksbyrde i forhold til andre smitteverntiltak i skoler og barnehager, og det er effektivt for å plukke opp symptomatiske tilfeller som må isoleres. Tiltaket vil fange opp en andel av smittede i hver testrunde og på den måten redusere smitten innad i gruppen og ut i samfunnet rundt. Dette reduserer videre smitte på alle arenaer, både på skolen og i fritiden. Dette er omtalt i oppdrag 580 og 589. Erfaringen fra massetesting før skolestart viste at det i Trondheim ble avdekket 21 lærere og 69 elever på 35 skoler som testet positivt. Uten denne massetestingen ville sannsynligvis disse møtt på skolene og forårsaket flere smitteutbrudd. Tilgangen på tester vil fra uke 3 være tilstrekkelig til at kommuner som har høyt smittepress, stor belastning på helsetjenesten, og/eller stort sykefravær som belaster samfunnet for øvrig, kan ha mulighet til å gjennomføre jevnlig testing.

FHI anbefaler at både barnehager, barneskoler, ungdomsskoler, videregående skoler og voksenopplæring får et nasjonalt gult nivå fra uke 3. Rødt nivå i videregående skoler og voksenopplæring bør avvikles fra uke 3. FHI anbefaler at dette tas ut av forskrift og går tilbake til å bli en nasjonal anbefaling. Helsedirektoratet støtter denne anbefalingen. Dagens regulering av tiltaksnivå i trafikklysmodellen er regulert i covid-19-forskriften § 14b. Gjennom hele pandemien har det vært en forutsetning at kommuner ikke kan lempe på nasjonalt fastsatte smitteverntiltak i lov eller forskrift, men at kommunene kan innføre strengere tiltak lokalt ved behov, jf. smittevernloven § 4-1. Forutsetningen for innføring av nasjonalt fastsatte smitteverntiltak er at det vurderes som nødvendig og forholdsmessig å innføre tiltakene i hele landet. På bakgrunn av FHIs vurderinger, kan det være mer hensiktsmessig å gi en anbefaling om tiltaksnivå nasjonalt. En slik løsning vil gi noe mer fleksibilitet enn forskriftsfesting, men det vil fortsatt være en tydelig nasjonal føring på hvilket tiltaksnivå som vurderes som riktig i landet. Vi støtter FHI i at vi har en nasjonal anbefaling om gult tiltaksnivå i barnehager, skoler og voksenopplæring. Vi mener at en nasjonal føring om rødt nivå vil være et strengt tiltak nå, gitt god vaksineringsgrad blant elever i videregående skole og voksenopplæring. Helsedirektoratet deltok på møte med lærerorganisasjonene som Utdanningsdirektoratet arrangerte 5.1.22 der det var en tydelig tilbakemelding om at rødt nivå bidrar til tapt læring og er et inngripende tiltak for elevene. Det ble videre pekt på forslag til forbedringer på gult nivå. Dette er omtalt i oppdrag 599.

FHI skriver:

"I noen kommuner vil gult nivå ikke være nødvendig eller forholdsmessig i forhold til smittesituasjonen. Det bør derfor være mulig for kommuner som har iverksatt jevnlig testing eller har lite smitte å gå ned til grønt nivå. Per i dag er ikke dette juridisk mulig hvis det er nasjonalt gult tiltaksnivå. FHI foreslår at nasjonalt tiltaksnivå tas ut av forskrift og videreføres som en anbefaling. Dette vil gi kommunene et bedre handlingsrom til å vurdere tiltak ut fra sin situasjon lokalt. I ukene fremover vil flere kommuner kunne etablere jevnlig testing, og deretter gå til grønt nivå."Helsedirektoratet mener det fortsatt vil være nødvendig og forholdsmessig med en nasjonal føring om at gult nivå er utgangspunktet for hele landet. Helsedirektoratet viser til at en nasjonal anbefaling om gult tiltaksnivå, fremfor en forskriftsregulering, vil kunne gi en viss fleksibilitet til at kommunene etter en konkret vurdering kan iverksette lavere tiltaksnivå enn det nasjonale. Det bør likevel gis en klar føring om at gult nivå er anbefalt fra nasjonalt hold, slik at en slik beslutning om lavere tiltaksnivå eventuelt må bero på en grundig og helhetlig smittevernfaglig vurdering fra kommunen, der man blant annet vurderer smittesituasjonen i kommunen som helhet og kommunens kapasitet til å gjennomføre tilstrekkelig hyppig testing.

Kommunene kan heve tiltaksnivå lokalt, slik som tidligere. FHI anbefaler jevnlig testing først som et mer målrettet og mindre inngripende tiltak framfor å heve tiltaksnivået. FHI påpeker at dersom det allikevel vurderes som smittevernfaglig nødvendig å heve tiltaksnivået, bør dette være tidsbegrenset. Helsedirektoratet støtter denne vurderingen. Vi har mye kunnskap gjennom de snart to årene med pandemi om at rødt nivå gir mindre tilstedeværelse på skolen, og tapt læring. Det er også fare for redusert motivasjon og kan bidra til frafall fra videregående opplæring.

Skoler, barnehager og SFO	Kommentarer til forslag til endringer
- Gult nivå i barnehager og barne- og ungdomsskoler, må ha beredskap for rask overgang til rødt nivå. Det kan arrangeres sammenkomster i barnehage/barneskole med hele klasser/avdelinger/grupper med nødvendig antall voksne til stede.	Dagens regulering av tiltaksnivå i trafikklysmodellen er regulert i covid-19-forskriften § 14b. Denne reguleringen anbefales tatt ut av forskriften og lages som en nasjonal anbefaling om gult tiltaksnivå. Det forslås jevnlig testing av ansatte i barnehage og elever og ansatte i skoler.
- Rødt nivå på videregående skoler og for voksenopplæring.	Dagens regulering av tiltaksnivå i trafikklysmodellen er regulert i covid-19-forskriften § 14b. Denne reguleringen anbefales tatt ut av forskriften og lages som en nasjonal anbefaling om gult tiltaksnivå. Nasjonal føring om rødt nivå anses som et strengt tiltak nå, gitt god vaksineringsgrad blant elever i videregående skole. Det forslås jevnlig testing.

Arbeidsliv

I gjeldende nasjonale tiltak er det pålegg for arbeidsgiver om å sørge for at ansatte jobber hjemmefra dersom dette er praktisk mulig, og det er en anbefaling om å 1m avstand og bruk av munnbind om det ikke er mulig å overholde. FHI anbefalingen ingen justering av dette tiltaket fordi det vurderes å ha en betydelig smitteverngevinst og er et nokså lite inngripende tiltak. Helsedirektoratet støtter denne vurderingen.

Høyere utdanning:

I gjeldende nasjonale tiltak som ble iverksatt ved før jul, var det viktig å sikre en god avslutning av semesteret. Dette bør selvfølgelig videreføres for neste semester, men det blir nå også viktig å tilrettelegge for god undervisning i hele det kommende semesteret. FHI har derfor følgende forslag til endring i tiltakene for høyere utdanning:

" Opprettholde digitalt undervisningstilbud, ferdighetstrening og eksamen. Tilrettelegge for mer fysisk undervisning, med forbehold om at generelle smittevernråd følges: lufting, avstand og være hjemme ved symptomer. Avhengig av tilgjengelighet, bør tester være lett tilgjengelig på campus, og jevnlig testing bør vurderes.

Klasseromsundervisning: Mindre grupper/oppgaveløsning/seminarer i klasserom bør begrenses til maks 20 personer med 1m avstand. Avstandsanbefalingen kan fravikes der det er nødvendig for gjennomføringen av undervisningen.

Auditorium og forelesning: I større auditorium kan antallsbegrensningen følge anbefalingen for offentlige arrangementer med faste tilviste sitteplasser, og kravene i smittevernregelverket for forsvarlig drift."

Helsedirektoratet støtter FHI i denne presiseringen. Samtidig vil vi understreke viktigheten av at studentene kan være til stede på undervisningsstedet i så stor grad som mulig. Vi oppfordrer derfor til at det planlegges for mer normal undervisning senere i semesteret dersom det blir mulig. Jevnlig testing av studentene kan også være en mulighet for å kunne holde undervisning åpent.

SHOT undersøkelsen viser at mange studenter sliter psykisk pga at de blir sittende på sin hybel og i liten grad kan ha vært til stede på undervisningsstedet. For mange er det vanskelig å få et sosialt nettverk når de ikke kan treffes

fysisk. Det er også en fare for et større frafall fra utdanningene pga dårlig progresjon, læringstap og manglende motivasjon. Det vil kunne ha store konsekvenser på lengre sikt.

Fornøyelsesparker, lekeland, spillehaller og lignende

Fornøyelsesparker, lekeland, spillehaller og lignende virksomheter skal etter dagens bestemmelser holde stengt. FHI vurderer at det fortsatt er nødvendig og forholdsmessig å holde disse virksomhetene stengt. Dette er virksomheter som typisk samler kunder fra et større geografisk område, der det kan være fare for trengsel og kødannelser og der det ofte er mange felles kontaktflater. Å holde slike virksomheter stengt vil bidra til å begrense kontakt og mobilitet i befolkningen, og er egnet til å redusere smittespredningen. Helsedirektoratet er enige i FHIs vurderinger.

Helsedirektoratet og FHI har tolket tiltaket dithen at bowlinghaller er å anse som "lignende virksomhet" og som dermed er pålagt å holde stengt. For å sikre bedre forutberegnelighet, foreslår vi at dette presiseres særskilt i bestemmelsen dersom virksomhetene fortsatt skal pålegges å holde stengt. Ettersom bowlinghaller kan være arenaer for utøvelse av toppidrett, foreslår vi å presisere særskilt at bowlinghaller kan holde åpent for dette.

Treningssentre, svømmehaller og lignende virksomheter

Smitterisikoen er høyere ved innendørs aktivitet, men risikoen kan reduseres ved redusert gruppestørrelse og anbefaling om avstand. FHI anbefaler å fjerne restriksjonene i hvilke tilbud treningsentre, svømmehaller og lignende virksomheter kan holde åpent for. Justeringer her må vurderes opp mot tiltak innenfor andre områder, for eksempel skjenkestopp, aktiviteter i fornøyelsesparker og spillehaller.

Helsedirektoratet støtter FHI i at det kan justeres noe på restriksjoner knyttet til treningsentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg og hotellbasseng. Justeringene fører til at det er samsvar med andre fritidsaktiviteter. Smitterisikoen er høyest ved innendørs aktivitet, og risikoen kan reduseres ved redusert gruppestørrelse og anbefaling om avstand. Videre anbefales det at regelen i § 14a, om smittevernaglig forsvarlig drift, videreføres. For å ivareta vurderingene fra FHI, bør det også presiseres at det skal holdes minst 2 meter avstand ved høyintensiv aktivitet innendørs, og at det ved gruppetrening ikke er tillatt å ha større grupper enn 10 personer innendørs.

Kommunikasjon om tiltakene

Befolkningen i Norge har gjennomgående høy grad av tillit til myndighetene og det har vært god etterlevelse av de råd og krav som myndighetene har iverksatt. Vi ser nå en tendens til at både etterlevelse og tillit har vært synkende i befolkningen de siste ukene. Den siste befolkningsundersøkelsen viser at andelen som har høy tillit til myndighetenes håndtering av pandemien faller etter en oppgang før jul, færre opplever råd fra myndighetene som nyttige og andelen som tror vi snart kan leve som normalt øker.

Det offentlige ordskiftet tyder på at flere mener at tiltakene i dag ikke er forholdsmessige med tanke på den reduserte risikoen for alvorlig sykdom knyttet til omikron og høy vaksinasjonsgrad. Det kan derfor kommuniseres enda tydeligere at tiltakene er til for å hindre at helsevesenet og andre viktige samfunnsfunksjoner kan bli overbelastet og at det kan bli vanskelig å holde samfunnet i gang ved en stor smittebølge.

Tabell. Oversikt eksisterende tiltak og anbefalte justeringer.

Arena og eksisterende tiltak presentert av regjeringen 13. desember 2021	Justering av tiltak eller kommentar i dette oppdrag
Private hjem og sosial kontakt	
- Hold 1m avstand til andre enn de du bor med og tilsvarende nære. Unntak for barn i barnehager og barneskoler, og ved utøvelse av tjenester for barn og unge / sårbare grupper.	Ingen endringer.
- Oppfordring om maks 10 gjester i tillegg til de du bor sammen med, maks 20 gjester en gang i løpet av jule- og nyttårshøytiden.	- Oppfordring om maks 10 gjester i tillegg til de du bor sammen med. Barn i barnehager

Barn i barnehager og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort/klasse/avdeling selv om det overstiger anbefalt antall gjester.	og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort/klasse/avdeling selv om det overstiger anbefalt antall gjester.
- Personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp og uvaksinerte voksne bør skjerme seg, men ikke isolere seg. Det er viktig med noe sosial kontakt.	Ingen endringer.
- Treff andre utendørs når det er mulig.	Ingen endringer.
- Reduser antall nærkontakter, men ikke isoler deg.	Ingen endringer.
Ankomst Norge (drøftes i oppdrag 577)	
- Alle reisende må i utgangspunktet registrere seg før ankomst til Norge.	Se oppdrag 577
- Alle reisende må i utgangspunktet teste seg ved ankomst Norge.	Se oppdrag 577
- vaksinerte og personer uten verifiserbart koronasertifikat må i tillegg teste seg før avreise til Norge, og må i karantene dersom de kommer fra et område med karanteneplikt. Egne regler gjelder for reisende fra Sør-Afrika og omkringliggende land i forbindelse med omikron-varianten.	Se oppdrag 577
Kollektivtransport/taxi	
- Anbefales å unngå bruk av kollektivtrafikk for å komme seg til arrangement. Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. I taxi er det påbud om bruk av munnbind for både passasjer og sjåfør.	Unngå bruk av kollektivtransport ved trengsel. Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. I taxi er det påbud om bruk av munnbind for både passasjer og sjåfør.
Butikker/kjøpesentre	
- Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand.	Ingen endringer.
- **Krav om smittevernfaglig forsvarlig drift.	Ingen endringer.
Varemesser, midlertidige markeder o.l	
- Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.	Ingen endringer.
- **Krav til smittevernfaglig forsvarlig drift.	Ingen endringer.
Restauranter, kafeer og uteliv	
- Skjenkestopp	Skjenkestopp etter klokken 22 for eksempel.
- Serveringsstedet skal sørge for at alle kan holde 1m avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.	Ingen endringer.
- Serveringssteder skal ikke gjennomføre aktiviteter som normalt innebærer mindre avstand mellom gjestene enn 1m (f.eks dansing).	Ingen endringer.
- Serveringsstedet skal sørge for smittevernet, men du må også passe på at dere ikke er for mange.	Ingen endringer.
- Krav om munnbind der det ikke er mulig å holde meteren, unntak mens man sitter ved bordet.	Ingen endringer.
- Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.	Ingen endringer.
Arrangementer	
Begrens sosiale sammenkomster og arrangementer du deltar på.	Ingen endringer.
Regler ved gjennomføring av arrangementer innendørs og utendørs: - Skjenkestopp. Arrangør skal bl.a. sørge for at alle kan holde minst 1m avstand til andre som ikke er i samme husstand el tilsvarende nære	- Skjenkestopp i tråd med reglene for serveringssteder. Arrangør skal bl.a. sørge for at alle kan holde minst 1m avstand til andre som ikke er i samme husstand eller tilsvarende nære.
Private arrangementer/sammenkomster på offentlig sted, leide/lånte lokaler:	Anbefaler at tiltaket videreføres.

<ul style="list-style-type: none"> - Innendørs: Maks 20 personer, maks 50 personer ved minnestund. - Utendørs: Maks 50 personer. - Munnbindpåbud. 	
<p>Offentlige arrangementer innendørs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uten faste tilviste plasser: Maks 20 personer. - Med faste tilviste plasser: Maks 50 personer. - Munnbindpåbud. 	<p>Foreslås noen justeringer for offentlige arrangementer</p> <p>Innendørs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uten faste tilviste plasser: maks 20 personer - Med faste tilviste plasser: Maksimalt 200 personer. Forutsetter smittevern faglig forsvarlig drift, 1 meter avstand - Munnbindpåbud, men det anbefales å presisere at det kun gjelder for publikum <p>Unntak fra avstandskravet i § 13b foreslås justert på innendørs arrangementer for utøvere av kultur- og idrettsarrangementer over 20 år for å samsvare bedre med anbefalingene om utøvelse av idretts-, kultur- og fritidsaktiviteter.</p>
<p>Offentlig arrangementer utendørs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uten faste tilviste plasser: Maks 100 personer. - Med faste tilviste plasser: 200 personer x 3. - Munnbind anbefales. 	<p>Noen justeringer for offentlig arrangementer utendørs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uten faste tilviste plasser: 100 eller 200 personer. - Med faste tilviste plasser: Maksimalt 600 personer (200x3). Forutsetter smittevern faglig forsvarlig drift, 1 meter avstand - Munnbind anbefales
<p>- Vi anbefaler å utsette eller avlyse gjennomføring av arrangementer både ute og innendørs, som kamper og turneringer, og andre organiserte fritidsaktiviteter på tvers av ulike grupper for både barn og voksne. Unntaket er utendørs arrangementer for barn og unge i idretter som ikke krever nærkontakter og som kan utøves med en meters avstand, som for eksempel skirenn, gitt at dette er mulig innenfor arrangementregelverket. (nytt)</p>	<p>Innendørs arrangementer med nærkontakt for barn og unge anbefales å utsettes eller avlyses.</p> <p>Utendørs arrangementer tilknyttet organisert kultur-, idrett- og fritidsaktiviteter for barn og unge kan skje uten antallsbegrensning for deltagerne og med et nødvendig antall voksne (støtteapparat eller tekniske arrangører). Dersom det er flere enn 100 personer til stede, skal det ikke tilrettelegges for publikumsområder eller bruk av innendørs fasiliteter. Toaletter kan være åpne.</p> <p>Voksne kan gjennomføre fritids- og idrettsarrangementer utendørs. Det kan vurderes unntak fra avstand der det er nødvendig for gjennomføring av aktiviteten.</p>

Skoler, barnehager og SFO	
- Gult nivå i barnehager og barne- og ungdomsskoler, må ha beredskap for rask overgang til rødt nivå. Det kan arrangeres sammenkomster i barnehage/barneskole med hele klasser/avdelinger/grupper med nødvendig antall voksne til stede.	Videreføres. Jevnlig testing av ansatte og elever fra 1 klasse
- Rødt nivå på videregående skoler og for voksenopplæring.	Endres til gult nivå. Jevnlig testing
Arbeidsliv	
- Arbeidsgivere pålegges å sørge for at ansatte jobber hjemmefra dersom dette er praktisk mulig og ikke til hinder for viktig og nødvendig virksomhet på arbeidsplassen, blant annet virksomhet for å ivareta barn og sårbare grupper.	Ingen endringer.
- Anbefaling om 1m avstand og bruk av munnbind om ikke mulig å holde avstand.	Ingen endringer.
- Påbud om å bruke munnbind gjelder i noen publikumsrettede deler av arbeidslivet.	Ingen endringer.
Idretts- og fritidsaktiviteter	
<i>Barn og unge:</i>	
- Barn og unge i barnehage- eller grunnskolealder kan ha organiserte fritidsaktiviteter, som for eksempel fotballtrening eller korpsøvelse, men det blir anbefalte begrensninger i hvor mange som kan være med. Hvis aktiviteten foregår innendørs bør det være maks 20 stykker, med mindre alle deltakerne er fra samme kohort i skole eller barnehage. (nytt)	Det foreslås at barn og unge kan gjennomføre utendørs aktiviteter som normalt. Innendørs foreslås en gruppestørrelse på omtrent 20 personer eller etter klasse/kohort. Aktivitet kan gjennomføres med kontakt der det er nødvendig.
- Barn og unge som er ferdig med ungdomsskolen bør holde meteren også ved gjennomføring av fritidsaktiviteter. Det betyr for eksempel at de ikke bør spille fotball eller håndball, hvor det er vanskelig å holde meteren. (nytt)	
- Vi anbefaler ikke å gjennomføre aktiviteter som samler barn og unge fra ulike steder, for eksempel kamper, cuper, turneringer eller stevner. (nytt)	Utendørs: kan gjennomføre aktiviteter som samler barn og unge fra ulike steder, for eksempel kamper, cuper, turneringer eller stevner. Innendørs: anbefales ikke å gjennomføre aktiviteter som samler barn og unge fra ulike steder, for eksempel kamper, cuper, turneringer eller stevner.
<i>Voksne og eldre</i>	
- Vi anbefaler å utsette eller avlyse organiserte idretts- og fritidsaktiviteter for voksne som foregår innendørs, som håndballtreninger og korpsøvelser.	Innendørs: Anbefalt maks 10 personer og 1 m avstand. Ved intensiv trening bør det tilrettelegges for 2 m avstand.
- Voksne kan trene eller ha andre organiserte fritidsaktiviteter utendørs, men det er anbefalt å være maks 20 personer og holde meteren.	Utendørs: Voksne kan utøve aktivitet som normalt, med kontakt der det er nødvendig.
Toppidrett kan gjennomføres. Det er viktig at toppidrett ikke defineres for vidt. Det legges til grunn en definisjon av toppidrettsutøvere som tar utgangspunkt i Norges idrettsforbunds avgrensning fra sommeren 2020.	Toppidrett kan gjennomføres som normalt med smitteverntiltak. Regjeringen avgrensner definisjonen av toppidrett.
Treningsentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg, hotellbasseng	

Holdes kun åpent for:	
- Individuell trening, krav om 2 meter avstand ved høyintensiv trening.	Anbefalt 10 personer i grupper og 1 m avstand innendørs. Ved intensiv trening bør det tilrettelegges for 2 m avstand. Krav om smittevern faglig forsvarlig drift. Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.
- Skolesvømming, svømmekurs, svømmetrening, konkurransesvømming med arrangør.	Anbefaler at tiltaket utgår.
- Rehabilitering og opptrening individuelt / i mindre grupper med arrangør.	Anbefaler at tiltaket utgår.
- Annen individuell behandling som det kan bestilles time til og hvor bad er en del av behandlingen.	Anbefaler at tiltaket utgår.
- Treningsentre kan ha gruppetrening utendørs med maks 20 personer og minst 1 m avstand mellom de som er til stede.	Ingen endringer.
**Krav til smittevern faglig forsvarlig drift. Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.	
Høyere utdanning	
- Krav om å tilrettelegge for digital undervisning, ferdighetstrening og eksamen så langt det er mulig.	Opprettholde digitalt undervisningstilbud, ferdighetstrening og eksamen. Tilrettelegge for mer fysisk undervisning, med forbehold om at generelle smittevern råd følges: lufting, avstand og være hjemme ved symptomer. Avhengig av tilgjengelighet, bør tester være lett tilgjengelig på campus, og jevnlig testing bør vurderes. Klasseromsundervisning: Mindre grupper/oppgaveløsning/seminarer i klasserom bør begrenses til maks 20 personer med 1m avstand. Avstands anbefalingen kan fravikes der det er nødvendig for gjennomføringen av undervisningen. Auditorium og forelesning: I større auditorium kan antallsbegrensningen følge anbefalingen for offentlige arrangementer med faste tilviste sitteplasser, og kravene i smittevern faglig forsvarlig drift.
Biblioteker, museer	
- Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand.	Ingen endringer.
**Krav til smittevern faglig forsvarlig drift.	
Fornøylesparker, lekeland, spillehaller o.l	Tiltaket videreføres. Bowlinghaller inkluderes i listen over virksomheter som må holdes stengt, i tråd med etablert fortolkningspraksis. Det gis unntak slik at bowlinghaller kan holde åpent for utøvelse av toppidrett og organiserte idrettsaktiviteter for barn og unge under 20 år.
Skal holde stengt.	Ingen endringer.

Frisør, hudpleier o.l	
Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. Plikten til å bruke munnbind gjelder ikke for kunden i situasjoner der det ikke er praktisk mulig å bruke munnbind.	Ingen endringer.
Karantene	
- Felles regler for isolasjon og smittekarantene uavhengig av virusvariant. Se detaljer på smittekarantene og isolasjon – spørsmål og svar.	Se oppdrag 580

Nødvendighets- og forholdsmessighetsvurdering

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 særlig til FHIs vurderinger av tiltakenes smittereduserende effekt.

Nødvendighetskravet innebærer at tiltaket må være egnet til å forebygge eller hindre smittespredning. Det kreves ikke sikker kunnskap om at tiltaket vil ha effekt. Et generelt utgangspunkt er likevel at jo tydeligere og klarere den medisinskfaglige begrunnelsen er når det gjelder tiltakets egnethet, jo mer skal til for at smitteverntiltaket ikke kan anses som nødvendig. Som situasjonsbeskrivelsen viser, mener Helsedirektoratet at det fortsatt er nødvendig av hensyn til smittevernet å opprettholde strenge smitteverntiltak i hele landet. Nødvendigheten av hvert enkelt tiltak skal i utgangspunktet vurderes isolert, og det vises her til vurderingene gjort over under de enkelte tiltakene. Samtidig bør tiltakspakken som anbefales innført vurderes som en helhet. Vurderingstemaet her blir om tiltakene samlet sett er nødvendige av hensyn til smittevernet og om de er tjenlige etter en helhetsvurdering.

Kravet om at smitteverntiltak skal fremstå som tjenlig etter en helhetsvurdering overlapper delvis med nødvendighetskravet. Dette innebærer at det må foretas en proporsjonalitetsvurdering av tiltaket og at den helsemessige nytten av tiltaket må stå i forhold til tiltakets øvrige samfunnsmessige konsekvenser. Et generelt utgangspunkt er at dess mer inngripende tiltaket er etter sin art, dess strengere krav stilles til nødvendigheten (proporsjonaliteten) av tiltaket. For eksempel vil det stilles strengere krav til nødvendigheten av å innføre et restriksjoner knyttet til besøk i private hjem enn for restriksjoner knyttet til antall tilstedeværende på arrangementer. Dette er det tatt hensyn til i tiltakspakken.

Flere av tiltakene er inngripende. Tiltakene vil sette begrensninger i den sosiale omgangen mellom mennesker. Flere av tiltakene som foreslås berører retten til privatliv og familieliv, bevegelsesfrihet og retten til å kunne møtes i fredelige forsamlinger, jf. Grunnloven § 102, 106 og EMK artikkel 8, Grunnloven § 101 andre ledd og EMK artikkel 11. Tiltakene knyttet til begrensninger i aktivitet i barnehager og skoler, begrensninger i omfang av idretts- og fritidsaktiviteter og begrensninger for 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.

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). I tillegg er et sentralt hensyn bak tiltakene å sikre at befolkningen gis nødvendig helsehjelp, og sikre positive forpliktelser knyttet til å ivareta retten til liv. Både retten til helsehjelp og retten til liv er sentrale menneskerettigheter. Det må foretas en forholdsmessighetsvurdering av begrensningene, der hensynet tiltaket 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, etter Helsedirektoratets vurdering, dermed kravene til forholdsmessighetsvurdering også etter EMK.

Flere av tiltakene vil videre innebære store økonomiske konsekvenser. Dette vil særlig gjelde for tiltakene som er rettet mot ulike arrangementer, serveringssteder, i tillegg til handelsnæringene, underholdningstilbud, treningsentre og lignende.

Ved vurderingen av om et inngrep er nødvendig og forholdsmessig, har det betydning om formålet kan oppnås med mildere inngrep. Det vurderes fortsatt at det er nødvendig med mange smitteverntiltak, men at det likevel vil være mulig å gjøre enkelte justeringer i tiltakene. Når det gjelder reguleringer av fritids- og idrettsaktiviteter, foreslås det at de virksomhetene som etter § 14d annet ledd måtte holde stengt med unntak av aktiviteter nevnt i a-d nå kan holde åpent, og at antall tilstedeværende på gruppetimer og liknende heller gis i retningslinjer. Videre vurderes det som nødvendig at enkelte virksomheter skal holde stengt, for eksempel fornøyelsesparker, lekeland, spillehaller for å begrense kontakt og mobilitet i befolkningen, som igjen er egnet til å redusere smittespredningen. Som smittereduserende tiltak vurderes det at det er nødvendig å stilles krav til smittevernfaglig forsvarlig drift til en rekke virksomheter for at disse skal kunne holde åpent. I forslaget som gjelder justering av skjenkestopp, er det en forutsetning at det blant annet også stilles krav til smittevernfaglig forsvarlig drift, sitteplasser til gjestene og registrering for å forenkle smittesporing.

Tiltakene er forsøkt utformet på en slik måte at de ikke oppleves for inngripende, men at de likevel i tilstrekkelig grad antas å begrense smitten. Det vil fortsatt være mulig å omgås sosialt, det er forsøkt å tilrettelegge for at de fleste typer virksomheter kan holde åpent med begrensninger i tilbudet sitt, 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. Det er lagt til grunn at hensynet til barnets beste ivaretas best gjennom tiltak som jevnlig testing og tilpassede unntak fra smittekarantene slik at skoler og barnehager skal kunne holde åpne. Formålet er at barn og unge i størst mulig grad skal kunne ha en tilnærmet normal hverdag. Hensynet til barnets beste er dermed forsøkt ivaretatt i så stor grad som mulig sett i lys av smittesituasjonen.

Vurderingen av de grunnleggende kravene til smitteverntiltak må gjøres konkret av den samlede pakken som iverksettes. Helsedirektoratet understreker at selv om situasjonen fortsatt er usikker, oppdateres kunnskapsgrunnlaget daglig og det har innvirkning på hvilke tiltak som kan vurderes som forholdsmessige. På bakgrunn av dette og det begrensede kunnskapsgrunnlaget er det derfor vanskelig å gi en konkret vurdering av hvilke tiltak som bør iverksettes.

Smittevernloven er innrettet for at det kan fattes beslutninger om tiltak på et usikkert kunnskapsgrunnlag. I en situasjon der det foreligger stor usikkerhet rundt hvordan utbruddet vil ramme befolkningen, for eksempel slik situasjonen var ved utbruddet av omikron-varianten, vil det være nødvendig med en føre-var tilnærming til smitteverntiltak. Forpliktelsen til å beskytte liv og helse, og å sikre befolkningen tilgang til nødvendig helsehjelp vil derfor veie svært tungt når situasjonsbildet ellers er usikkert.

Ved vurderingen av forslagene er det lagt vekt på at vi nå vet mer om omikronvarianten enn tidligere og at det derfor er rom for enkelte justeringer. Helsedirektoratet vurderer ut fra dagens situasjon, og med et visst forbehold om at det stadig tilkommer ny kunnskap, at lettelsene som foreslås vil kunne gjøre det mulig å beholde tiltakene over en viss tid. På denne bakgrunnen vurderer Helsedirektoratet derfor at tiltakene som foreslås videreført fremstår tjenlig etter en helhetsvurdering.

Forslag til forskriftsendringer

Arrangementer

Det foreslås visse endringer i bestemmelsen om antallsbegrensninger i § 13a. Oppsummert foreslås følgende endringer:

- Siste ledd foreslås opphevet fra 15. januar, da den fra dette tidspunktet ikke lenger vil være relevant. Det kan også vurderes om første ledd, bokstav f (kirkevandring) skal oppheves.
- Antallsbegrensningene på innendørs arrangement med faste plasser (nåværende første ledd, bokstav e) utvides, og utendørs arrangement med faste plasser utvides. Antallsbegrensningene som er foreslått endret må justeres basert på de endelige beslutningene om hvilke antall som skal tillates på ulike arrangementer.
- Nytt ledd om utendørs arrangementer tilknyttet organiserte idretts- og fritidsaktiviteter for barn og unge under 20 år.
- Justering i nåværende andre ledd bokstav c, slik at det presiseres at det er støtteapparat til toppidrettsutøvere som ikke skal telles med i det totale antallet personer til stede. Dette for å unngå en for utvidet tolkning av "støtteapparat".
- Nytt andre ledd som presiserer at grupper av deltakere kan byttes ut i løpet av arrangementet, såfremt det skjer på en smittevernfaglig forsvarlig måte.

Når det gjelder utendørs arrangementer tilknyttet organiserte idretts- kultur- og fritidsaktiviteter for barn og unge under 20 år, forstår vi følgende med forslag til regulering, dersom det er ønskelig å innføre forslaget fra FHI:

- Det foreslås at et "nødvendig antall voksne" kan være til stede. Det må vurderes konkret hvor mange voksne som må være til stede på arrangementet, men det legges til grunn at det kan være nødvendig for barn og unge og i alle fall ha med seg en voksen tilrettelegger. Antall voksne til stede bør begrenses til det som er nødvendig. Forståelsen av begrepet vil være nogen lunde lik som i § 13a første ledd bokstav a.
- Det foreslås ingen antallsbegrensning for utendørs arrangementer tilknyttet "organiserte kultur-, idretts- og fritidsaktiviteter". Det innebærer at det kun er arrangementer tilknyttet slike organiserte aktiviteter som er omfattet av særregelen. Bestemmelsen retter seg primært mot cuper, kamper, stevner, skirenn og lignende som barn og unge ofte deltar på som ledd i sin deltakelse i en fritidsaktivitet. Arrangementer som ikke er knyttet til en organisert fritidsaktivitet må følge de generelle reglene om antall personer som kan være til stede på arrangementer i § 13a første ledd.

§ 13a. Antall personer som kan være til stede på et arrangement

Selv om kravene til avstand i § 13b blir oppfylt, skal det ikke gjennomføres arrangementer med flere personer som samtidig er fysisk til stede enn:

- 20 personer på innendørs privat sammenkomst som regulert i § 13 første ledd bokstav e. Barn i samme gruppe eller klasse i barnehage eller barneskole kan likevel møtes med et nødvendig antall voksne personer som tilretteleggere
- 50 personer på innendørs minnestund etter begravelse eller bisettelse
- 50 personer på utendørs privat sammenkomst som regulert i § 13 første ledd bokstav e
- 20 personer på innendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til d
- 200 ~~50~~ personer på innendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til d, hvor alle i publikum sitter på faste, tilviste plasser
- ~~20 personer på kirkevandring i kristne trossamfunn~~
- [100/200] personer på utendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til d.
- 600 personer på utendørs arrangement som regulert i § 13 første ledd bokstavene a til d, hvor alle i publikum sitter på faste, tilviste plasser. [~~Ved arrangementer hvor det er flere enn 200 personer til stede samtidig, skal de som er til stede fordeles i grupper med inntil 200 personer.~~] Det skal hele tiden være minst to meter avstand mellom gruppene.

Grupper med inntil det maksimale antallet deltakere på arrangementet med inntil 200 personer kan skiftes ut i løpet av arrangementet, dersom det gjøres på en smittevernfaglig forsvarlig måte.

Utendørs arrangementer tilknyttet organiserte kultur-, idretts- og fritidsaktiviteter for barn og unge under 20 år kan skje uten antallsbegrensning for deltagerne og med et nødvendig antall voksne. Dersom det er flere enn 100 personer til stede, skal det ikke tilrettelegges for publikumsområder eller bruk av innendørs fasiliteter med unntak av toalettfasiliteter.

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

- 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 *til toppidrettsutøvere* og dommere ved gjennomføring av idrettsarrangement
- d. 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.

Med faste, tilviste sitteplasser menes at publikum kjøper billetter til bestemte nummererte plasser eller verter viser til plasser, og at publikum sitter på en fast plass under hele arrangementet.

~~Ved kirkevandringer i kristne trossamfunn som avholdes frem til og med 15. januar 2022 kan nye deltakere kontinuerlig slippes~~

Videre foreslås det endringer i § 13b om krav til avstand på arrangementer, for å sikre at unntakene fra avstandskravet samsvarer med anbefalingene om utøvelse av idretts- og fritidsaktiviteter. Det foreslås følgende:

- Endre tredje ledd bokstav a og b slik at voksne utøvere over 20 år ikke får unntak fra avstandskrav på kulturarrangementer og idrettsarrangementer som skjer innendørs. Unntaket må eventuelt justeres i henhold til beslutninger om avstandsanbefalinger på fritidsaktiviteter.

Det foreslås følgende endringer:

§ 13b. Krav til avstand på arrangementer

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

Første ledd er ikke til hinder for at arrangøren på arrangement hvor alle i publikum sitter på faste tilviste plasser kan legge til rette for at publikum har minst ett ledig sete mellom seg på samme seterad fra de ankommer arrangementet. Personer fra samme husstand kan sette seg nærmere hverandre etter ankomst.

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 *og arrangementet skjer utendørs*.
- 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 *og arrangementet skjer utendørs*.
- 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

Skjenking av alkohol på arrangementer og på serveringssteder

Dersom regjeringen vedtar å åpne for skjenking av alkohol på serveringssteder og arrangementer, er det nødvendig å gjøre endringer i § 13c tredje ledd og § 14.

Dersom tiltaket innføres, bør det presiseres i bestemmelsene at det innføres forbud om skjenking etter kl. 22.00/24.00/det tidspunktet regjeringen bestemmer, samt at konsum av alkoholholdig drikk skal opphøre 30 minutter etter dette.

§ 13c tredje ledd endres på følgende måte:

Ved arrangementer som har skjenkebevilling etter alkoholloven kapittel 4 og 5 og forskrift om alkoholordningen for Svalbard kapittel 3 skal ikke utøve skjenkebevillingen servering av alkohol skje ved bordene. Utøvelse av skjenkebevilling etter alkoholloven kapittel 4 og 5 og forskrift om alkoholordningen for Svalbard kapittel 3 skal opphøre kl. [22.00/24/annet tidspunkt]. Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter dette.

§ 14. Krav til serveringssteder

Tredje ledd oppheves. Ny bokstav d i § 14 annet ledd skal lyde:

- d. *ikke utøve skjenkebevilling etter alkoholloven kapittel 4 og 5 og forskrift om alkoholordningen for Svalbard kapittel 3 etter kl. [22.00/24/annet tidspunkt]. Konsum av utskjenket alkoholholdig drikk må opphøre senest 30 minutter etter dette.*

Barn og unge. Krav til skole og barnehager

Helsedirektoratet foreslår følgende endring i § 14b:

§ 14b. Krav til smittevern faglig forsvarlig drift av barnehager og opplærings- og utdanningsvirksomheter

Første ledd skal lyde:

Barnehager og opplærings- og utdanningsvirksomheter skal drives smittevern faglig forsvarlig. Med smittevern faglig forsvarlig drift menes at det blant annet er iverksatt tiltak som bidrar til at syke personer ikke er i virksomheten, hygienetiltak og kontaktreduserende tiltak. Helsedirektoratet utgir veiledere om smittevern faglig forsvarlig drift for barnehager og opplærings- og utdanningsvirksomheter.

Annet ledd oppheves.

Høyere utdanning

FHI skriver:

Opprettholde digitalt undervisningstilbud, ferdighetstrening og eksamen. Tilrettelegge for mer fysisk undervisning, med forbehold om at generelle smittevern råd følges: lufting, avstand og være hjemme ved

symptomer. Avhengig av tilgjengelighet, bør tester være lett tilgjengelig på campus, og jevnlig testing bør vurderes.

Første setning står per i dag i covid-19 forskriften § 14c.

Anbefaling om å følge smittevernråd om luftig, avstand, og å være hjemme ved symptomer, og testing på campus, kan følge av veileder/retningslinjer. Når det gjelder den anbefalte endringen, om at det ikke bare skal opprettholdes et digitalt tilbud, men også tilrettelegges for digital undervisning, medfører dette at § 14c enten bør endres eller oppheves. Hvis § 14c endres, kan dette gjøres på følgende måte:

§ 14c. Opplærings- og utdanningsinstitusjoner

~~Fra 16. desember 2021 skal~~ Universiteter, høyskoler og fagskoler *skal* så langt det er mulig tilrettelegge for at undervisning, ferdighetstrening og eksamen gjennomføres digitalt. *Det kan likevel gjennomføres undervisning for grupper på inntil 20 personer så lenge dette skjer på en smittevernaglig forsvarlig måte.*

Et annet alternativ er å oppheve § 14c, og heller ha anbefalinger om digital undervisning og gruppestørrelser ved fysisk undervisning, slik som har vært praksis tidligere i pandemien. Undervisningsinstitusjonene kan følge råd og retningslinjer i tråd med FHI sine anbefalinger.

Treningssentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg og hotellbasseng

Som nevnt over, foreslås det at treningssentre, svømmehaller og lignende kan holde åpent såfremt de drives smittevernaglig forsvarlig. Dette innebærer at § 14d andre ledd bør oppheves, og at virksomhetene følger kravene i § 14a. Det bør videre vurderes om det skal presiseres i § 14a at treningssentre, svømmehaller og lignende virksomheter skal sørge for at besøkende holder minst 2 meter avstand ved gjennomføring av høyintensiv aktivitet, eller om dette tiltaket bør ivaretas gjennom råd til befolkningen og veiledning til bransjen.

Det foreslås følgende endringer i § 14d:

§ 14d annet ledd oppheves.

Eventuell endring i § 14a:

§ 14a. Krav til smittevernaglig forsvarlig drift ved andre virksomheter

Treningssentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg, hotellbasseng, kjøpesentre, butikker, bingo haller, bibliotek, museer, varemesser, midlertidige markeder og lignende skal, for å kunne holde åpent, drives smittevernaglig forsvarlig. Med smittevernaglig 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.

Treningssentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg, hotellbasseng, 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 kontaktopplysningen oppbevares.

Treningsentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg, hotellbasseng og lignende skal sørge for at besøkende holder minst 2 meter avstand til personer som ikke er i samme husstand ved utøvelse av høyintensiv aktivitet innendørs. Ved gruppetrening kan det være inntil 10 personer innendørs [og 20 personer utendørs].

Bowlinghaller

Som nevnt over, foreslås det å presisere i forskriften at også bowlinghaller må holde stengt i § 14d første ledd. Dette er i tråd med gjeldende fortolkning av bestemmelsen, ettersom Helsedirektoratet tidligere har lagt til grunn at bowlinghaller er å anse som "lignende" virksomhet etter bestemmelsen. Vi foreslår videre å presisere at bowlinghaller likevel kan holde åpent for utøvelse av toppidrett, ettersom det legges til grunn at toppidrett skal kunne gjennomføres som normalt.

Det foreslås følgende endring i § 14d første ledd:

§ 14d. Stenging og begrensning av enkelte virksomheter

Fornøyelsesparker, lekeland, spillehaller, bowlinghaller og lignende skal holde stengt. Bowlinghaller kan likevel holde åpent for utøvelse av toppidrett.

Munnbind

Påbudet om bruk av munnbind i § 16 foreslås videreført, men det foreslås at kravet om bruk av munnbind på innendørs arrangementer presiseres slik at det kun gjelder for publikum. Dette bør presiseres i § 16.

Det foreslås et nytt ledd i § 16:

§ 16. Plikt til å bruke munnbind

Plikten til å bruke munnbind på innendørs arrangementer gjelder kun for deltakere som er publikum.

B. Særskilt vurdering av smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat

Helsedirektoratet har per formiddagen 07.01.22 ikke mottatt FHIs endelige underlag i tide til å legge det til grunn for vår besvarelse. Besvarelsen er derfor basert på et utkast.

Utgangspunkt

Vi viser til FHIs smittevernfaglige underlag for oppdragets del B. Her fremgår at ca 8% av den voksne befolkningen i Norge er uvaksinert. Likevel utgjør uvaksinerte hovedandelen av de som er innlagt på sykehus og i intensivavdeling (hvh. 57% og 70% i desember 2021). Uvaksinerte er også yngre og har lengre liggetid.

Det oppsummeres at koronavaksinene som benyttes i Norge ser ut til å beskytte godt mot å bli *alvorlig syk* av koronaviruset uavhengig av virusvariant (selv om spesielt de eldste kan ha behov for boosterdose for å opprettholde denne beskyttelsen). Beskyttelsen mot *infeksjon* med delta- eller omikronvarianten faller over tid siden vaksinasjon, og den er betydelig lavere mot omikronvarianten sammenliknet med deltavarianten.

FHI skriver:

Hittil i pandemien har smitteverntiltakene i stor grad vært rettet mot hele befolkningen (både vaksinerte og uvaksinert) med formålet å redusere smittespredningen. Med økende kunnskap om at vaksinene beskytter dårlig mot smittespredning, spesielt ved omikronvarianten, har det i enda mindre grad noe for seg å skille mellom uvaksinerte

og vaksinerte for å begrense smittespredningen i befolkningen. Det har i liten grad blitt drøftet å iverksette tiltak rettet kun mot uvaksinerte for å redusere deres risiko for alvorlig sykdom, som vi har valgt å fokusere på i dette oppdraget.

Selv om uvaksinerte har større risiko for å bli smittet, og kan ha større evne til å smitte videre, utgjør de en liten andel av befolkningen. I og med at omikron også i stor grad smitter mellom immuniserte, vil altså tiltak målrettet mot uvaksinerte ha begrenset nytte mtp. *smittespredning* på befolkningsnivå. Det å skjerme uvaksinerte mot smitte kan imidlertid, som også FHI påpeker, forhindre at de *blir smittet og utvikler alvorlig sykdom*.

Formål med tiltak overfor uvaksinerte og koronasertifikat

Tiltakene rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat kan ha ulike formål. De mest relevante er:

- redusere smittespredning
- forhindre alvorlig sykdom
- øke vaksinasjonsdekningen

FHI beskriver disse formålene under avsnittet om koronasertifikat. Vi finner det hensiktsmessig å også se tiltak rettet mot uvaksinerte opp mot de samme formålene.

Redusere smittespredning

Som vist til over, vil tiltak spesifikt rettet mot uvaksinerte ha begrenset effekt på smittespredning, ettersom de uvaksinerte utgjør en liten andel av befolkningen. I oppdrag 554 vurderte etatene at formålet med å ta i bruk koronasertifikatet innenlands bør være å redusere risiko for smittespredning samtidig som samfunnet holdes mest mulig åpent, og dermed forhindre økt belastning på helsetjenesten. I oppdrag 554 påpekte FHI at effekt av koronasertifikat på *smittespredning* er ikke godt evaluert opp mot andre smitteverntiltak slik som avstand og bruk av munnbind.

Forhindre alvorlig sykdom

Tiltak overfor uvaksinerte, inkludert koronasertifikat, kan ha som formål å skjerme uvaksinerte mot smitte. På denne måten kan man redusere den enkeltes risiko for alvorlig sykdom, og således skjerme samfunnet og sykehusene mot sykdomsbyrde. Indirekte kan dette bidra til at det generelle tiltaksnivået kan senkes. Selv om en slik strategi kan forhindre at uvaksinerte blir smittet, må vi anta at de fleste uvaksinerte vil bli smittet før eller siden. Det er likevel hensiktsmessig å spre denne smitten utover i tid for å dempe belastningen på samfunnet.

Øke vaksinasjonsdekningen

Som FHI påpeker, er det et viktig prinsipp i Norge at vaksinasjon skal være frivillig, og etatene vurderer fortsatt at tiltak overfor uvaksinerte og bruk av koronasertifikat bør ikke ha som primært formål å motivere innbyggere til å vaksinere seg. FHI vurderer at effekten av koronasertifikat på vaksineoppslutning uansett vil være moderat til liten i Norge, ettersom vaksinedekningen er høy i utgangspunktet. Effekten vil allikevel kunne være noe høyere i områder eller befolkningsgrupper med lavere vaksinasjonsdekning. Helsedirektoratet antar at effekten på vaksinasjonsdekning vil være høyere dess større ulempe det er å være uvaksinert. På samme måte vil også eventuelle uheldige sekundæreffekter kunne forsterkes ved mer utstrakt tiltaksnivå overfor uvaksinerte. Det vises til oppdrag 554 (og tidligere oppdrag) for omtale av uheldige sekundæreffekter.

Differensierte tiltak overfor vaksinerte/uvaksinerte

Som vist til over, vurderer FHI at særskilte tiltak mot uvaksinerte vil ha begrenset effekt på *smittespredning*. Fokus for denne besvarelsen er således differensiering av tiltak mellom vaksinerte/uvaksinerte med formål å redusere risiko for alvorlig sykdom hos uvaksinerte.

FHI skriver:

Den økte risikoen for uvaksinerte voksne, som gjør at de bør beskytte seg mer, er allerede innarbeidet i anbefalinger og bør eventuelt styrkes. Det ble gitt forsterkede anbefalinger til uvaksinerte voksne før jul (reduert sosial kontakt, munnbind m.m.) og det er gitt egne råd til uvaksinert helsepersonell.

Så lenge gjeldende anbefalinger videreføres for hele befolkningen sammen med enkelte forsterkede råd til uvaksinerte er friheten til de uvaksinerte i liten grad begrenset og det skaper mindre todeling av samfunnet.

På sikt kan det bli aktuelt å lette på tiltakene for den generelle befolkningen, og opprettholde egne anbefalinger for de uvaksinerte. Dersom de uvaksinerte ikke etterlever anbefalingene, risikerer de å bli alvorlig syke eller spre smitte videre, som omtalt i oppdrag 554 og 558. Med spredning av omikronvarianten er denne vurderingen ytterligere styrket, da vaksinen ser ut til å ha enda dårligere effekt mot smittespredning og de uvaksinerte kan i større grad smittes av vaksinerte. Dette aktualiserer problemstillingen om å ytterligere innføre tiltak rettet mot uvaksinerte, og eventuelt også drøfte om det skal innføres tiltak for å hindre at uvaksinerte får adgang til offentlige arenaer med høy smitterisiko.

Det er nå innført strenge kontaktreduserende tiltak i samfunnet. Det er iverksatt begrensninger på arenaer med høy smitterisiko, noe som reduserer risikoen for smitte hos både vaksinerte og uvaksinerte. Vurdering av det generelle tiltaksnivået fremover gjøres i oppdragets del A. Som omtalt over, vil en reduksjon i smitte hos uvaksinerte kunne reduserer antallet med alvorlig sykdom og således bidra til redusert belastning på helsetjenesten.

FHI skriver:

Dersom de uvaksinerte skal anbefales å ikke ta del i aktiviteter, eller tilgangen for uvaksinerte skal reguleres, må både smitterisikoen ved å delta og gjennomførbarheten av å begrense tilgangen vurderes. Begrensninger for uvaksinerte kan være alt fra anbefalinger uten kontrollfunksjon, til forbud med stikkprøvekontroll eller adgangskontroll av samtlige med koronasertifikat. I tillegg vil samtlige tiltak hvor det innføres skille mellom vaksinerte og uvaksinerte utfordre rettferdighets- og frivillighetsprinsippet. Tiltaksbyrden vil kunne oppfattes som høy for de uvaksinerte. Totalt sett i samfunnet kan tiltaksbyrden gå ned, fordi majoriteten er vaksinerte og får lavere tiltaksbyrde. På samfunnsnivå representerer denne todelingen en etisk utfordring.

Folkehelseinstituttets vurdering er at aktivitetene der de uvaksinerte har størst smitterisiko er innendørs der mange mennesker står tett, roper, danser og synger. Med tanke på gjennomførbarhet kan nattklubber, puber og innendørs arrangementer uten faste sitteplasser (med mer enn et visst antall personer til stede) være aktiviteter uvaksinerte anbefales å ikke delta i (se tabell 2).

Tabell 2: Aktiviteter uvaksinerte kan anbefales å unngå eller nektes adgang, vurdering av fordeler og ulemper

Aktiviteter det kan vurderes at uvaksinerte ikke bør ta del i:	Vurdering av smitterisiko <i>bakgrunn for vurderinger finnes i oppdrag 554</i>	Vurdering av gjennomførbarhet
Private arrangementer og sammenkomster	Betydelig smitterisiko.	Svært inngripende i privatlivet. Utfordrende mht. personvern og kontrollmuligheter.
Offentlig arrangement (inkludert kino, teater/ kulturinstitusjoner, idrettsarrangement, konferanser)	Ulike typer arrangementer innebærer ulik smitterisiko. Lav risiko der publikum sitter på faste plasser og ikke mingler (f.eks. kino, teater og lignende).	Vanskelig å skille ulike typer arrangement og ulike typer arrangører. Vanskelig å avgrense og lage klare regler. Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving, har allerede erfaring
Serveringssteder	Lav til moderat smitterisiko	Det vil ofte være vanskelig å skille mellom ulike typer serveringssteder.
Pub/ nattklubb	Stor smitterisiko	Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving, har allerede erfaring
Treningsentre og svømmehaller	Betydelig smitterisiko en del steder, avhengig av type aktivitet m.m.	Inngripende å nekte uvaksinerte mulighet til trening Trening er viktig sett fra et folkehelseperspektiv Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving.

Reiseliv, cruise, pakketurer o.l.	Betydelig smitterisiko endel steder, avhengig av type aktivitet, aldersgruppe m.m.	Ulik smitterisiko ved ulike aktiviteter. Vanskelig å skille mellom ulike typer aktiviteter og ulike typer arrangører. Vanskelig å avgrense og lage klare regler. Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving.
Museer, fornøyelsesparker og lekeland	Ulik smitterisiko på ulike typer steder. Lav smitterisiko utendørs. Lav smitterisiko på museer o.l.	På steder med aktivitet rettet primært mot barn kan det være begrenset smittereduserende effekt (jmf aldersgrense 16 år ved bruk av koronasertifikat).
Kjøpesentre, messer, markeder	Usikker smitterisiko. Trolig lav risiko, kan være noe høyere på enkelte messer der det er mange mennesker samlet tett innendørs.	Inngripende å nekte uvaksinerte tilgang til butikker og kjøpesentre. Vanskelig å skille mellom ulike typer messer og markeder.
1:1-tjenester	Begrenset smitterisiko.	Inngripende å nekte uvaksinerte tilgang til en-til-en-tjenester
Kollektivtransport	Usikker smitterisiko.	Inngripende å nekte uvaksinerte tilgang til kollektivtrafikk

Særskilte tiltak overfor uvaksinerte

Helsedirektoratet deler FHIs vurdering at det mest hensiktsmessige kan være å innrette anbefalinger og eventuelle reguleringer mot ikke-essensielle arenaer der smitterisikoen er stor, som nattklubber, puber og innendørs arrangementer uten faste sitteplasser, ev. også treningsentre og svømmehaller. Disse arenaene er allerede omfattet av tiltak som reduserer smitterisikoen for alle (det vises for øvrig til oppdragets del A for vurdering av videre tiltaksnivå). På nåværende tidspunkt har det derfor antakelig begrenset nytte å innskrenke disse arenaene ytterligere for uvaksinerte.

Særskilte lettelsers for vaksinerte

Formålet med de gjeldende tiltakene er hovedsakelig å redusere smittespredningen i samfunnet fordi den fører til stor belastning og helsetjenesten. Som omtalt tidligere, har vaksinene begrenset effekt mot smitte og de aller fleste i landet er vaksinert. Vi finner det derfor lite hensiktsmessig å anbefale betydelige lettelsers spesifikt for vaksinerte og de med gjennomgått sykdom, da det kan undergrave effekten av tiltakene (se imidlertid omtale av 2G+ løsning under).

Oppsummering

Som FHI også påpeker, kan det antakelig være mer aktuelt å vurdere å opprettholde strengere anbefalinger eller reguleringer for uvaksinerte på sikt, når det generelle tiltaksnivået trappes ned. Det kan være hensiktsmessig å gi anbefalinger som favner bredere enn en eventuell regulering. Differensierte tiltak for uvaksinerte innebærer også en etisk/verdimessig vurdering utover det rent smittevern faglige.

Koronasertifikat som dokumentasjon

Etatene er bedt vurdere om koronasertifikat kan tas i bruk som dokumentasjon ifm. smitteverntiltak for uvaksinerte/lettelsers for vaksinerte. Særskilte kontrolltiltak overfor uvaksinerte kan gis som anbefaling eller påbud. Dersom det besluttes at uvaksinerte skal utestenges fra gitte arenaer, vurderer Helsedirektoratet at koronasertifikat vil være hensiktsmessig dokumentasjon i så måte. FHI nevner muligheten for stikkprøvekontroll i tillegg til adgangskontroll av alle gjennom koronasertifikat. Slik smitteverntiltakene i covid-19-forskriften er utformet, påligger det virksomheter og arrangører å sørge for overholdelse av smitteverntiltak i sin virksomhet/på sitt arrangement. Det er derfor mest naturlig å tenke at lettelsers av smitteverntiltak overfor vaksinerte vil bety at man pålegger virksomheter eller arrangører å sørge for at uvaksinerte ikke er til stede, eller at uvaksinerte ikke benytter nærmere bestemte tilbud i virksomheten. For å kunne sørge for dette, trenger virksomhetene/arrangørene å kunne få

fremvist dokumentasjon på at gjestene er vaksinerte. Dersom dette kun skal gjennomføres som stikkprøvekontroller, vil ansvaret i større grad legges på den enkelte gjest/deltaker, og i mindre grad på virksomheten/arrangøren, noe som kan bidra til mindre grad av etterlevelse. Det vises også til avsnitt om rettslige vurderinger senere i besvarelsen.

Innretning av koronasertifikatbruk – ulike muligheter

Man tenke seg diverse prinsipielle innretninger for innenlands bruk av koronasertifikat. Hvilke(t) alternativ(er) som eventuelt velges, krever vurderinger utover det smittevernfarene. Herunder ligger bl.a. en vurdering av hvor mye ulemper det er akseptabelt å påføre uvaksinerte (og eventuelle andre grupper som rammes), og hvor mye ressurser man er villig til å bruke på en eventuell testtrigg mm.

Begrepene 1G, 2G og 3G

Begrepene 3G, 2G (og 1G) er ofte brukt ifm. omtale av koronasertifikat. Begrepene henspiller på de tyske begrepene geimpft (vaksinert), genesen (gjennomgått sykdom) og getestet (testet). Eksempelvis omtaler man løsninger der man sidestiller vaksiner, gjennomgått sykdom og negativ test som 3G, mens løsninger der kun vaksiner og gjennomgått sykdom aksepteres kan omtales som 2G.

Ulike prinsipielle innretninger

- 3G: Vaksiner, gjennomgått sykdom og negativ test sidestilles. Anses lite effektivt i dagens situasjon da det i liten grad vil hindre smittespredning, ikke minst til uvaksinerte. Benyttes bl.a. i Danmark.
- 2G: Kun adgang for vaksinerte og de med gjennomgått sykdom. Medfører at tilstedeværende selv vil ha lav risiko for alvorlig sykdom, men forhindrer i mindre grad smittespredning. Kan forhindre (eller forsinke) at uvaksinerte blir smittet. Benyttes i flere europeiske land, ev. i kombinasjon med andre løsninger.
- 1G: Kun vaksinerte har adgang (eksempelvis tatt i bruk i Sverige). Sikrer at tilstedeværende selv vil ha lav risiko for alvorlig sykdom. Økt incentiv til å la seg vaksinere.
- 2G+: Vaksinerte og personer med gjennomgått sykdom får adgang, gitt at de dokumenterer fersk negativ test i tillegg. Kan ha effekt også mot smittespredning, og kan i så måte også tenkes brukt for å lette på tiltak. Det er likevel ingen garanti mot smittehendelser, jf. julebordet i Oslo. Fordrer testtrigg. Benyttes eksempelvis i Tyskland.
- 1G+: Kun vaksinerte gis adgang forutsatt fersk negativ test.
- Kun test. Ingen krav til vaksinasjon/gjennomgått sykdom, men alle deltakere må kunne dokumentere nylig negativ test. Reduserer smitterisiko, men risiko for smitteførende (falskt negative) personer øker med økende antall. Kunne vært tenkt f.eks. for å lempe antallsbegrensning noe (eksempelvis doble antall tilstedeværende der strenge antallsbegrensninger gjelder).

Enkelte land kombinerer ulike løsninger, eksempelvis 2G og 3G.

Hva gjør andre land?

Vi refererer her kort hvordan enkelte andre land har anvendt koronasertifikatet den siste tiden.

Det vises også til FHIs oppsummering av koronasertifikatbruk i utvalgte europeiske land.

Danmark gjeninnførte koronasertifikatet 12. november. Danmark benytter fortsatt en 3G-løsning der negativ test er sidestilt med immunisering (siden 554 ble levert er testgyldighet nedjustert til 72t for PCR og 48t for antigen hurtigtest). Danmark har som kjent svært høy testaktivitet. Koronasertifikat kreves på en rekke arenaer, inkludert innendørsrestauranter, høyere utdanning, serviceyrker/1-1-tjenester, kjøreskoler, intercity tog, langdistansebusser, svømmehaller, treningssentre, besøk i sykehus og sykehjem, religiøse tilstelninger over et visst antall deltakere, besøk i fengsel. Arbeidsgivere, samt næringsdrivende, foreninger og private kulturelle institusjoner kan også velge å kreve sertifikat.

Sverige har nylig innført vaksinasjonsbevis (1G) ved allmenne sammenkomster og offentlige tilstelninger innendørs. Uten vaksinasjonsbevis gjelder krav til gruppestørrelse og avstand dersom flere enn 20 deltar. Vaksinasjonsbevis (1G)

er obligatorisk dersom antallet deltakere overstiger 500 personer (det opprinnelige rådet fra Folkhälsomyndigheten og regjeringen var på 100 personer).

Finland: 3G-Koronasertifikat har vært brukt som et alternativ til regionale restriksjoner (tilsvarende det aktuelle norske hjemmelsgrunnlaget). Virksomheter omfattet av restriksjoner har kunnet velge å holde åpent med koronasertifikat. Dette har omfattet bl.a. restauranter, nattklubber, treningssentre og ulike andre arenaer. Det har imidlertid nylig vært innført begrensninger i adgangen til å bruke koronasertifikatet grunnet smittesituasjonen.

Tyskland har hatt høye smittetall i senere tid og har hatt høy belastning på helsetjenesten i høst/vinter. For adgang til en rekke aktiviteter, eksempelvis restauranter, kino, teater, kreves 2G eller 2G+. Det kreves også 2G for adgang til butikker (med unntak for butikker som selger essensielle varer). 3G gjelder i arbeidslivet og på kollektivtransport (både lokal- og langdistanse).

Koronasertifikat som forebyggende smitteverntiltak (preventiv bruk)

Oppdraget: *Vi ber etatene om å vurdere eventuelle justeringer eller oppdateringer av svar på oppdrag 554 del 1 om bruk av koronasertifikat som et forebyggende smitteverntiltak, gitt utviklingen og erfaringer siden leveranse 22. november 2021.*

Koronasertifikat til innenlands bruk har vært utredet i en rekke tidligere oppdrag. Den siste omfattende vurderingen ble gjort i oppdrag 554.

Innholdet i oppdrag 554 forutsettes kjent.

I oppdragets del 2 vurderte etatene bruk under gjeldende hjemmelsgrunnlag - koronasertifikat brukt for å lette på tiltak. Per i dag kan koronasertifikat benyttes lokalt i kommuner som har vedtatt smitteverntiltak jf. covid-19-forskriften §19. Imidlertid dukket omikron-varianten opp kort tid etter at denne bestemmelsen ble innført. Pga. omikrons antatt økt smittsomhet/stor evne til å omgå immunitet (hvertfall mtp. smitte), anbefalte etatene inntil videre å ikke benytte seg av denne muligheten.

I oppdrag 554 del 1 vurderte etatene "preventiv" bruk av koronasertifikatet (koronasertifikat uten premiss om å lette på tiltak). Det har så langt ikke vært hjemmelsgrunnlag for slik bruk i Norge. FHI hadde liten tiltro til at preventiv bruk av koronasertifikat kan forebygge smittespredning i vesentlig grad, men vurderte samtidig at effekten av koronasertifikatet ikke er godt evaluert opp mot andre smitteverntiltak. Helsedirektoratet påpekte at en potensiell gunstig effekt ved preventiv bruk kan oppnås uten å ta en direkte *restrisiko*, i motsetning til ved nåværende hjemmelsgrunnlag. Helsedirektoratet stilte seg noe mer åpen for preventiv bruk av koronasertifikat. Vi foreslo i så fall å målrette preventiv bruk mot arenaer med høyest smitterisiko, der tiltaksbyrden ved koronasertifikat er begrenset (ikke-essensielle arenaer).

Preventiv bruk har vært benyttet i andre land, og mange land har innført langt mer omfattende bruk av koronasertifikat enn Norge. Det er likevel, som FHI påpeker, svært vanskelig å trekke slutninger om effekt basert på grad av sertifikatbruk og smitteutvikling i andre land.

Oppdatert vurdering – preventiv bruk av koronasertifikatet

FHI skriver om preventiv bruk av koronasertifikatet:

- FHI vurderer at preventiv bruk av koronasertifikat i liten eller ingen grad vil kunne hindre en generell smitteøkning og eventuelt forhindre nedstengninger i fremtiden.
- Preventiv bruk i samfunnet kan muligens føre til at flere velger å ta vaksinen.
- Preventiv bruk vil kunne beskytte den enkelte uvaksinerte mot smitte ved å hindre dem i å møte smittsomme personer, og dermed beskytte dem mot alvorlig sykdom. De vil imidlertid kunne smittes andre steder i samfunnet.

- *Utbredt bruk av koronasertifikat som ekskluderer deler av befolkningen fra aktiviteter kan medføre redusert livskvalitet, forsterke ulikhet og føre til svekket oppslutning om andre smitteverntiltak.*

...

Effekten av preventiv bruk i samfunnet antas hovedsakelig å være at flere velger å ta vaksinen. Dette er også brukt som et hovedargument i flere land. Folkehelseinstituttet legger fremdeles til grunn at koronasertifikat ikke skal brukes med formål om å motivere innbyggerne til å vaksinere seg. Norge har også svært høy vaksineoppslutning, og effekten på vaksinasjonsdekningen vil være moderat til liten her, ev. noe høyere i områder eller befolkningsgrupper med lavere vaksinasjonsdekning.

Preventiv bruk vil kunne beskytte den enkelte uvaksinerte mot smitte og dermed mot alvorlig sykdom, fordi de nektes adgang til aktiviteter, noe som kan føre til redusert risiko for å møte smittsomme personer. De vil imidlertid kunne smittes andre steder i samfunnet.

Utbredt bruk av koronasertifikat som ekskluderer deler av befolkningen fra aktiviteter og sosiale arenaer som inngår i deres vanlige liv kan medføre redusert livskvalitet, forsterke ulikhet i helse og føre til svekket oppslutning om andre smitteverntiltak. Frivillighetsprinsippet blir utfordret. Tilliten til helsemyndighetene kan svekkes ved sterk forventning eller press på befolkningen til å følge tiltak med liten eller usikker effekt.

Helsedirektoratets generelle vurdering

Helsedirektoratet viser til FHIs vurdering og deler oppfatningen fra dette og tidligere oppdrag (554) om at kunnskapsgrunnlaget rundt effekten av koronasertifikat er begrenset. Vi kan således ikke gi en god kunnskapsbasert anbefaling om effekt.

Dersom det skulle være aktuelt å benytte koronasertifikat preventivt, ville det etter vår vurdering være mest nærliggende å benytte seg av en 2G-løsning med det primære formålet å skjerme uvaksinerte mot smitte.

En 2G+ løsning kunne gi økt effekt også mot smittespredning (og kan således også tenkes brukt som alternativ til tiltak), men dette ville forde en potensielt omfattende testrigg, avhengig av bruk. Helsedirektoratet stiller seg foreløpig avventende til en slik tilnærming, spesielt til utstrakt preventiv bruk, all den tid nytteverdien mot smittespredning er usikker. Det vil også være mer komplisert å implementere en 2G+ løsning i sertifikatet. Som et teknisk enklere alternativ kan man uansett tenke seg at det i noen tilfeller kan testes i tillegg til en 2G-løsning, der testing gjøres gjennom anbefaling eller dokumenteres gjennom en løsning utenom sertifikatet (litt mer om dette under).

Noen land har valgt å kombinere ulike løsninger i ulike arenaer. Det er mulig også i Norge, men medfører mer tekniske og praktiske utfordringer.

Som i oppdrag 554 vurderer vi fortsatt at de mest aktuelle arenaene for koronasertifikatbruk ville være skjenkesteder, puber og nattklubber, og offentlige arrangementer der mange personer møtes og mingler uten avstand og faste sitteplasser – og spesielt steder der det serveres alkohol, ropes, og synges (konserter f.eks.). Dette er arenaer der smitterisikoen er høy, samtidig som tiltaksbyrden ved utestengning er begrenset (ikke-essensielle arenaer).

Vi legger i tillegg til at preventiv bruk av koronasertifikat potensielt kan øke folks bevissthet rundt pandemien og kanskje gi økt oppmerksomhet rundt generelle smittevernråd- og regler. Samtidig minner vi om potensielt uheldige effekter (som beskrevet i oppdrag 554 og i FHIs underlag), og at kan det være uheldig hvis koronasertifikatbruk fører til at man vegrer seg fra å iverksette andre tiltak med mer sikker effekt.

Andre vurderinger som bør gjøres dersom koronasertifikat skal gjenopptas

Det er flere momenter som bør vurderes før en beslutning om bruk kan fattes.

- Formål
- Om testing skal inngå, og i så fall organisering av testtrigg
- Kriterier for gyldig sertifikat og forhold til EUs regler
- Hvordan skal vaksinerte defineres
- Praktisk/tekniske løsninger
- Andre avveininger

Formål

Det vises til beskrivelse av tre mulige formål tidligere i besvarelsen og i FHIs underlag.

Dersom formålet skal være å hindre smittespredning, anser vi 2G+ løsning som mest aktuelt. Man kan se for seg en slik løsning for å kunne lette noe på tiltak eller brukt preventivt mot smittespredning, men effekten er usikker og utstrakt bruk vil kunne vanne ut effekten av tiltak. Louise-julebordet, der alle skulle være vaksinert og testet, illustrerer at massesmittehendelser fremdeles kan skje i en 2G+ setting.

Dersom formålet er å skjerme uvaksinerte mot smitte, vurderer vi en 2G-løsning som mest nærliggende. Det vises til øvrige deler av besvarelsen.

Etatene vurderer at det primære formålet for koronasertifikat ikke bør være å motivere personer til vaksinasjon. Det vises til omtale av formål over, samt FHIs underlag.

Testing og testtrigg

Hittil har negativ test vært sidestilt med immunitet. En negativ test tatt kort tid i forveien vil redusere risikoen betydelig for at en person er smitteførende, men beskytter ikke vedkommende mot å bli smittet. Tester, spesielt antigen hurtigtester, kan være falskt negative, og også immuniserte kan bli smittet med omikron og delta. I en situasjon med utbredt smitte i samfunnet, vil testing i mindre grad beskytte uvaksinerte (og vaksinerte) deltagere mot smitte.

Av denne grunn anbefaler vi ikke lenger at negativ test sidestilles med immunitet. Gjeldende mulighet for kommunene til å innføre koronasertifikat etter §19 anses ikke lenger hensiktsmessig. Man kan imidlertid tenke seg ulike alternative innretninger der test inngår som supplement eller alternativ. Dersom testing skal inngå som del av en koronasertifikatløsning, er antakelig en 2G+ løsning mest aktuelt (se over). Dersom en slik løsning skal benyttes i utstrakt grad, må man imidlertid ta stilling til testtriggen inkludert testkapasitet og hvem som skal stå ansvarlig for og bekoste testingen. Dersom kommunene skal ha mulighet til å innføre slik koronasertifikatbruk lokalt, kan det være hensiktsmessig å videreføre forutsetningen fra i høst om at kommunen selv må sørge for at nødvendig testkapasitet er tilgjengelig. Dersom en slik løsning skal innføres på nasjonalt nivå, bør organisering av testtriggen vurderes.

Kortere testgyldighet gir økt sikkerhet. FHI skriver at gyldighet av negativ test bør være 24 timer eller kortere for best smittereduserende effekt, som beskrevet tidligere i oppdrag 437.

Kriterier for gyldig sertifikat og forhold til EUs regler

FHI skriver:

Den nasjonale kontrolliden er en dataminimert utgave av EU DCC. Det er teknisk mulig å styre hvilke data fra EU DCC som skal danne grunnlag for å vise en gyldig nasjonal kontrollside som ikke inneholder data. Dvs. nasjonal

kontrollside inneholder ingen andre data enn det som er nødvendig for å vise den som rød eller grønn. Det er mulig å vise et grønt resultat på bakgrunn av kun vaksine, kun negativt prøvesvar, kun gjennomgått sykdom eller en kombinasjoner av disse. EU krever at andre lands borgere ikke blir forskjellsbehandlet ved innenlands bruk av koronasertifikat. Dermed bør kravene til gyldig koronasertifikat innenlands baseres på data som er tilgjengelig i EU DCC (definert av EU).

EU har nylig vedtatt endringer i gyldighetskriterier i EU-sertifikatet fra 1. februar: [Endringer i gyldighet for koronasertifikatet for fullvaksinerte - FHI](#).

Fullvaksinasjon vil anses gyldig i 270 dager, mens oppfriskningsdose gis ubegrenset varighet. Gjennomgått sykdom gis gyldighet på 180, og informasjonen om gjennomgått sykdom forsvinner deretter fra sertifikatet. Helsedirektoratet erfarer at det så langt ikke er besluttet om "utløpte" vaksinedoser fortsatt kan dokumenteres eller om denne informasjonen forsvinner fra EU-sertifikatet.

Som FHI påpeker, kan det være problematisk at personer som ikke kan fremvise den norske visningssiden forskjellsbehandles ved innenlands bruk av sertifikatet, og altså ikke gis samme fordeler ved bruk av sertifikater basert på tilsvarende immunitetsstatus. Dette tilsier at nasjonale gyldighetskriterier ikke bør være basert på informasjon som er utilgjengelig i EU-sertifikatet (eksempelvis kunne et nasjonalt koronasertifikat gitt gyldighet av gjennomgått sykdom på f.eks. 12 måneder, mens i EU-sertifikatet forsvinner denne informasjonen etter 180 dager).

FHI viser til at betingelsene i EU-sertifikatet kan ha uheldige konsekvenser for enkelte, spesielt personer med hybrid immunitet som i noen tilfeller vil ha god beskyttelse uten kunne å dokumentere det med gyldig sertifikat 180 dager etter påvist smitte. Det vises til grundig gjennomgang i FHIs besvarelse.

FHI skriver bl.a.:

Dersom koronasertifikatet tas i bruk som et verktøy for å nekte uvaksinerte adgang, vil rammene EU definerer kunne styre hvilke grupper som regnes som vaksinerte (se vedlegg B2). Følgende grupper vil da stå i fare for å ha ugyldig koronasertifikat (og nektes adgang på lik linje med uvaksinerte), selv om FHI anser dem som godt beskyttet mot alvorlig sykdom:

- *Personer som er fullvaksinert for mer enn 270 dager siden og som ikke har fått oppfriskningsdose*
- *Personer som er fullvaksinert for mer enn 270 dager siden og som siden har gjennomgått covid-19 for mer enn 180 dager siden*
- *Personer som har gjennomgått covid-19 og som har en eller to vaksinedoser i tillegg, dersom det er mer enn 270 dager siden siste vaksinedose*
- *Personer som har gjennomgått covid-19 for mer enn 180 dager siden*
- *Personer som har gjennomgått covid-19 to eller flere ganger for mer enn 180 dager siden*
- *Delvaksinerte (dette inkluderer kontraindikasjon etter første dose)*

FHI vurderer at innføring av koronasertifikat som følger EUs definisjoner innenlands vil medføre at denne gruppen kan føle seg tvunget til å ta "unødvendig" oppfriskningsdose. FHI vil derfor ikke anbefale bruk av koronasertifikat innenlands.

FHI skriver videre at departementet må vurdere om de anser det mulig å ha egne regler for nasjonal bruk av et koronasertifikat. Dersom Departementet f.eks. skulle ønske å ha lengre varighet enn 270 dager på et vaksinasjonssertifikat, må det vurderes opp mot EU-regelverket og diskriminering av EU- og tredjelandsborgere:

Helsedirektoratet minner for øvrig om at *anbefalinger* som differensieres mellom vaksinerte og uvaksinerte, kan gis uavhengig av koronasertifikatets gyldighetsregler.

Fra et brukerperspektiv er det mest hensiktsmessig at gyldighetskriterier er samsvarende i ulike sammenhenger.

Hvordan skal vaksinerte defineres – varighet av vaksinasjon, boosterdose etc.?

Etatene er bedt vurdere hvordan vaksinerte bør defineres, f.eks. med antall doser og om ev. nylig gjennomgått covid-19 bør inkluderes. Den smittevernfarende vurderingen ligger til FHI, som har listet opp ulike alternativer for definisjon av vaksinasjon. I utkastet fremkommer ingen klar anbefaling. Hvilken definisjon som er mest hensiktsmessig, vil avhenge av tiltakets formål og art (anbefaling, påbud ifm. koronasertifikat), samt de tekniske forutsetningene som ligger i EU-sertifikatet og EUs krav om ikke å forskjellsbehandle EU-borgere.

Praktisk/teknisk gjennomføring

Ulike innretninger kan kreve ulike tekniske løsninger.

Det vises til FHIs besvarelse:

Utelate negativ test fra sertifikatet (2G)

Det er en relativt enkel teknisk endring å utelate negativ test (dvs at kun immuniserte har gyldig sertifikat nasjonalt). Endringen kan utføres i brukergrensesnittet (API) for koronasertifikat via Helsenorge.no og i back-end for verifikasjonsløsningen. Dvs. det vil ikke være nødvendig med endringer i Helsenorge.no eller verifikasjonsappen. Andre endringer, som å innføre tilleggskrav om negativ test for immuniserte, er en noe mer tidkrevende prosess. For verifikasjonsappen vil dette kreve flere scanninger (først for å finne ut om man har koronasertifikat for vaksine eller immunitet og deretter for å finne ut om man har koronasertifikat for negativ test). For nasjonal kontrollside på Helsenorge vil dette kreve et nytt visningsformat, dvs. ny design som illustrerer på en forståelig måte at dette er et "supergrønt" koronasertifikat. Å lage enkle, forståelige løsninger er komplisert og tar tid.

Differensiering i ulike arenaer

Det er teknisk mulig å etablere særskilt strenge adgangskrav på enkelte aktiviteter eller i områder med stor smittespredning ("differensiert bruk"), slik for eksempel Tyskland kombinerer 3G, 2G eller 2G+ i ulike arenaer. Folkehelseinstituttet har ikke innenfor rammene av dette oppdraget gjort en fullstendig vurdering av en tilsvarende løsning i Norge, men skriver følgende:

Dersom differensiert bruk av koronasertifikat (basert på geografi eller aktivitet) blir vedtatt, vil det antakelig bli nødvendig å gå vekk fra den visuelt relativt forståelige «grønne» kontrollsiden i koronasertifikatet. Det vil si at innbygger selv må sette seg inn i gjeldende regler for å vite om man oppfyller kravene til adgang. Man vil altså ikke kunne se dette av kontrollsiden slik som nå, men vil få beskjed om dette av kontrollør. Dette vil kreve en teknisk utvikling av koronasertifikatet hvis den nasjonale kontrollsiden skal beholdes, med endring i brukeropplevelsen. Alternativt kan innbygger bruke EU/EØS kontrollsiden, dette vil ikke kreve teknisk utvikling, men medfører utfordringer knyttet til dataansvar og personvern. Begge alternativer krever teknisk utvikling av verifikasjonsappen, og oppgaven for kontrolløren blir mer komplisert.

Helsedirektoratet påpeker at en 2G-løsning eventuelt kan suppleres med et testkrav i enkelte spesifikke sammenhenger der testkravet kan dokumenteres på alternativt måte utenfor sertifikatet. Dette vil medføre vurderinger knyttet til alternativt dokumentasjonskrav og etterprøvnbarhet, men fremstår som en enklere løsning for 2G+ fra teknisk ståsted. Videre har pandemien vist seg ganske utforutsigbar, ikke minst mtp. mulighet for nye varianter. Dette kan tale for å avstå fra teknisk kompliserte løsninger all den tid dokumentasjonen for effekt av koronasertifikatbruk er mangelfull.

Andre avveininger

Før koronasertifikat tas i bruk, bør det gjøres en avveining av uønskede effekter, inkludert etiske aspekter og ulemper for ulike grupper (eksempelvis uvaksinerte og personer med kontraindikasjon mot vaksiner, ev. personer som "urettmessig" får ugyldig EU-sertifikat). Det vises til FHIs underlag samt besvarelsen på oppdrag 554.

Rettslig vurdering

Oppdraget ber om en særskilt vurdering av *muligheten for differensieringer i smitteverntiltak ut fra om de tiltakene skal rette seg mot er vaksinerte eller ikke, f.eks. om det kan gis enkelte unntak for vaksinerte*. En slik vurdering reiser flere rettslige problemstillinger.

Hjemmelsgrunnlag

Smittevernloven § 4A-2 regulerer bruk av koronasertifikat. Første ledd understreker at ingen kan forskjellsbehandles på grunnlag av at de ikke kan fremvise koronasertifikat, med mindre bestemmelser i eller i medhold av lov gir adgang til dette. Koronasertifikat kan med andre ord benyttes til å differensiere mellom vaksinerte og uvaksinerte, dersom det er lovgrunnlag for dette.

Annet ledd gir slikt lovgrunnlag dersom visse vilkår er oppfylt. Etter denne kan departementet gi forskrifter for hele eller deler av landet om bruk av koronasertifikat som dokumentasjon på vaksinasjonsstatus, gjennomgått covid-19 og testresultat for SARS-CoV-2. Det er et grunnvilkår for bruk av koronasertifikat at covid-19 regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom, jf. § 1-4. Dette er oppfylt på nåværende tidspunkt.

Smittevernloven § 4A-2 annet ledd, siste punktum fastslår en ytterligere begrensning: Bestemmelser om at koronasertifikat er eneste aksepterte dokumentasjon kan bare fastsettes når det anses "nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon", og det etter "smitteverntiltakets art og forholdene ellers ikke vil være uforholdsmessig."

Kravet til at det må være "nødvendig med effektiv og sikker verifikasjon" innebærer at det i lys av smittesituasjonen er nødvendig å kreve at personer kan dokumentere at de oppfyller kriteriene for gyldig koronasertifikat. Nødvendighetskravet forutsetter at det foreligger en medisinskfaglig begrunnelse som tilsier at det er nødvendig å differensiere mellom personer med gyldig koronasertifikat og personer uten slikt gyldig sertifikat. Det vises til den smittevernfaglige vurderingen.

Videre skal koronasertifikat som smitteverntiltak ikke være uforholdsmessig. Dette overlapper i stor grad med kravet til at ethvert smitteverntiltak etter loven må være "nødvendig" og "tjenlig etter en helhetsvurdering" jf. smittevernloven § 1-5. Som et ledd i vurderingen må det vurderes om slik bruk er i tråd med diskrimineringsforbudet.

Usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling?

Det må vurderes om bestemmelser om nasjonal bruk av koronasertifikat som skiller mellom vaksinerte og uvaksinerte som kriterium for å få tilgang til enkelte virksomheter eller tjenester, eksempelvis for å få inngang til arrangementer, er i tråd med forbudet mot usaklig forskjellsbehandling.

Innledningsvis kan det nevnes at det tidligere i pandemien har vært differensiert mellom vaksinerte og uvaksinerte hva gjelder råd og anbefalinger. Det har tidligere vært anbefalt at vaksinerte kunne klemme hverandre, og uvaksinerte ikke, eller at vaksinerte ikke telte med i det totale antallet personer som kunne være på besøk i private hjem. Videre har det vært rettslig grunnlag i covid-19 forskriften for bruk av koronasertifikat som inngangskriterium på arrangementer. Tidligere § 13e i covid-19 forskriften var gitt med hjemmel i smittevernloven § 4A-2. Denne bestemmelsen skilte imidlertid ikke mellom vaksinerte og uvaksinerte, da også personer med negativ test i døra kunne gis inngang til arrangementet jf. tidligere § 13e første ledd. På dette tidspunktet ville man også kunne få koronasertifikat basert på testing innen de siste 24 timer. Spørsmålet oppdraget nå reiser er dermed annerledes: Det

skal vurderes om det kan gis rettslige bestemmelser som *skiller mellom vaksinerte og uvaksinerte*, hvor uvaksinerte ikke får samme mulighet som vaksinerte til adgang på eksempelvis arrangementer eller annet.

Spørsmålet er om et slikt skille, mellom vaksinerte og uvaksinerte, der uvaksinerte ikke vil ha samme mulighet som tidligere til å ta en negativ test for inngang eller bruk av fasiliteter, vil være i tråd med diskrimineringsforbudet.

Grunnloven § 98 annet ledd fastslår at ingen må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling. Diskrimineringsvernet er dessuten inntatt i flere sentrale menneskerettighetskonvensjoner – herunder EMK artikkel 14 og SP artikkel 2 og 26 – som er direkte inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettighetsloven § 2. Disse konvensjonene har, i tilfelle motstrid, forrang for norsk lov jf. § 3. Mens SP artikkel 26 er, som Grunnloven § 98, generelt utformet, er diskrimineringsvernet i EMK artikkel 14 og SP artikkel 2 aksessoriske. Helsedirektoratet legger til grunn at dersom forskjellsbehandling av vaksinerte og uvaksinerte anses å være i tråd med Grunnlovens § 98, vil forskjellsbehandlingen også være i tråd med EMK og SP.

Det er klart at differensiering av vaksinerte versus uvaksinerte for inngang til eksempelvis arrangementer eller bruk av visse tilbud vil være forskjellsbehandling. Det betyr ikke nødvendigvis at det vil være ulovlig. Som det står i Dok.nr.16 (2011–2012), på side 142:

Forskjellsbehandling vil først utgjøre *diskriminering* dersom den mangler et saklig formål. Selv om forskjellsbehandlingen har et saklig formål, kan den være diskriminerende dersom det ikke foreligger rimelig forholdsmessighet mellom det mål som søkes oppnådd og det tiltaket som settes i verk.

Spørsmålet er om krav til vaksinasjonsstatus for inngang på arrangementer eller for bruk av visse tjenester eller tilbud (1) har et saklig formål og (2) om det er forholdsmessig, jf. Grunnlovens § 98.

Diskrimineringsgrunnlag

Det må først vurderes om det er saklig å forskjellsbehandle på bakgrunn av status som uvaksinert.

EMK og SP inneholder en ikke-uttømmende liste av diskrimineringsgrunnlag. Grunnloven har ikke noen tilsvarende liste. Utgangspunktet er at for at forskjellsbehandling skal kunne utgjøre diskriminering, må forskjellsbehandlingen ha sammenheng med et kjennetegn ved en person, alternativt et kjennetegn ved noen som denne personen assosieres med (Dok.nr. 16, s. 142). Det er altså tale om forbud mot forskjellsbehandling på bakgrunn av forhold eller egenskaper ved en person. I diskrimineringsloven § 6 er forskjellsbehandling på grunnlag av "kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjoner av disse grunnlagene" forbudt. Vaksinasjonsstatus omfattes ikke direkte av noen av disse nevnte diskrimineringsgrunnlagene.

Grunnlovens § 98 tolkes i lys av de konvensjonsartiklene som har tjent som inspirasjon for grunnlovsbestemmelsene (Rt-2015- 93). Praksis fra EMD knyttet til diskrimineringsgrunnlaget "other status" kan her være relevant. I tilknytning til diskrimineringsforbudet "other status" har EMD tolket dette relativt vidt: "Other status" er ikke begrenset til iboende eller medfødte personlige egenskaper (Kiyutin v. Russia, 2011, § 56; Clift v. the United Kingdom, 2010, § 56).

Når det gjelder helse, er genetiske egenskaper, funksjonshemning og medisinsk diagnose i utgangspunktet omfattet av "other status." Ved forskjellsbehandling av personer med *smittsomme sykdommer*, har EMD vurdert at forskjellsbehandling på bakgrunn av HIV-infeksjon, kan omfattes – enten som funksjonshemning eller en form for dette – av begrepet «other status" (Kiyutin v. Russland, 2011, § 57). EMD har i den forbindelse vektlagt at mennesker som lever med HIV er en sårbar gruppe grunnet fordommer og stigmatisering i samfunnet. Følgelig bør statene bare gis en smal vurderingsmargin når de velger tiltak som skiller ut denne gruppen for forskjellsbehandling på grunnlag av HIV-infeksjon (Kiyutin v. Russland, 2011, § 64; I.B. v. Hellas, 2013, § 81).

Det er vesentlige forskjeller mellom forskjellsbehandling av vaksinasjonsstatus for covid-19 og HIV-smittede. HIV-infeksjon er varig knyttet til en person. Status som uvaksinert kan endres: alle har tilbud om vaksine i Norge, det er

gratis og lett tilgjengelig. Personer som er uvaksinert, er ikke på samme måte utsatt for vedvarende stigmatisering i samfunnet som personer smittet av HIV. Vaksinasjonsstatus er ingen egenskap ved en person, eller en varig tilstand eller karakteristikk. Med unntak av de som grunnet sin helsetilstand ikke kan vaksinere seg, kan man enkelt gå fra å være uvaksinert til vaksinert.

Samlet sett oppfatter Helsedirektoratet at vaksinasjonsstatus ikke å være omfattet av begrepet "other status" etter EMK, og at det vil kunne anses som et saklig grunnlag for forskjellsbehandling etter Grunnloven § 98 og EMK.

Forholdsmessighetsvurdering av forskjellsbehandling mellom vaksinerte og uvaksinerte som grunnlag for bruk av visse tilbud eller for inngang til eksempelvis arrangementer

Videre må det være rimelig forholdsmessighet mellom det mål som søkes oppnådd ved å forskjellsbehandle mellom vaksinerte og uvaksinerte som grunnlag for inngang til arrangementer eller bruk av visse tjenester. I diskrimineringsloven er det formulert tre vilkår for at forskjellsbehandling skal være tillatt: den må ha et saklig formål, det må være nødvendig for å oppnå formålet, og det kan ikke være uforholdsmessig inngripende overfor den eller de som forskjellsbehandles jf. § 9 bokstav a-c.

Formålet som søkes oppnådd her vil være å kunne lette tidligere på nasjonale smitteverntiltak ovenfor de som er vaksinert. Dette skal veies opp mot ulempen det vil være for den enkelte dersom noen ikke kan få inngang til arrangementer, eller benytte seg av visse tilbud/tjenester fordi de ikke er vaksinert. Noen av disse vil selv ha valgt å ikke vaksinere seg grunnet frykt, eller politisk eller filosofisk oppfatning, mens andre ikke kan velge å vaksinere seg grunnet sin helsetilstand.

Det er grunnleggende i Norge at vaksinasjon er frivillig. Det gjelder også vaksinasjon mot covid-19. Frivilligheten rundt vaksinasjon har vært trukket frem som en suksessfaktor for den svært gode vaksinasjonsdekningen Norge har, både for vaksinasjon mot covid-19 og de vanlige vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet. Prop. 203 LS (2020-2021) understreker at det er et tungtveiende hensyn at bruk av koronasertifikatet ikke skal bidra til et press for å la seg vaksinere. Dersom testing ikke skal være et alternativ til vaksinasjon, vil personer som hittil ikke har latt seg vaksinere kunne føle et press som kan oppleves inngripende for den enkelte, selv om det er godt dokumentert at vaksinene er trygge. Dette vaksinasjonspresset den enkelte kan oppleve skal så avveies mot de fordeler bruk av koronasertifikat vil ha for samfunnet som helhet. På dette tidspunktet i pandemien er det klart at uvaksinerte står for den største byrden for sykehusene (se over). Opprettholdelse av tilbud i helsetjenesten er en sentral del av begrunnelsen for nasjonale smitteverntiltak i samfunnet. Det er i lys av dette ønskelig at så mange som mulig vaksinerer seg fordi det vil kunne medføre lettelser i tiltak for samfunnet som helhet.

Hvorvidt forskjellsbehandling av vaksinerte og uvaksinerte kan anses forholdsmessig vil i stor grad bero på hvilke aktiviteter og tilbud forskjellsbehandlingen vil gjelde for. Det er i denne sammenheng vesentlig å ikke ekskludere uvaksinerte fra tilbud og aktiviteter som uvaksinerte mer eller mindre ikke kan velge å la vær å delta på. Eksempelvis obligatorisk undervisning i skolen, eller eksklusjon fra elementære religiøse aktiviteter som inngang til kirke eller moske. I så fall ville forskjellsbehandlingen i større grad bære preg av indirekte, utilbørlig press til vaksinasjon. Når det gjelder deltakelse på de fleste arrangementer eller inngang på bar eller diskotek etter et visst tidspunkt stiller dette seg annerledes. Deltakelse i slike aktiviteter er frivillig, og en valgmulighet for den enkelte.

Personer som er vaksinert er i stor grad beskyttet mot alvorlig sykdom, og vaksinerte som blir smittet utgjør et mindretall av pasientene innlagt på sykehus og i intensivavdeling. Således utgjør covid-19-smitte en mindre direkte trussel for vaksinerte på individuelt nivå (selv om utbredt smitte i samfunnet også vil ramme vaksinerte indirekte). Nødvendigheten av strenge nasjonale smitteverntiltak ovenfor vaksinerte deler av befolkningen er dermed mindre. Dette kan tilsi at det vil være forholdsmessig å lempe nasjonale smitteverntiltak overfor den vaksinerte befolkningen, samtidig som samme smitteverntiltak opprettholdes for uvaksinerte.

Konklusjon: Differensiering på bakgrunn av vaksinasjonsstatus er, etter Helsedirektoratets oppfatning, ikke i strid med Grunnloven § 98, forutsatt at slik differensiering knyttes til arrangementer/tjenester/tilbud som etter sin art er

frivillig å delta på. Det er etter Helsedirektoratets oppfatning heller ikke i strid med bindende menneskerettighetskonvensjoner, herunder EMK og SP.

Personvern og helseopplysninger: hvem skal kontrollere koronasertifikatet?

Dersom smitteverntiltakene differensierer mellom vaksinerte og uvaksinerte, vil virksomheten eller arrangøren pålegges å ikke slippe til uvaksinerte, eller ikke la uvaksinerte gjøre enkelte ting (f. eks drikke alkohol etter et visst tidspunkt). Ved innføring av differensiering mellom vaksinerte og uvaksinerte vil det aktuelle være å innføre bestemmelser som gir arrangør, serveringssteder eller andre virksomheter grunnlag for å kontrollere koronasertifikat.

Vaksinasjonsstatus er en helseopplysning og er en særlig kategori personopplysning. Helseopplysninger er underlagt taushetsplikt med mindre det foreligger samtykke fra den som personopplysningene knytter seg til. Fremvisning må derfor være frivillig. Det bør ikke kunne kreves koronasertifikat for tjenester eller tilbud personer som ikke er frivillig å benytte seg av. Så lenge tilbudet etter sin art er frivillig, vil det ikke være noe til hinder for at den enkelte samtykker til at virksomhet eller arrangør kontrollerer vaksinasjonsstatus ved koronasertifikat.

C. Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak

Hurtigtester og selvtester har medført at testing kan utføres uten at det belaster laboratoriekapasiteten eller krever helsepersonellressurser til å utføre testingen. Selvtester kan ved en enkel brukerveiledning utføres av de aller fleste over 10-12 år. Det har derfor åpnet for muligheter til å benytte testing for andre formål enn til klinisk og diagnostisk testing, og vi har allerede erfaring med å benytte testing som alternativ til andre smitteverntiltak som er mer inngripende både for den enkelte og for samfunnet.

FHI skriver i sitt utkast til underlag:

"Effektive teststrategier der de som tester positivt selvisolerer seg er, sammen med vaksinerings, sannsynligvis blant de mest effektive og målrettede tiltakene vi kan gjennomføre som har begrenset virkning på samfunnet. Samtidig som målrettet testing har en svært høy smittevernmessig effekt, kan også effektive teststrategier benyttes som erstatning for mer inngripende tiltak på flere områder, inkludert tiltak som rammer barn og unge."

FHI skriver videre at testing kan brukes som strategi for raskest mulig å avslutte inngripende tiltak for barn og unge, åpne for fysisk undervisning på universiteter og høyskoler og bidra til en tidligere og mer kontrollert gjenåpning av samfunnet. Dette kan oppnås ved å bruke jevnlig testing, erstatte karantene med test og bruke adgangstesting med eller uten koronasertifikat.

En forutsetning for at testing kan erstatte andre smitteverntiltak, er det er tilstrekkelig og stabil tilgang på selvtester evt. hurtigtester for bruk av profesjonelle. Testene bør være lett tilgjengelig, og det må være god informasjon til befolkningen om hvor man får tak i tester og hvordan disse skal brukes. En vurdering av hvordan økt bruk av testing vil påvirke testkapasiteten er gjort i oppdrag 580. Det er gjort anskaffelser på store volumer selvtester/hurtigtester som vil ankomme de nærmeste ukene og Helsedirektoratet vurderer at det vil være tilstrekkelig med tester til å bruke tester i mer utstrakt bruk enn det i dag gjøres.

For en mer utdypende vurdering av andre forhold som kan påvirke effekten av å erstatte smitteverntiltak med testing både når det gjelder etterlevelse av tiltakene og andre forhold som kan påvirke testkapasiteten, vises til oppdrag 580.

D. Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak

Helsedirektoratet og FHI har i denne besvarelsen vurdert at gjeldende nasjonale tiltak med enkelte justeringer bør videreføres. Vi vurderer derved at det ikke ligger til rette for å innføre nasjonale lettelsers med regionale innstramninger i den situasjonen vi er i nå.

Dersom regjeringen vurderer situasjonen slik at de likevel ønsker å gjøre lettelsers på nåværende tiltaksnivå, kan gjeldende anbefalinger og forskrifter brukes som utgangspunkt for regionale tiltak der smittesituasjonen tilsier at det er nødvendig.

Helsedirektoratets konklusjon

Helsedirektoratets vurderinger i denne besvarelsen bygger på foreløpige vurderinger fra FHI der FHI beskriver stor usikkerhet rundt hvordan omikronvarianten vil spre seg og hvilken sykdomsbyrde den vil gi. FHI varsler likevel en smittespredning som langt overskrider det vi har sett tidligere i pandemien. Det kan være nødvendig å gjøre nye vurderinger når FHI har oppdatert sine risikovurderinger.

Situasjonen i kommunene er fortsatt svært utfordrende, og antallet kommuner som melder at de har en utfordrende eller kritisk vanskelig tilgang til personell og kritisk kompetanse har økt. Det er videre utfordrende drift ved flere av helseforetakene i alle helseregioner, noe som skyldes generelt høyt pasientbelegg ved avdelingene kombinert med høyt sykefravær blant ansatte og mangel på kvalifisert personell. En rekke helseforetak har iverksatt tiltak for å sikre forsvarlig drift inkludert å redusere planlagt virksomhet.

Helsedirektoratet og FHI drøfter i besvarelsen forskjellige handlingsalternativer for å møte den forventete omikronbølgen der nasjonale tiltak kan trappes ned, videreføres eventuelt med justeringer eller trappes opp. Forslag til justering av tiltaksnivå med forbehold om at utviklingen i situasjonen frem til beslutning ikke endres vesentlig, er vedlagt.

Når det gjelder smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte, drøftes dette i del B av besvarelsen. Uvaksinerte utgjør hovedtyngden av covid-19-pasienter innlagt på sykehus og i intensivavdeling. Tiltak rettet mot uvaksinerte vil ha begrenset effekt på *smittespredning*, men kan redusere deres risiko for *alvorlig sykdom*, og dermed redusere totalbelastningen på helsetjenesten og tiltaksbehovet i befolkningen. På sikt kan det bli aktuelt å lette på tiltakene for den generelle befolkningen og opprettholde egne anbefalinger og eventuelt påbud for uvaksinerte. Det beskrives også mulige innretninger for innenlands bruk av koronasertifikat i besvarelsen.

Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak drøftes kort i denne besvarelsen, men mer utdypende i oppdrag 580.

Fordi både Helsedirektoratet og FHI anbefaler en videreføring av gjeldende nasjonale tiltak med enkelte justeringer, anbefales ikke regionale tiltakspakker i denne besvarelsen.

Vedlegg

FHI sitt underlag til oppdrag 590

FHI sitt underlag til oppdrag 599

Innspill fra Udir

Innspill fra Bufdir

COVID-19

Oppdrag fra HOD nr. 590 om helhetlig vurdering av situasjonen og vurdering av behov for justering i nasjonale smitteverntiltak

7. Januar 2021



Oppdragstekst:

Helse- og omsorgsdepartementet viser til regjeringens strategi og beredskapsplan for håndtering av covid-19 pandemien og til oppdrag 552, 568, 569 og 576. Den 8. desember ble det innført en rekke nasjonale smitteverntiltak og det ble gjort ytterligere innstramminger i smitteverntiltakene i uke 50. Det er kommunisert at tiltakene skal vare i fire uker, men vurderes på nytt etter to uker. Det skal gjøres en vurdering av status for utviklingen og en vurdering av tiltaksnivået over nyttår, og derfor gis Helsedirektoratet i samarbeid med Folkehelseinstituttet følgende oppdrag.

A. Situasjonsforståelse og vurdering av smitteverntiltak

[A.i.] Vi ber Helsedirektoratet, i samråd med FHI, om en oppdatert beskrivelse av situasjonen og **[A.ii.]** basert på denne vurdere om det er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstår som tjenlig etter en helhetsvurdering å justere de nasjonale smitteverntiltakene, jf. smittevernloven § 1-5. Dette må vurderes i lys av utbredelsen av omikron i Norge og ny kunnskap om denne, men også den generelle smittesituasjonen i samfunnet, vaksinasjonsdekning og belastning på helse- og omsorgstjenesten, samt andre samfunnskritiske funksjoner.

Dersom helhetsvurderingen tilsier behov for justering i de nasjonale smitteverntiltakene, herunder lettelse eller forsterking av eksisterende tiltak, og ev. ytterligere tiltak, ber vi om konkrete forslag til endringer i de gjeldende tiltakene. Ved vurderingen av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv, jf. regjeringens strategi.

B. Særskilt vurdering av smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat

Vi ber også om en vurdering av om det bør innføres tiltak som særskilt reduserer risikoen for smittespredning, mer alvorlig covid-19 sykdom og sykehusinnleggelse blant uvaksinerte, herunder om det bør iverksettes smitteverntiltak (anbefalinger eller forskriftsfestede påbud) som bare gjelder uvaksinerte, om uvaksinerte ikke bør ta del i enkelte aktiviteter og om koronasertifikat bør tas i bruk som dokumentasjon i den forbindelse. Vurderingen skal baseres på gjeldende lovhjemmel.

Vi ber etatene om å vurdere eventuelle justeringer eller oppdateringer av svar på oppdrag 554 del 1 om bruk av koronasertifikat som et forebyggende smitteverntiltak, gitt utviklingen og erfaringer siden leveranse 22. november 2021.

C. Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak

Det bes videre om en vurdering av om det kan gjøres justeringer i test-systemet for å legge til rette for lettelse i smitteverntiltak, dersom test-kapasiteten tilsier at det er mulighet for det.

D. Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak

Dersom helhetsvurderingen tilsier behov for lettelse i de nasjonale smitteverntiltakene, bes det om en særskilt vurdering av om det enkelte steder bør innføres strengere smitteverntiltak regionalt enn det som bør gjelde nasjonalt.

Vurderingene som gjøres i svar på dette oppdraget må ses i sammenheng med svar på oppdrag 580 om ny vurdering av TISK-strategien og oppdrag 577 om vurdering av innreisetiltak.

Dersom det foreslås tiltak som krever endringer i regelverket, bes det om et utkast til forskriftsendringer.

Frist for oppdrag: fredag 7. januar 2022 kl. 12:00, eller tidligere dersom situasjonen tilsier det.

Vi ber om kontaktperson for oppdraget inngår i svaret.

Kontaktpersoner i HOD:

Tone Brox Eilertsen (tbe@hod.dep.no)

Sandra Gjernes (sandra-larudottir.gjernes@hod.dep.no)

Vegard Pettersen (vp@hod.dep.no)

Kjetil Jonsbu (kjo@hod.dep.no)

Oppsummering

I henhold til situasjonsforståelsen gjengitt i **del A.i** presenterer **del A.ii** vurderinger av mulige retningsvalg, prioriteringer ved valg av justeringer i tiltak og konkrete forslag til justeringer som ansees som forholdsmessige. Tiltaksjusteringene som anbefales i A.ii. gjelder for hele befolkningen, uavhengig av vaksine- eller immunitets-status. **Del B** drøfter fordeler og ulemper av tiltak rettet mot uvaksinerte. På sikt kan det bli aktuelt å lette på tiltakene for den generelle befolkningen, og opprettholde egne anbefalinger for de uvaksinerte. En slik differensiering vil både medføre administrative utfordringer og etiske problemstillinger. **Del C** drøfter testing som et alternativt tiltak. Testing er viktig for å bremse smitte i samfunnet og kan erstatte mer inngripende tiltak, men forutsetter god testkapasitet. Bruk av testing som alternativ beskrives ytterligere i oppdrag **580**. I **del D** drøftes regionale tiltak, og det vurderes ikke som aktuelt å innføre nasjonale lettelsener og regionale innstramminger av de kontaktreduserende tiltakene – isteden foreslås nasjonale justeringer av nåværende tiltak. Kontaktreduserende tiltak og anbefalinger om testregimer rettet mot skoler og barnehager drøftes separat, i et samlet svar på tilleggsoppdrag til **590** og oppdrag **599**. Det totale tiltakstrykket må sees i sammenheng med innreisetiltak, drøftet i oppdrag **577**.

A.i Situasjonsforståelse

- Omikronvarianten har større smitteevne og er nå dominerende i Norge. Dette vil sannsynligvis bidra til en betydelig smittebølge i januar og februar. Størrelsen av en slik bølge avhenger av vaksineeffekt, vaksineoppslutning og effekt av smitteverntiltak og befolkningens etterlevelse.
- Konsekvensene avhenger av variantens virulens og vaksinebeskyttelse mot alvorlig sykdom. Spørsmålet er om sykdomsalvorligheten er så lav at den veier opp for den økte spredningsevnen slik at den samlede sykdomsbyrden blir mindre med omikronvarianten. Det kommer stadig ny informasjon både fra situasjonen i Norge og fra andre land som bidrar til å få mer kunnskap om dette.
- En omikrondevet bølge kan gi økt belastning på landets helsetjenester og gå utover andre samfunnssektorer, noe som igjen kan gi behov for å revurdere utformingen av dagens TISK system.
- Vi anbefaler å oppdatere situasjonsforståelsen nærmere opp til beslutning om justering av tiltakene.
- På bakgrunn av blant annet erfaringer fra andre land, oppdatert kunnskap, ny risikovurdering og modellering kan vi med dagens tiltaksnivå forvente en fortsatt økning i smitte samt økning i innleggelseser. Antallet som vil ha behov for intensivbehandling og respiratorbehandling vil trolig bli lavere enn først forventet. Gitt ny kunnskap om redusert risiko for alvorlig sykdom og behov for respiratorbehandling med omikron, vurderer vi at det ikke er grunnlag for ytterligere innstramminger, men utviklingen må følges nøye de nærmeste ukene.
- Vi foreslår en del justeringer som vi vurderer at bedre reflekterer dagens situasjon og oppdaterte risikobilde. Hvilke justeringer som skal besluttes er avhengig av hvilken risiko beslutningstakerne ønsker å ta i dagens situasjon der det fortsatt er usikkerhet om videre utvikling og tiltaksbyrden er stor. Vi anbefaler å gjøre en ny vurdering av tiltakene i begynnelsen av februar, eller før hvis situasjonen tilsier det. Dette avhenger av utviklingen den kommende tiden og evt. ny kunnskap som tilsier behov for endring av tiltakene.

A.ii Konkrete forslag til endringer i de gjeldende tiltakene.

- Se vedlegg A.2 for konkrete forslag til justeringer i de gjeldende tiltakene, samt nytte-kost-vurderinger. Forslag til justeringer legges frem med forbehold om at utviklingen i situasjonen frem til beslutning ikke endres vesentlig.

B. Smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat

- Med økende kunnskap om at vaksinene beskytter dårligere mot smittespredning med omikronvarianten, har det i mindre grad noe for seg å skille mellom uvaksinerte og vaksinerte for å begrense smittespredningen i befolkningen. Tiltak rettet mot uvaksinerte er derfor først og fremst aktuelt for å redusere de uvaksinertes individuelle risiko for alvorlig sykdom og dermed sykehusinnleggelseser.
- Med dagens strenge tiltaksnivå reduserer vi risiko for både vaksinerte og uvaksinerte. Når det lettes på tiltak i samfunnet er det aktuelt med egne anbefalinger eller tiltak rettet mot uvaksinerte, for å redusere deres

risiko for alvorlig sykdom. Å begrense uvaksinertes mulighet til å delta i aktiviteter og tilbud kan utfordre frivillighetsprinsippet for vaksinasjon.

- Dersom de uvaksinerte skal anbefales å ikke ta del i aktiviteter, eller tilgangen til enkelte aktiviteter for uvaksinerte skal reguleres, må både smitterisikoen ved å delta og gjennomførbarheten av å begrense tilgangen vurderes. Det er mest aktuelt i enkelte aktiviteter/situasjoner med høyest risiko for massesmittehendelser.
- Bruk av koronasertifikat som ledd i smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte:
 - Smittespredning:
 - Koronasertifikat vil være lite effektivt for å redusere smittespredning i og med at også vaksinerte kan bli smittet og smitte videre.
 - Det er mulig å avgrense gyldig koronasertifikat til de som har gjennomgått covid-19 eller oppfyller vaksinasjonskrav, og i tillegg stille et krav om nylig negativ test (tilsvarende Tysklands "2G+ løøsning"), for å øke koronasertifikatets effekt på å hindre smittespredning.
 - Redusere individuell risiko for alvorlig covid-19 sykdom og sykehusinnleggelse:
 - Dersom uvaksinerte ikke tar del i aktiviteter som er forbundet med høy smitterisiko vil sannsynligheten for at de smittes og blir alvorlig syke reduseres.
 - Koronasertifikat som er gyldig kun for de som oppfyller vaksinasjonskrav eller er naturlig immune etter tidligere gjennomgått covid-19 kan brukes til å regulere uvaksinertes tilgang til slike aktiviteter. Det vil kunne redusere deres risiko for sykdom samtidig som vaksinerte og naturlig immune (i perioden de har gyldig koronasertifikat) får en lettelse i tiltak ved at aktivitetene åpnes for dem.
 - Økt vaksinasjonsdekning:
 - Bruk av koronasertifikat kan se ut til å øke oppslutningen om vaksinasjon. Det er derimot et viktig prinsipp i Norge at vaksinasjon skal være frivillig, og bruk av koronasertifikat bør ikke ha som formål å motivere innbyggere til å vaksinere seg da dette kan utfordre opplevelsen av frivillighet.
 - EU har varslet begrensning i gyldigheten for fullvaksinasjon i koronasertifikatet til 270 dager fra 1. februar 2022. Departementet må vurdere om de anser det mulig å ha egne regler for nasjonal bruk av et koronasertifikat. Dersom Departementet f.eks. skulle ønske å ha lengre varighet enn 270 dager på et vaksinasjonssertifikat, må det vurderes opp mot EU-regelverket og diskriminering av EU- og tredjelandsborgere. Dersom koronasertifikatet tas i bruk innenfor rammene gitt av EU vil flere grupper ha ugyldig koronasertifikat (og nektes adgang sammen med uvaksinerte), selv om de anses som godt beskyttet mot alvorlig sykdom. Dette vil bla. gjelde fullvaksinerte som har gjennomgått covid-19 og fulgt anbefalingen om å ikke ta oppfriskningsdose. Det kan føre til at de føler seg tvunget til å ta en "unødvendig" oppfriskningsdose. Den samme opplevelsen av tvunget oppfriskningsvaksinering vil kunne oppleves av mange andre, og særlig unge voksne. På bakgrunn av dette vil FHI ikke anbefale bruk av koronasertifikat innenlands innenfor rammene gitt av EU.
- Bruk av koronasertifikat som forebyggende smitteverntiltak:
 - FHI vurderer at preventiv bruk av koronasertifikat i liten eller ingen grad vil kunne hindre en generell smitteøkning og eventuelt forhindre nedstengninger i fremtiden.
 - Preventiv bruk i samfunnet kan muligens føre til at flere velger å ta vaksinen.
 - Preventiv bruk vil kunne beskytte den enkelte uvaksinerte mot smitte ved å hindre dem i å møte smittsomme personer, og dermed beskytte dem mot alvorlig sykdom. De vil imidlertid kunne smittes andre steder i samfunnet.

C. Testing som alternativ til smitteverntiltak

- Det vises til blant annet oppdrag 580 og 576 for detaljert bakgrunn.
- Testing er en grunnpilar i TISK-strategien, og har vært viktig gjennom pandemien. Testing er viktig for å bremse smitte i samfunnet og kan erstatte mer inngripende tiltak.
- Teststrategier for å holde samfunnet mer åpent og redusere tiltaksbyrden har blitt beskrevet i flere tidligere oppdrag (senest i oppdrag 576 og 580). Både i Norge og i andre land finnes det nå god erfaring og dokumentert effekt med forskjellige teststrategier som alternativ til smitteverntiltak, deriblant jevnlig

testing og testing som alternativ til karantene. FHI anbefaler at disse strategiene tas i bruk og at tilstrekkelig testkapasitet for disse formål sikres.

- Det avgjørende for slike strategier, er god testkapasitet, både med tanke på *klinisk testing, smitteverntesting og testing til overvåkningsformål*. I oppdrag 580 er mulighetene for utviding av testkapasiteten beskrevet.

D. Behov for regionale tiltak

- Ut ifra dagens smittesituasjon vurderes det ikke som aktuelt å innføre nasjonale lettelser med regionale innstramminger av de generelle kontaktreducerende tiltakene. Justeringene vi anbefaler i del A.ii er marginale, og FHIs vurdering er at det derfor ikke er hensiktsmessig at regjeringen beslutter ytterligere regionale innstramminger. Kommunene har fortsatt mulighet til å innføre lokale tiltak tilpasset smittesituasjonen, og FHI bistår med løpende rådgivning. Omikronvariantens smittsomhet og spredningsevne gjør at det er mindre relevant med geografisk differensierte tiltak for å hindre spredning.

Folkehelseinstituttets vurdering

Innhold:

Del A.i Situasjonsbeskrivelse. Side 6

Del A.ii Konkrete forslag til endringer i de gjeldende tiltakene.. Side 8

Del B Særskilt vurdering av tiltak mot uvaksinerte og koronasertifikat. Side 16

Del C Særskilt vurdering av testing som alternativ. Side 26

Del D Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak. Side 30

Oversikt over vedlegg:

Vedlegg A.2 Vurdering ved justering av nasjonale tiltak

Vedlegg A.3 Opplevd tiltaksbyrde, FHUS DEC2021

Vedlegg B.1 Deskriptiv statistikk av vaksinerte vs. uvaksinerte

Vedlegg B.2 Utdypende bakgrunnsinformasjon vedr bruk av koronasertifikat

Vedlegg B.3 Innenlands bruk av koronasertifikat - praksis i andre EU/EØS-land

Folkelseinstituttets vurdering del A.i

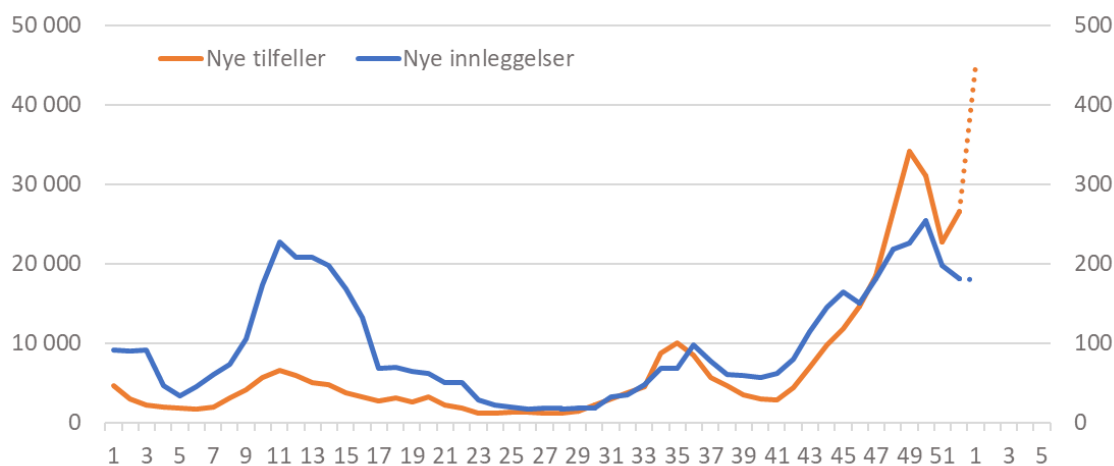
Oppdrag: Vi ber Helsedirektoratet, i samråd med FHI, om en oppdatert beskrivelse av situasjonen[.]

A.i Situasjonsforståelse

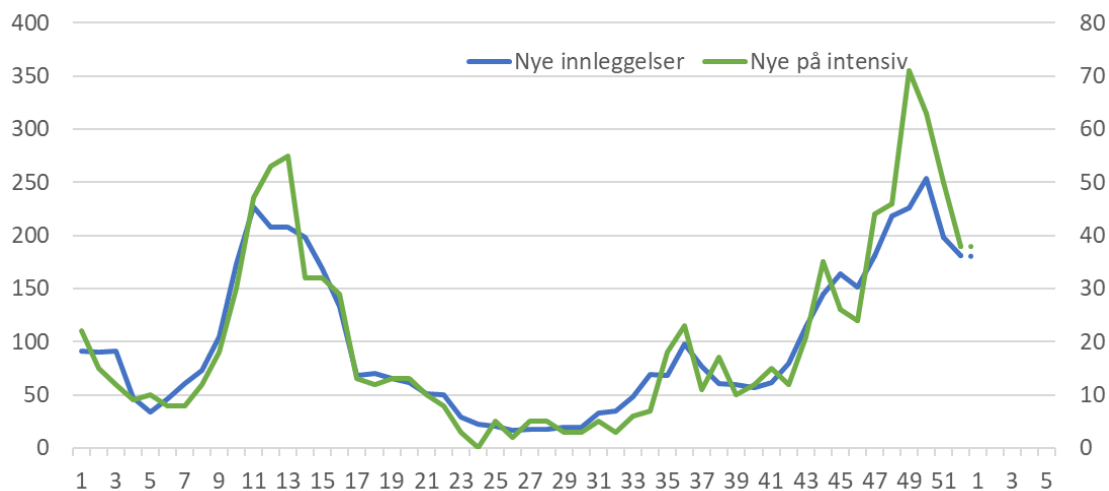
Vi viser til rapporten *Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge* av 10. januar for en utførlig situasjonsbeskrivelse og risikovurdering. Her inkluderes noen hovedpunkter.

Situasjonsforståelse

Antallet nye diagnostiserte tilfeller har økt raskt fra i underkant av tre tusen i uke 41 til over tretti tusen i uke 49 og 50, men sank så i uke 51 og 52, men ventes å bli over førti tusen i uke 1 jf. **figur 1**. Antallet registrerte tilfeller er nå en mindre pålitelig indikator ettersom selvtester er i utstrakt bruk og noen med positiv selvtest ikke får denne bekreftet. Antall som legges inn med covid-19 som hovedårsak var under 100 per uke fra april til oktober, økte så til en foreløpig topp på 254 i uke 50, men har siden falt. Antallet nye overføringer til intensivavdeling per uke har fulgt antallet innleggelser nokså tett med forholdstallet 1:5, jf. **figur 2**.



Figur 1. Ukentlig antall diagnostiserte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og sykehusinnleggelse for covid-19 i 2021 og uke 1 2022. Merk at tallene for uke 1 er anslag basert på ukas fire første dager. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister



Figur 2 Ukentlig antall innleggelser for covid-19 og overføringer til intensivavdelinger av SARS-CoV-2-smittede i 2021 og uke 1 2022. Merk at tallene for uke 1 er anslag basert på ukas fire første dager. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister.

Vi ser nå et betydelig og økende sprik mellom antallet påviste tilfeller per uke og antallet nye innleggelser, intensivoverføringer og dødsfall samme uke. Dersom dette spriket fortsetter, kan det indikere en betydelig lavere sykdomsalvorlighet med omikronvarianten.

De fleste innlagte de siste ukene er voksne over 45 år. Det er veldig få barn og unge som trenger sykehusinnleggelse for covid-19. Over halvparten av dem som nå legges inn i sykehus, er uvaksinerte. Den 6. januar lå det på norske sykehus 295 pasienter med positiv SARS-CoV-2-test hvorav 91 lå på intensivavdeling, og av dem trengte 66 pasienter kunstig respirasjonsstøtte. Tallene har gått noe ned de siste par ukene. Tallene inkluderer pasienter som var lagt inn på sykehus av andre grunner, men som var smittet med SARS-CoV-2.

Vaksinasjonsdekningen er høy og høyest i de eldste aldersgruppene der vaksinasjon er viktigst, se **tabell 3**. Det er om lag 314 tusen voksne som ennå ikke har startet vaksinasjon. Rundt 30 tusen av dem har allikevel nokså god beskyttelse fordi de tidligere har gjennomgått infeksjon. Det er i tillegg om lag 140 tusen som har tatt bare første dose. Blant personer som er 65 år eller eldre har 89 % fått tredje dose.

Til og med 6. januar	Andel med første dose	Antall uvaksinerte	Andel med andre dose	Antall som har fått bare én dose	Andel med tredje dose	Antall som har fått bare to doser
Hele befolkningen	80 %	1 101 tusen	73 %	356 tusen		
12 – 15 år	78 %	56 tusen				
16 – 17 år	96 %	5 tusen	82 %	18 tusen		
18 år og mer	93 %	314 tusen	89 %	140 tusen		
18 – 44 år	89 %	212 tusen	83 %	109 tusen		
45 år og mer	96 %	102 tusen	94 %	32 tusen	66 %	671 tusen
45 – 64 år	94 %	79 tusen	92 %	29 tusen	50 %	593 tusen
65 år og mer	98 %	24 tusen	97 %	3 tusen	89 %	78 tusen

Figur 3 Vaksinasjonsdekning av hver dose samt antall som ennå ikke har fått dose 1, 2 eller 3 per 6. januar 2022. Kilde: Sysvak.

Influensa: Det er foreløpig svært begrenset innenlands smitte av influensa og betydelig mindre enn normalt for årstida.

Risikovurdering

- I løpet av de siste par ukene har omikronvarianten blitt dominerende variant i Norge, og deltavarianten blir skjøvet ut.
- Det er fortsatt usikkert hvordan en omikrondrevet epidemi vil forløpe gjennom vinteren og hvilken sykdomsbyrde og belastning på helsetjenesten og samfunnet den vil gi. Risikoen og sykdomsbyrden avhenger av kombinasjonen av spredningsevne og sykdomsalvorlighet.
- Omikronvarianten har betydelig større spredningsevne enn deltavarianten, hovedsakelig som følge av immunevasjon, altså dårlig vaksinebeskyttelse mot smitte. Dermed kan mange flere bli smittet og føre smitten videre
- Dersom det viser seg at omikronvarianten virkelig har kortere latenstid (og dermed kortere generasjonstid), kan epidemien spres raskere, og smittesporing blir mindre effektivt i å bremse epidemien.
- Omikronvarianten ser ut til å gi betydelig mindre alvorlig sykdom enn deltavarianten i alle aldersgrupper, trolig som følge av variantens lavere iboende virulens. Det innebærer at en betydelig større smittespredning i samfunnet ikke nødvendigvis vil gi et uholdbart antall innleggelses i sykehus og særlig ikke i intensivavdelinger.
- Vaksinasjon beskytter meget godt mot alvorlig sykdom også av omikronvarianten. Dermed kan færre av de smittede bli alvorlig syke.
- Omikronvarianten vil gi en betydelig bølge av epidemien i januar og februar fordi varianten har en større spredningsevne. Størrelsen og konsekvensene av denne bølgen er usikre. Størrelsen vil avhenge av variantens spredningsevne, vaksinasjonsoppslutning og vaksineeffekt, effekt av smitteverntiltak og effekt av befolkningens egenvalgte atferdsendringer. Konsekvensene er avhengig av variantens virulens og vaksinebeskyttelse mot alvorlig sykdom. Spørsmålet er om sykdomsalvorligheten er så lav at den veier opp for den økte spredningsevnen slik at den samlede sykdomsbyrden og sykehusbelastningen blir mindre med omikronvarianten.
- En omikrondrevet bølge kan gi økt belastning på fastlegene, hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og sykehusene, men også på resten av samfunnet ved at mange flere må være borte fra arbeidet på grunn av isolering eller karantene. Dette vil også ramme utdanningssektoren, næringslivet og viktige samfunnsfunksjoner.
- Det kan være at influensaepidemien uteblir denne vinteren også.

Folkehelseinstituttets vurdering del A.ii

Oppdrag: [A.i] Vi ber Helsedirektoratet, i samråd med FHI, om en oppdatert beskrivelse av situasjonen og [A.ii] basert på denne vurdere om det er medisinskfaglig begrunnet, nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstår som tjenlig etter en helhetsvurdering å justere de nasjonale smitteverntiltakene, jf. smittevernloven § 1-5. Dette må vurderes i lys av utbredelsen av omikron i Norge og ny kunnskap om denne, men også den generelle smittesituasjonen i samfunnet, vaksinasjonsdekning og belastning på helse- og omsorgstjenesten, samt andre samfunnskritiske funksjoner.

Dersom helhetsvurderingen tilsier behov for justering i de nasjonale smitteverntiltakene, herunder lettelser eller forsterking av eksisterende tiltak, og ev. ytterligere tiltak, ber vi om konkrete forslag til endringer i de gjeldende tiltakene. Ved vurderingen av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv, jf. regjeringens strategi.

A.ii Konkrete forslag til endringer i de gjeldende tiltakene.

Oppsummering

Det vil trolig innebære noe økning i smitterisiko å justere de nåværende smitteverntiltakene. Vi foreslår likevel justeringer som vi vurderer gir en risikoøkning vi kan tåle, fordi den lavere tiltaksbyrden ved disse justeringene innebærer en samfunnsgevinst. Tiltakene burde justeres for å være bedre tilpasset aktiviteten etter ferien. Tiltakene innført 15.12 var ment for en eskalerende situasjon og potensielt stor alvorlighet i en tid med mange sosiale samlinger som juleavslutning, julebord og juleselskaper. Kontakthypptigheten og mobiliteten i befolkningen er annerledes i januar sammenlignet med julehøytiden.

Fordi totaleffekten av de samlede smitteverntiltakene, adferdsendringen i befolkningen, vaksineoppslutningen og virusets spredningspotensiale er usikker, er det ikke mulig å spesifikt angi de enkelte tiltakenes smitteverneffekt. Verken for de tiltakene som ble iverksatt 15.12 eller for endringene som foreslås her og i samtidige oppdrag, som 577 og 599.

Justeringene som legges frem kan rangeres etter hvilken smitterisiko det innebærer å iverksette den foreslåtte justeringen på en fire-trinns skala: Liten risiko, noe risiko, moderat risiko eller stor risiko. En slik rangering er ensidig fordi den ser bort i fra unngått tiltaksbyrde, men gjør det mulig å sammenligne de foreslåtte justeringene opp mot hverandre. Balansen mellom smitteverneffekt og tiltaksbyrde av enkelttiltakene drøftes i vedlegg A2. Vedlegget drøfter effekter av enkelttiltak, men det er den totale tiltaksbyrden og den samlede nytteeffekten av alle typer tiltak som er avgjørende for målet om å redusere smittespredningen til et tålbart nivå.

I beredskapssituasjoner med mye usikkerhet må det gis råd om tiltaksrespons selv om kunnskapsgrunnlaget, både om situasjonens alvorlighet og tiltakenes effekt, er begrenset og i utvikling. I de smittevernrelaterte rådene FHI gir i oppdragsbesvarelser forsøker vi å balansere forventet smitteverneffekt opp mot samfunnskostnader. Situasjonens alvorlighet er førende for hvor mye smitterisiko og usikkerhet om tiltakenes smitteverneffekt vi aksepterer. Det vil si at mindre inngripende tiltak (som kan innebære større risiko) er riktig å anbefale når utviklingen i situasjonen er mer oversiktlig. Utarbeidelsen av anbefalinger om tiltak er basert på erfaringer fra tidligere utbrudd, både nasjonalt og lokalt, den fagkunnskapen som til enhver tid er tilgjengelig både i Norge og internasjonalt, og en vurdering av smitterisiko ved ulike aktiviteter basert på kunnskap om smitemåter og adferd ved aktiviteten. Men det er den samlede effekten av *alle* tiltak som er avgjørende for å begrense smittespredning og sykdomsbyrde i befolkningen, og endelig beslutning om hvilke justeringer som skal iverksettes må derfor bero på en helhetsvurdering.

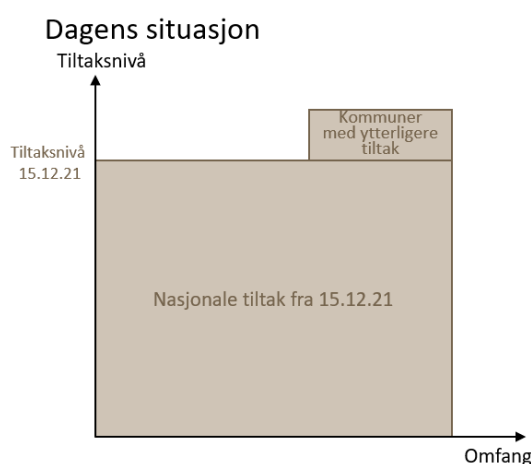
I henhold til risikovurderingen i del A.i anbefaler FHI at følgende justeringer vurderes, se utdrag av tabell fra vedlegg A.2. Merk at tiltak for skoler og barnehager vil bli behandlet i oppdrag 599.

<p>Forslag til nasjonale justeringer fra nåværende tiltaksnivå i rødt fra nasjonale råd og regler, regjeringen.no. Se vedlegg A.2 for vurderingene bak forslag til justeringer</p>	<p>Vurdering av økning i smitterisiko som følge av justeringen:</p>
<p>Private hjem og sosial kontakt Hold 1m avstand til andre enn de du bor med og tilsvarende nære. Unntak for barn i barnehager og barneskoler, og ved utøvelse av tjenester for barn og unge / sårbare grupper. Oppfordring om maks 10 gjester i tillegg til de du bor sammen med, maks 20 gjester en gang i løpet av jule- og nyttårsferien. Barn i barnehager og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort/klasse/avdeling selv om det overstiger anbefalt antall gjester. Personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp og uvaksinerte voksne bør skjerme seg, men ikke isolere seg. Det er viktig med noe sosial kontakt. Treff andre utendørs når det er mulig. Reduser antall nærkontakter, men ikke isoler deg.</p>	<p>Ingen risikøkning</p>
<p>Kollektivtransport/taxi Anbefales å unngå bruk av kollektivtrafikk for å komme seg til arrangement. Unngå bruk av kollektivtrafikk ved trengsel. Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. I taxi er det påbud om bruk av munnbind for både passasjer og sjåfør.</p>	<p>Ingen risikøkning</p>
<p>Restauranter, kafeer og uteliv Skjenkestopp etter klokken 22 [veiledende]** Serveringsstedet skal sørge for at alle kan holde 1m avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære. Serveringssteder skal ikke gjennomføre aktiviteter som normalt innebærer mindre avstand mellom gjestene enn 1m (f.eks dansing). Serveringsstedet skal sørge for smittevernet, men den enkelte må også passe på at de ikke er for mange. Krav om munnbind der det ikke er mulig å holde meteren, unntak mens man sitter ved bordet. Plikt til å registrere gjester som samtykker til det. **Forbehold om at det nasjonale/eller regionale smittetrykket de to første ukene av januar tilsier at justering er forholdsmessig.</p>	<p>Moderat risikøkning</p>
<p>Arrangementer Begrens sosiale sammenkomster og arrangementer du deltar på. Regler ved gjennomføring av arrangementer innendørs og utendørs: Skjenkestopp etter klokken 22 [veiledende]. Arrangør skal bl.a. sørge for at alle kan holde minst 1m avstand til andre som ikke er i samme husstand el tilsvarende nære. Private arrangementer/ sammenkomster på offentlig sted, leide/lånte lokaler: Innendørs: Maks 20 personer, maks 50 personer ved minnestund. Utendørs: Maks 50 personer. Munnbindpåbud. Offentlige arrangementer innendørs: Uten faste tilviste plasser: Maks 20 personer. Med faste tilviste plasser: Maks 50 personer. 50% kapasitet, men maksimalt 200 personer, forutsatt smittevernaglig forsvarlig drift. Munnbindpåbud for publikum. Offentlig arrangementer utendørs: Uten faste tilviste plasser: Maks 100 personer. Med faste tilviste plasser: maksimalt 200 personer x 3 600 personer, forutsatt smittevernaglig forsvarlig drift. Munnbind anbefales. Man kan vurdere å skille mellom type utendørs arrangementer, for eksempel tillate flere ved et mosjonsløp enn på konserter. Utendørs arrangementer tilknyttet kultur- og fritidsaktiviteter for barn og unge kan skje uten antallsbegrensning for deltagerne og med et nødvendig antall voksne, såfremt det ikke tilrettelegges for ansamlinger på publikumsområder (med mindre totalt antall til stede er under 100) og bruk av innendørs fasiliteter.</p>	<p>Noe risikøkning</p>
<p>Skoler, barnehager og SFO Viser til oppdrag 599 om innretning av trafikklysmodellen og veiledere om smittevern. Tilleggsoppdrag til oppdrag 590 om tiltaksnivå i skoler og barnehager og anbefalinger om testing besvares sammen med oppdrag 599</p>	<p>-</p>
<p>Idretts- og fritidsaktiviteter Bør gjennomføres utendørs så langt det er mulig for alle aldergrupper. Barn og unge under 20 år: - Barn til og med ungdomsskole: Utendørs anbefales gruppestørrelse etter nivå i trafikklysmodellen i skolen. Innendørs anbefales gruppestørrelse på maks 20 personer eller etter klasse/kohort. - For barn/unge som er ferdig med ungdomsskolen anbefales gruppestørrelse på maks 20 personer, og i tillegg bør denne aldersgruppen holde meteren også ved gjennomføring av fritidsaktiviteter. - Egne anbefalinger for idrettsarrangementer for barn og unge utendørs, se regjeringen.no/arrangementer. Innendørs: anbefalt gruppestørrelse på omtrent 20 personer eller etter klasse/kohort. Utendørs: ingen antallsbegrensninger utendørs.</p>	<p>Liten risikøkning</p>

<p>Anbefaling om avstand bør gjelde for barn og unge over barneskolealder dersom det ikke er til hinder for gjennomføring av aktiviteten.</p> <p>I perioder med rødt tiltaksnivå på skoler bør begrensning av organiserte fritidsaktiviteter også vurderes.</p> <p>Voksne over 20 år: Innendørs: Anbefales utsatt/avlyst. Anbefalt maks 10 personer og 1 m avstand. Ved intensiv trening bør det tilrettelegges for 2 m avstand. Utendørs: Anbefalt omtrent 20 personer og 1m avstand. <i>Alternativt utendørs:</i> Ingen antallsbegrensning. Anbefaling om avstand gjelder dersom det ikke er til hinder for gjennomføring av aktiviteten.</p> <p>Toppidrett kan gjennomføres tilnærmet som normalt innenfor rammen av de nye smitteverntiltakene.</p> <p>Treningsentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg og hotellbasseng Holdes kun åpent for: – Individuell trening, krav om 2 meter avstand ved høyintensiv trening. – Skolesvømming, svømmekurs, svømmetrening, konkurranse svømming med arrangør. – Rehabilitering og opptrening individuelt / i mindre grupper med arrangør. – Annen individuell behandling som det kan bestilles time til og hvor bad er en del av behandlingen.</p> <p>Krav om smittevernfaglig forsvarlig drift, inkl. krav om 1 meters avstand mellom personer og 2 meters avstand ved høyintensiv trening. Plikt til å registrere gjester som samtykker til det. Antallsbegrensning ved gruppetrening følger råd som ved organiserte fritidsaktiviteter, dvs inntil 10 personer innendørs og 20 personer utendørs, <i>alternativt utendørs:</i> ingen antallsbegrensning.</p>	
<p>Høyere utdanning Krav om å tilrettelegge for Opprettholde digitalt undervisningstilbud, ferdighetstrening og eksamen så langt det er mulig.</p> <p>Tilrettelegge for mer fysisk undervisning, med forbehold om at generelle smittevernråd følges: lufting, avstand og være hjemme ved symptomer. Avhengig av tilgjengelighet, bør tester være lett tilgjengelig på campus, og jevnlig testing bør vurderes</p> <p>Klasseromsundervisning: Mindre grupper/oppgaveløsning/seminarer i klasserom bør begrenses til maks 20 personer med 1m avstand. Avstandsanbefalingen kan fravikes der det er nødvendig for gjennomføringen av undervisningen.</p> <p>Auditorium og forelesning: I større auditorium kan antallsbegrensningen følge anbefalingen for offentlige arrangementer med faste tilviste sitteplasser, og kravene i smittevernfaglig forsvarlig drift.</p>	<p>Noe risikoøkning</p>

Beskrivelse av utgangspunkt

Dagens situasjon: De nasjonale tiltakene som ble satt i verk natt til 15.12.21 gjelder alle deler av Norge, hvorav noen enkeltkommuner har ytterligere lokale tiltak om bruk av munnbind og egne karantenekrav. Tiltakene ble innført i en periode med økende smitte og økende antall innleggelseser, usikkerhet rundt omikron-varianten og økende kapasitetsutfordringer i helsevesenet, samt økt sosial aktivitet i førjulstiden. Det nåværende *tiltakstrykket* kan illustreres som i figuren under ved arealet av tiltaksnivå og omfang (hvor mange som rammes).¹ Oppdraget skisserer mulige endringer fra denne situasjonen.



Figur 4 Illustrasjon av det nåværende tiltakstrykket

Retningsvalg: Overordnet er det tre mulige retningsvalg for pandemi-håndteringen, men jmfør helhetsvurderingen i del A.i vurderer FHI at det er retningsvalg 2 som nå er mest aktuelt:

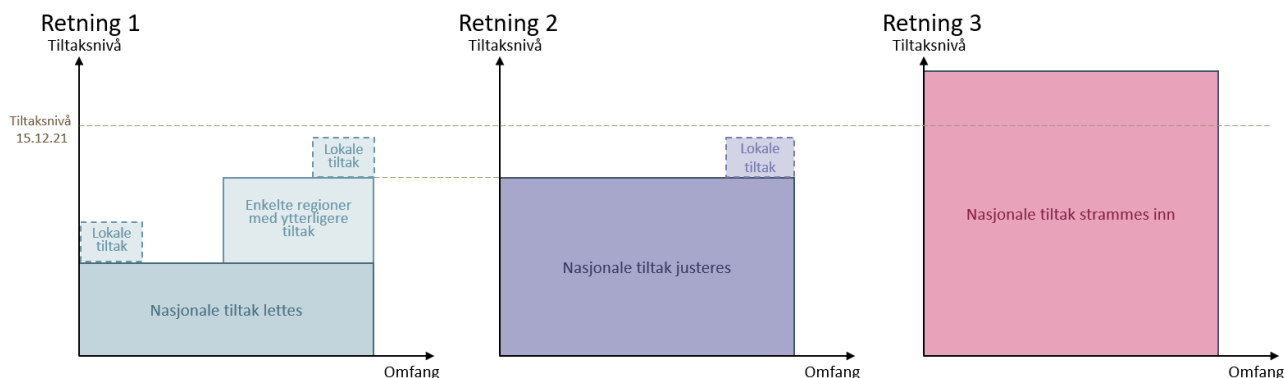
Retningsvalg:	1. Lette på tiltak nasjonalt	Vurdering: Lettelser kan være aktuelt dersom den nasjonale forekomsten har vært nedgående over tid eller flatet ut til et håndterbart nivå for kommunene og spesialisthelsetjenesten, og innleggesraten er synkende.
Retningsvalg:	2. Optimalisere nåværende nasjonale tiltak (justering)	Vurdering: Dagens tiltak ble innført i en periode med økende smitte, betydelig usikkerhet rundt omikronvarianten og økende kapasitetsutfordringer i helsevesenet i kombinasjon med økt sosial aktivitet i førjulstiden. Den oppdaterte situasjonsforståelsen indikerer at omikron i mindre alvorlig grad vil belaste helsetjenesten pga. redusert behov for respiratorbehandling, selv om det forventes en smitteøkning. Ved å justere noen av tiltakene, gjøre dem mer effektive og tilpasse dem den kunnskapen vi har om sykdomsbyrde og smittsomhet av en ny variant, vil vi kunne oppnå god smitteverneeffekt med mindre tiltaksbyrde. Overordnet burde testing i større grad erstatte karantene og andre kontaktreducerende tiltak som er særlig inngripende, men det vil avhenge av testkapasiteten. Se vedlegg A.2

¹ Definisjonen av *tiltakstrykk* er beskrevet i Holden-utvalget-III del 2 kap. 3.1. Et stort tiltakstrykk også vil gi en stor tiltaksbyrde. Når tiltakstrykket er omfattende vil det trolig ha betydelig effekt på smittespredningen, men det er ikke nødvendigvis den mest effektive eller skånsomme måten å bremse spredningen. Kontaktreducerende tiltak har betydelige samfunnskostnader på kort og lang sikt, samt store fordelings effekter ved at de rammer skjevt på tvers av generasjoner og grupper i samfunnet. Holden-utvalget viser til at lokale tiltak er mer effektivt enn nasjonale.

3. Stramme ytterligere inn nasjonale tiltak

Vurdering: Hvis det i ukene etter juleferien er indikasjoner på raskt økende smitte med risiko for overbelastning av helsetjenestene er det nødvendig å stramme inn de nasjonale tiltakene. Vi skisserer en mulig profil på innstramningene, men ikke detaljerte tiltak.

De ulike retningsvalgene kan illustreres med følgende tre endringer i det totale tiltakstrykket:



Figur 5 Illustrasjon av tiltakstrykket ved ulike retningsvalg

Anbefaling om retningsvalg

I henhold til risikovurderingen anbefaler FHI at nåværende nasjonale tiltak **justeres** (retning 2) for å optimalisere balansen mellom smittevern og tiltaksbyrde, og samtidig kunne håndtere størrelsen og konsekvensene av en omikron-drevet bølge. Oppsummeringen over viser veiledende forslag til justeringer, i vedlegg drøftes tiltakenes virkninger. Under arbeidet med tiltakspakkene har det vært stor usikkerhet om situasjon og risikovurdering. Utgangspunktet har derfor vært tre mulige retningsvalg, hvor FHI anbefaler å justere nåværende nasjonale tiltak og **gjøre en ny vurdering av tiltakene i begynnelsen av februar, eller før hvis situasjonen tilsier det.**

Overordnet beskrivelse av tiltaksprofil

Mål: De generelle kontaktreduserende tiltakene er utformet primært for å begrense den enkeltes nærkontakter utenfor husstanden, samt smitterisiko i en kontaktsituasjon. En reduksjon i antall nærkontakter gir et lavere spredningspotensial og slik begrenses eksponentiell vekst og belastningen på helsetjenesten. Generelle kontaktreduserende tiltak er lite treffsikre fordi de også rammer de som ikke er smitteførende eller ikke utgjør en smitterisiko.

Hensikt: Begrunnelsen for å opprettholde de kontaktreduserende tiltak er å redusere smittespredningen i befolkningen, slik at situasjonen er håndterbar for behandlingsskapiteten i helsevesenet. Tiltakene som legges frem er ikke utformet for å slå ned smitten, eller eliminere forekomsten av SARS-CoV-2, men isteden forsinke smittespredningen tilstrekkelig. Det er behov for tydelig kommunikasjon om hva helsetjenesten kan tåle og hva som er kapasitetsgrensen, det innebærer å kartlegge konsekvensene dersom kapasiteten overskrides. Det bør jevnlig, for eksempel ukentlig, offentlig publiseres rapporter som beskriver kapasiteten i helsetjenesten. Se oppdrag 576.

Retning 1. Profil for lettelsers

- Ved lettelsers** anbefales å vurdere følgende (prioritert rekkefølge):
- I. Nasjonal nedjustering av tiltaksnivå i skoler og barnehager.
 - II. Færre begrensninger på idretts- og fritidsaktiviteter.
 - III. Åpne for full fysisk undervisning ved høyere utdanning.
 - IV. Større grad av tilpasset smittevernfaglig drift som erstatning for strenge restriksjoner som for eksempel på treningssentre og stengte fornøyelsesparker og lignende.
 - V. Nasjonal skjenkestopp fra 24:00 [veiledende tidspunkt]**

Retning 2. Profil for justering
(Vedlegg A.2)

- Ved justering** anbefales å vurdere følgende (prioritert rekkefølge):
- I. Nasjonal nedjustering av tiltaksnivå i skoler og barnehager.
 - II. Færre begrensninger på idretts- og fritidsaktiviteter.
 - III. Åpne for noe fysisk undervisning ved høyere utdanning.
 - IV. Tilpass antallsbegrensning etter lokalets størrelse.
 - V. Nasjonal skjenkestopp fra 22:00 [veiledende tidspunkt]**

Retning 3. Profil for innstramninger

- Ved innstramning** bør følgende tiltak vurderes (prioritert rekkefølge):
- I. Nasjonal skjenkestopp fra et tidlig tidspunkt
 - II. Avlysning/utsettelse av arrangementer.
 - III. Nedstengning av virksomheter hvor folk samles.
 - IV. Maks 10 nærkontakter, inkludert husstanden, i løpet av en uke.
 - V. Ytterligere reduksjon for besøk i hjemmet

** Forbehold om at det nasjonale/eller regionale smittetrykket de to første ukene av januar tilsier at justering er forholdsmessig.

Begrunnelse for prioritering i profilene illustreres i figur 6:



Figur 6 Prioritering av tiltaksprofil basert på en avveining av smitteverneffekt mot tiltaksbyrde

Figur 6: Oppsummering av den samlede vurderingen av smitteverneffekt versus tiltaksbyrde gjort av Holdentvalget. Som illustrert spisses tiltakene inn på de aktivitetene som utgjør størst smitterisiko. Ved en endring i situasjonen vil alle tiltak justeres, men det er hensiktsmessig med strengere tiltak rettet mot sosiale sammenkomster, større forsamlinger og aktivitet som innebærer mange nærkontakter og prioritere lettelsers i tiltak som rammer barn og unges livsutfoldelse, samt læring og utdannelse.

Smittevern faglige vurderinger

Innenlandsreiser:

Redusert innenlands reiseaktivitet vil begrense generell mobilitet og kontakt, noe som igjen kan ha en indirekte effekt på smittespredning. Erfaring fra tidligere viser at fri flyt av personer over kommunegrenser har en viktig samfunnskritisk funksjon, og begrensninger medfører store utfordringer. Det er forsamling av mennesker som medfører smitterisiko, ikke forflytningen i seg selv. Det tilsier at stevner/treff/møter med personer fra flere kommuner burde unngås eller begrenses, men det vurderes som ikke hensiktsmessig å begrense bevegelse over kommunegrensene.

Kontaktreduserende tiltak:

For at de kontaktreduserende smitteverntiltakene skal være gode og effektive krever det at de er transparente, lette å forstå og enkle å administrere. For å oppnå transparens er det viktig at begrunnelsen for tiltakene er åpent presentert og vurdert. For å sikre oppslutning og dermed etterlevelse av råd og anbefalinger må de oppleves som relevante til situasjonen. Det er lettere for befolkningen å etterleve tiltak om de er gjenkjennelige og ikke endres for hyppig. Imidlertid er tilpasning og utvikling i tiltakene viktig for å sørge for et mest mulig optimalt smittevern.

Overordnede faktorer som er av betydning for smittepotensialet og risiko ved en samling av mennesker:

- Lokalets størrelse og utforming (f.eks. areal, takhøyde, inne – eller utendørs).
- Aktivitetens varighet og mulighet for lufting.
- Antall kontaktpunkter (antall deltagere, overholdelse av avstand og trengsel ved innslipp/utslipp).
- Deltagernes adferd (passiv tilskuer på teater/kino eller publikum som snakker, roper eller synger mv. på servering/konsert/uteliv).
- Smitteforekomst, immunitetsgrad og sårbarhet hos deltagerne.

Disse faktorene vil være viktige for vurdering av smitteverngevinsten av et tiltak. For å optimalisere innretningen av tiltakene burde begrensninger tilpasses graden av smitte ved aktiviteten, se følgende vurderinger:

- **Arrangementer:** Antallsbegrensning på arrangementer er et smitteverntiltak rettet mot aktiviteter som kan gi mange nærkontakter, på lik linje med smitteverntiltak rettet mot serveringsbransjen. Tiltaket er lite målrettet fordi det er stor variasjon i typen arrangementer som faller inn under denne aktiviteten. Arrangementer med et stille publikum og tilviste sitteplasser i et stort lokale som muliggjør avstand, utgjør en lavere smitterisiko enn snakkende forsamlinger i mindre rom. Det er begrenset smitterisiko i en stor kinosal/teatersal/konsertsal eller hvor publikum potensielt er spredt i flere etasjer og det er høyt under taket. Et regelverk som differensierer på typen arrangement er mer målrettet, og kan gi effektivitetsgevinster. På den annen side er kompliserte og detaljerte regelverk vanskeligere å kommunisere og følge opp for kommunene. Offentlige arrangementer vurderes å ha mer ressurser til å følge opp smittevernkravene enn private arrangementer. I tillegg vurderes private arrangementer som bursdager, fest og bryllup å ha større smitterisiko enn teater, kino og andre kulturelle forestillinger. I private bursdager, fester og bryllup samles kjente og adferden er mer intim enn i et offentlig arrangement.
- **Servering:** Aktiviteter som medfører økt risiko for smittespredning er servering i sammenheng med høyt alkoholinntak, høyt lydvolume, trengsel, store forsamlinger og mobilitet. Økt alkoholinntak er assosiert med adferdsendring og redusert etterlevelse av smittevernråd, men ikke alle serveringssteder som serverer alkohol medfører nødvendigvis høyt alkoholinntak. En antallsbegrensning tilpasset lokalet og per bordsetning, i sammenheng med tiltak rettet mot skjenking er mer effektivt. Smittevern faglig forsvarlig drift sørger for dette i stor grad.

- **Skjenking:** Skjenkestopp er et smitteverntiltak som er rettet mot aktivitet som utgjør en antatt stor smitterisiko. Slik tiltaket nå er utformet, er det ikke spesielt målrettet til skjenkesituasjoner der smitterisikoen anses å være spesielt høy.

Bakgrunn: I en situasjon med økende alvorlighet og stor usikkerhet om utviklingen og risiko må det gis råd om håndtering, selv om kunnskapen om effekt av de enkelte tiltak er begrenset. Med mange planlagte samlinger og større arrangementer knyttet til julen, samt informasjon om større utbrudd og manglende kjennskap til en ny variant og økende smittespredning, ble det ansett som nødvendig beredskap å anbefale nasjonalt skjenkestopp i oppdrag 576.

Smitteverneffekt: Et høyt alkoholinntak i sosiale lag er forventet å redusere den enkeltes etterlevelse av smitteverntiltakene, i tillegg til at alkohol ofte inntas i sosialt samvær og fører til høylytt samtale. Det kan ha en smitteverngevinst med nasjonalt skjenkestopp hvis det fører til færre sosiale møter, redusert smitterisiko når man møtes, og lavere mobilitet. På den annen side kan de sosiale møtene flyttes til hjemmet hvor smittevern trolig overholdes i mindre grad enn hva smittevernfaglig drift ved serveringssteder kan sørge for. Hvis flere serveringssteder velger å stenge som følge av skjenkestopp, gir det en tilleggseffekt i form av ytterligere redusert mobilitet og antall kontakter og dermed en reduksjon i smitterisiko. Desember er særlig en måned med stort trykk på uteliv, servering og sosiale samlinger før jul. Vi vurderer smitteverngevinsten av et nasjonalt skjenkestopp som noe lavere i januar.

Justering av tiltak: For å gjøre tiltaket mer effektivt kan det vurderes å begrense tidsrommet for skjenking. Å tillate skjenking frem til et gitt klokkeslett vil gjøre at flere serveringssteder kan holde åpent. Det kan bidra til økt smitterisiko fordi flere oppsøker serveringssteder, som igjen gir økt mobilitet og flere nærkontakter i tidsrommet før, under og etter servering. Et moderat inntak av alkohol, som drikke til et måltid ved bordet, anses å ha lavere risiko enn et høyere inntak. Men erfaring viser at å begrense skjenking til steder med matsservering ikke nødvendigvis gir ønsket effekt. Det ville heller ikke vært hensiktsmessig å detaljstyre etter alkoholinntak. Smitteverntiltak har størst virkning hvis de tar utgangspunkt i de fire risiko-faktorene nevnt over. Sammen med et begrenset tidsrom for alkoholservering er strenge begrensninger som krav om bordservering og smittevernfaglig drift en god måte å sørge for at smittevern overholdes, selv ved skjenking. Vi antar at smitterisikoen er lavere jo tidligere tidspunktet settes. Hva som skal være det nøyaktige klokkeslettet vil være en skjønnsmessig vurdering, og det kan være en fordel å velge et tidspunkt som er gjenkjennelig fra tilsvarende tiltak tidligere i pandemien. Mange land har tilsvarende ordning, men klokkeslettene varierer. Se FHIs vurderinger og anbefaling i vedlegg A.2.

Nytten, i form av smitteverngevinst, av de kontaktreduserende tiltakene må veies opp mot tiltaksbyrden. Se vedlegg A.2 for vurdering av tiltaksbyrde.

Folkehelseinstituttets vurdering del B

Oppdrag: Vi ber også om en vurdering av om det bør innføres tiltak som særskilt reduserer risikoen for smittespredning, mer alvorlig covid-19 sykdom og sykehusinnleggelse blant uvaksinerte, herunder om det bør iverksettes smitteverntiltak (anbefalinger eller forskriftsfestede påbud) som bare gjelder uvaksinerte, om uvaksinerte ikke bør ta del i enkelte aktiviteter og om koronasertifikat bør tas i bruk som dokumentasjon i den forbindelse. Vurderingen skal baseres på gjeldende lovhjemmel.

Vi ber etatene om å vurdere eventuelle justeringer eller oppdateringer av svar på oppdrag 554 del 1 om bruk av koronasertifikat som et forebyggende smitteverntiltak, gitt utviklingen og erfaringer siden leveranse 22. november 2021.

B. Smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte og bruk av koronasertifikat

Introduksjon

Å innføre smitteverntiltak rettet kun mot de uvaksinerte, reiser en rekke prinsipielle og etiske spørsmål, som nødvendigvis må være politiske avgjørelser og ikke basert kun på rent smittevern faglige vurderinger. Det bør vurderes å drøfte de etiske problemstillingene rundt koronasertifikat på ny i lys av dagens situasjon – slik Reidun Førde og Bjørn M Hofmann drøftet dette i rapporten *Etiske problemstillinger ved etablering av koronasertifikat (2021)*. Denne rapporten ble utarbeidet i en situasjon med vaksinemangel og en stor andel uvaksinerte.

De uvaksinerte har høyere risiko for å bli smittet og høyere risiko for alvorlig sykdomsforløp og sykehusinnleggelse, og bør derfor beskytte seg i større grad enn andre. Det må tas et strategisk valg om det skal gis anbefalinger til de som er uvaksinerte om å beskytte seg og/eller om man skal forskriftsfeste tiltak som sikrer at risikoen for smitte til uvaksinerte reduseres. Det er en politisk vurdering å se den enkeltes frihet til å velge sykdomsrisiko for seg selv opp mot kapasiteten i helsetjenesten og kunnskap om omikronvariantens evne til å gi alvorlig sykdom.

Vaksinebeskyttelsen mot å bli smittet av omikronvarianten ser ut til å være liten og vare bare noen uker. Tiltak som begrenser de uvaksinertes omgang med andre, kan derfor neppe begrunnes i hensynet til å bremse epidemien eller å beskytte de andre. Siden uvaksinerte har høyere risiko enn vaksinerte mot å få så alvorlig covid-19 at de må legges inn på sykehus, gjenstår egenbeskyttelsen som begrunnelsen. Samfunnet kan ha interesse av å beskytte de uvaksinerte for å redusere deres risiko for alvorlig covid-19 og for å redusere belastningen på sykehusene, slik at man kan lette på de generelle smitteverntiltakene for befolkningen. En tredje begrunnelse for restriksjoner for uvaksinerte benyttes av myndighetene i enkelte europeiske land. Der benyttes restriksjoner og koronasertifikat som et pressmiddel for å få uvaksinerte til å vaksinere seg.

I tabell 1 presenteres mulige strategiske valg knyttet til smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte i nåværende situasjon. De strategiske valgene kan kombineres dersom det er politisk ønske om dette.

Tabell 1: Oppsummering av FHIs vurderinger rundt mulige strategiske valg knyttet til smitteverntiltak mot uvaksinerte

Strategisk valg	Fordeler	Ulemper
Videreføre eksisterende tiltak for befolkningen med noen forsterkede råd til uvaksinerte, for å redusere risiko blant uvaksinerte (anbefalinger og forskrift)	<ul style="list-style-type: none"> • Samlet smittetrykk og sykdomsrisiko i samfunnet holdes lavt • Ivaretar frivillighetsprinsippet mht. vaksinerings 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan bidra til at vi må opprettholde strenge tiltak rettet mot hele befolkningen
Opprettholde anbefalinger for uvaksinerte, når restriksjonene lempes for andre, slik som: <ul style="list-style-type: none"> • Holde avstand • Begrense antall nærkontakter • Være spesielt forsiktig i kontakt med andre med økt risiko for alvorlig sykdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrenser den totale tiltaksbyrden for befolkningen • Beskytte de som ikke er vaksinert mot alvorlig sykdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkert om anbefalingene vil etterleves blant dem som ikke har tatt imot tilbud om vaksine
Innføre nye tiltak for å redusere risiko blant uvaksinerte, slik som: <ul style="list-style-type: none"> • Anbefaling om ikke å ta del i aktiviteter som innebærer økt risiko, f.eks. nattklubb, bar og pub • Anbefaling om å vurdere å unngå unødvendige reiser til områder med mye smitte 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrenser den totale tiltaksbyrden for befolkningen • Beskytter de som ikke er vaksinert mot alvorlig sykdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Usikkert om anbefalingene vil etterleves blant dem som ikke har tatt imot tilbud om vaksine • Kan virke inn på frivillighetsprinsippet for enkelte
Forskriftsfeste at uvaksinerte forbyr adgang til enkelte aktiviteter (med for eksempel stikkprøvekontroll), slik som: <ul style="list-style-type: none"> • Nattklubb • Bar/pub • Innendørs arrangement uten faste tilviste plasser med mer enn et visst antall personer til stede 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrenser den totale tiltaksbyrden for befolkningen • Kan føre til økning i vaksinasjonsdekningen, særlig i den yngre delen av befolkningen når det gjelder nattklubb/bar/pub • Reduksjon av risiko for alvorlig sykdom for de tilstedeværende oppnås dersom kun fullvaksinerte og personer med gjennomgått covid-19 får adgang. • Beskytter de som ikke er vaksinert mot alvorlig sykdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Usikker effekt da sterke oppfordringer om å ta vaksinen har hatt begrenset effekt på denne gruppen (avhenger av hvordan forbudet håndheves, for eksempel stikkprøvekontroll vs. koronasertifikat) • Utfordrer frivillighetsprinsippet mht. vaksinerings • Kan gi falsk trygghet for de med adgang, som kan smitte hverandre

<p>Ta i bruk koronasertifikat som dokumentasjon for å nekte uvaksinerte adgang (til for eksempel arenaene nevnt over)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antakelig sikrere effekt enn kun forbud for uvaksinerte ettersom alle blir kontrollert ved adgang. • Begrenser den totale tiltaksbyrden for befolkningen • Kan føre til økning i vaksinasjonsdekningen • Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving • Reduksjon av risiko for alvorlig sykdom for de tilstedeværende oppnås dersom kun fullvaksinerte og personer med gjennomgått covid-19 får adgang. • Ved tilleggskrav om negativ test før adgang for disse gruppene oppnås også smittereduserende effekt. • Beskytter de som ikke er vaksinert mot alvorlig sykdom 	<ul style="list-style-type: none"> • Etter EUs innføring av standard gyldighetsperiode for fullvaksinasjon kan fullvaksinerte som har gjennomgått covid-19 og fulgt anbefalingen om å ikke ta oppfriskningsdose rammes. Dette kan føre til at de føler seg tvunget til å ta en "unødvendig" oppfriskningsdose. • Rammene styres av EUs forordning og samsvarer ikke nødvendigvis med medisinsk evidens og nasjonale anbefalinger • Personer med kontraindikasjon mot vaksiner vil rammes. • Utfordrer frivillighetsprinsippet mht. vaksiner • Kan gi falsk trygghet for de med adgang, som kan smitte hverandre • Krav til testtrigg dersom krav om test i tillegg/tillates
<p>Ta i bruk koronasertifikat som et forebyggende smitteverntiltak (krever endret lovhjemmel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kan føre til økning i vaksinasjonsdekningen • Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving • Reduksjon av risiko for alvorlig sykdom for de tilstedeværende oppnås dersom kun fullvaksinerte og personer med gjennomgått covid-19 får adgang • Beskytter de som ikke er vaksinert mot alvorlig sykdom • Kan indirekte føre til lettelser i tiltak ved å redusere belastningen på sykehusene 	<ul style="list-style-type: none"> • Vil trolig i liten eller ingen grad kunne hindre en generell smitteøkning eller eventuelt forhindre nedstengninger i fremtiden. • Ellers som over.

Folkehelseinstituttets vurdering del B

Smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte

Oppdrag: Det bes om en vurdering av om det bør innføres tiltak som særskilt reduserer risikoen for smittespredning, alvorlig covid-19 sykdom og sykehusinnleggelse blant uvaksinerte, herunder om det bør iverksettes smitteverntiltak (anbefalinger eller forskriftsfestede påbud) som bare gjelder uvaksinerte, om uvaksinerte ikke bør ta del i enkelte aktiviteter

Bakgrunn

Som bakgrunn for vurderinger omkring smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte har vi hentet tall fra FHIs ukerapport uke 51 og Beredt C19 for å se på sykehusinnleggelse blant uvaksinerte og fullvaksinerte (se vedlegg B.1).

Ca 321 000 personer over 18 år i Norge er ikke vaksinert, dvs 8 % av den voksne befolkningen. I desember 2021 var 57 % av de som måtte legges inn på sykehus for covid-19 uvaksinert, og utgjorde 70 % av de som ble innlagt på intensivavdeling grunnet covid-19.

Uvaksinerte som legges inn på sykehus er i hovedsak yngre enn fullvaksinerte (medianalder 54 år vs 68 år), og 69 % av de innlagte uvaksinerte har ikke underliggende sykdom som gir dem moderat eller høy risiko for alvorlig forløp av SARSCoV-2-smitte (69 % blant uvaksinerte, 26 % blant fullvaksinerte).

Andelen uvaksinerte som ikke har underliggende sykdom som gir moderat eller forhøyet risiko og som blir innlagt på intensivavdeling har økt siden begynnelsen av koronavaksinasjonsprogrammet (68 nå vs 55,5 % tidligere), og andelen av de uvaksinerte som ikke har underliggende sykdom er betydelig høyere sammenlignet med fullvaksinerte som ble lagt inn på intensivavdeling i desember (68 % blant uvaksinerte, 20 % blant fullvaksinerte).

En studie ved FHI har vist at vaksinerte pasienter innlagt med covid-19 som hovedårsak har kortere liggetid i sykehus og lavere risiko for innleggelse i intensivavdeling enn uvaksinerte pasienter. I desember 2021 var antallet uvaksinerte innlagte pasienter i aldersgruppene 16-44 år og 45-64 år høyere enn hos fullvaksinerte. Dette gjelder både totalt antall sykehusinnleggelser og intensivinnleggelser. I aldersgruppen over 65 år var det flere sykehusinnleggelser totalt hos fullvaksinerte, men her var det likevel flere uvaksinerte på intensivavdelingene.

Ser man på sykehusinnleggelser etter fødeland var andelen uvaksinerte pasienter født utenfor Norge høyere (70 %) sammenlignet med uvaksinerte pasienter født i Norge (46 %). De siste fire ukene (uke 49–52) var det 322 personer født utenfor Norge, og med kjent vaksinstatus som ble blitt innlagt i sykehus, der 223 var uvaksinert. Blant 458 personer født i Norge som var innlagt i sykehus med covid-19 som hovedårsak i samme periode var 211 uvaksinert.

Beskyttelse etter vaksinasjon

Koronavaksinene som benyttes i Norge beskytter svært godt mot å bli alvorlig syk ved smitte med koronaviruset uavhengig av virusvariant, selv om de eldste kan ha behov for oppfriskningsdose over tid for å opprettholde den gode beskyttelsen. Beskyttelsen mot infeksjon med koronaviruset var for de tidligere dominerende virusvariantene (villtype, alfa og delta) initialt god blant fullvaksinerte, men faller over tid siden andre dose. Beskyttelsen reduseres gradvis fra et par måneder etter siste dose, men gjenopprettes til samme eller bedre nivå som etter andre dose kort tid etter oppfriskningsdosen. To husholdningsstudier (preprint) har sammenlignet hvor smittsom omikron er ifht delta. En studie fra Danmark viser at den er 2,7-3,7 ganger mer smittsom hos vaksinerte. Den andre studien fra Sør-Afrika anslo at 19 % av omikron primære tilfeller resulterte i en annen infeksjon i husholdningen, til sammenligning var dette tallet kun 8 % ved delta infeksjon (begge deler blant uvaksinerte).

Det begynner å komme data fra flere land der mRNA-vaksinenes effekt mot infeksjon og sykehusinnleggelse er målt i befolkningen i perioden november-desember 2021 hvor både delta- og omikronvarianten sirkulerte. Studier fra Storbritannia, Canada, Danmark og Sør-Afrika viser at beskyttelsen mot infeksjon med delta- eller omikronvarianten faller over tid siden vaksinasjon, og at den er betydelig lavere mot omikronvarianten sammenliknet med deltavarianten. I en del av studiene er beskyttelsen mot infeksjon med omikronvarianten svært lav eller ikke til stede når det har gått 3-6 måneder siden andre dose. Etter oppfriskningsdose, gjenopprettes beskyttelsen mot delta til over 90 %, til sammenlikning med ca. 30-70 % beskyttelse mot omikron-infeksjon, avhengig av vaksinetype. Oppfølgingstiden etter oppfriskningsdose er foreløpig kort, og det ser ut til at beskyttelsen mot infeksjon med omikronvarianten er kortvarig.

Data på beskyttelse mot sykehusinnleggelse med omikronvarianten foreligger foreløpig kun fra Sør-Afrika og Storbritannia, og er dermed fortsatt usikre. I den sør-afrikanske studien var beskyttelsen mot sykehusinnleggelse med omikronvarianten rundt 70 % sammenliknet med over 90 % mot deltavarianten etter to doser. I den britiske studien ble beskyttelse mot hospitalisering med

omikronvarianten beregnet til 52 % 4 uker eller mer etter første dose, 72 % fra 2-24 uker etter andre dose, 52 % 25 uker eller mer etter andre dose og 88 % fra 2 uker etter oppfriskningsdosen. Samtidig viser laboratoriestudier at T-celleresponsen etter vaksinasjon er godt bevart også mot omikronvarianten, noe som antyder at beskyttelse mot alvorlig sykdom ikke burde være spesielt lavere mot omikronvarianten enn deltavarianten. Det er derfor behov for mer kunnskap for å konkludere om vaksinenes kliniske beskyttelse mot alvorlig sykdom med omikronvarianten.

Smitteverntiltak som reduserer uvaksinertes risiko

Hittil i pandemien har smitteverntiltakene i stor grad vært rettet mot hele befolkningen (både vaksinerte og uvaksinert) med formålet å redusere smittespredningen. Med økende kunnskap om at vaksinene beskytter dårlig mot smittespredning, spesielt ved omikronvarianten, har det i enda mindre grad noe for seg å skille mellom uvaksinerte og vaksinerte for å begrense smittespredningen i befolkningen.

I dette oppdraget har vi valgt å fokusere på drøfting av tiltak rettet kun mot uvaksinerte for å redusere deres individuelle risiko for alvorlig sykdom, ved å hindre at uvaksinerte deltar i aktiviteter som innebærer en smitterisiko. Indirekte vil dette kunne føre til en lavere tiltaksbyrde for resten av befolkningen ved at kapasiteten i helsetjenesten ikke lenger trues og vi dermed kan lempe på de generelle tiltakene. Dette har i liten grad blitt drøftet tidligere. Uvaksinerte voksne utgjør en stor andel av de innlagte pasientene på sykehus, og en enda større andel av de innlagte på intensivbehandling. Den økte risikoen for uvaksinerte voksne, som gjør at de bør beskytte seg mer, er allerede innarbeidet i anbefalinger og bør eventuelt styrkes. Det ble gitt forsterkede anbefalinger til uvaksinerte voksne før jul (reduert sosial kontakt, munnbind m.m.) og det er gitt egne råd til uvaksinert helsepersonell.

Så lenge gjeldende smitteverntiltak videreføres for hele befolkningen sammen med enkelte forsterkede råd til uvaksinerte er friheten til de uvaksinerte i liten grad begrenset.

På sikt kan det bli aktuelt å lette på tiltakene for den generelle befolkningen, og opprettholde egne anbefalinger for de uvaksinerte. Dersom de uvaksinerte ikke etterlever anbefalingene, risikerer de å bli alvorlig syke eller spre smitte videre, som omtalt i oppdrag 554 og 558. Med spredning av omikronvarianten er denne vurderingen ytterligere styrket, da vaksinen ser ut til å ha enda dårligere effekt mot smittespredning og de uvaksinerte kan i større grad smittes av vaksinerte. Dette aktualiserer problemstillingen om å ytterligere innføre tiltak rettet mot uvaksinerte, og eventuelt også drøfte om det skal innføres tiltak for å hindre at uvaksinerte får adgang til offentlige arenaer med høy smitterisiko.

Er det behov for ytterligere tiltak for å redusere risikoen for uvaksinerte?

I dag er det strenge tiltak for hele befolkningen, og hvis de videreføres er det kun behov for enkelte forsterkede råd til uvaksinerte for å beskytte seg selv og andre –slik som rådene som ble gitt før jul:

- redusere sosial kontakt (enda mer enn resten av befolkningen)
- holde avstand til andre med økt risiko for alvorlig forløp
- vurdere bruk av munnbind i besøk i private hjem
- vurdere å være forsiktig i kontakt med andre uvaksinerte

Ved lettelser i nasjonale tiltak er det aktuelt å beholde alle eller enkelte av ovennevnte råd for de uvaksinerte, og i tillegg anbefale at de er spesielt forsiktige i, eller unngår, store forsamlinger, serveringssteder osv, ev. også unngår unødvendige reiser til områder med mye smitte.

Egne restriksjoner for uvaksinerte på arbeidsplasser?

Bruk av koronasertifikat eller krav om vaksinasjon i arbeidslivet kan være arbeidsrettslig utfordrende i Norge. Arbeidsgivers behov for informasjon om vaksinasjon, må vurderes opp mot arbeidstakers behov for ivaretagelse av personlig integritet. Se Arbeidstilsynets [nettsider](#).

Er det aktiviteter uvaksinerte ikke bør ta del i?

Det er innført strenge kontaktreduserende tiltak i samfunnet. Tiltakene reduserer risikoen for smitte hos både vaksinerte og uvaksinerte. Smitterisikoen varierer mellom aktiviteter.

Begrensninger for uvaksinerte kan være alt fra anbefalinger uten kontrollfunksjon, til forbud med stikkprøvekontroll eller adgangskontroll av samtlige med koronasertifikat. Tiltaksbyrden vil være høy for de uvaksinerte for alle aktiviteter de eventuelt ikke får ta del i (se vedlegg A.3), og byrden må veies mot både den individuelle fordel og samfunnsnyttens dersom uvaksinerte anbefales å ikke ta del i definerte aktiviteter. Totalt sett i samfunnet kan tiltaksbyrden gå ned, fordi majoriteten er vaksinerte og får lavere tiltaksbyrde. På samfunnsnivå kan en todeling gi en etisk utfordring. Tiltak hvor det innføres skille mellom vaksinerte og uvaksinerte kan utfordre frivillighetsprinsippet for vaksinasjon.

Dersom tilgangen til aktiviteter for uvaksinerte skal reguleres, bør både smitterisikoen ved å delta og gjennomførbarheten av å begrense tilgangen vurderes. Folkehelseinstituttets vurdering er at aktivitetene der de uvaksinerte har størst smitterisiko er innendørs der mange mennesker står tett, roper, danser og synger. Med tanke på gjennomførbarhet kan nattklubber, puber og innendørs arrangementer uten faste sitteplasser (med mer enn et visst antall personer til stede) være aktiviteter uvaksinerte anbefales å ikke delta i eller nektes adgang til (se tabell 2).

Tabell 2: *Aktiviteter uvaksinerte kan anbefales å unngå eller nektes adgang, og vurdering av gjennomførbarhet av å regulere tilgang*

Aktiviteter det kan vurderes at uvaksinerte ikke bør ta del i:	Vurdering av smitterisiko <i>bakgrunn for vurderinger finnes i oppdrag 554</i>	Vurdering av gjennomførbarhet av å regulere tilgang til aktiviteter
Private arrangementer og sammenkomster	Betydelig smitterisiko.	Svært inngripende i privatlivet. Utfordrende mht. personvern og kontrollmuligheter.
Offentlig arrangement (inkludert kino, teater/ kulturinstitusjoner, idrettsarrangement, konferanser)	Ulike typer arrangementer innebærer ulik smitterisiko. Lav risiko der publikum sitter på faste plasser og ikke mingler (f.eks. kino, teater og lignende).	Vanskelig å skille ulike typer arrangement og ulike typer arrangører. Vanskelig å avgrense og lage klare regler. Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving, har allerede erfaring
Serveringssteder	Lav til moderat smitterisiko	Det vil ofte være vanskelig å skille mellom ulike typer serveringssteder.
Pub/ nattklubb	Stor smitterisiko	Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving, har allerede erfaring
Treningssentre og svømmehaller	Betydelig smitterisiko en del steder, avhengig av type aktivitet m.m.	Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving.
Reiseliv, cruise, pakketurer o.l.	Betydelig smitterisiko endel steder, avhengig av type aktivitet, aldersgruppe m.m.	Ulik smitterisiko ved ulike aktiviteter. Vanskelig å skille mellom ulike typer aktiviteter og ulike typer arrangører. Vanskelig å avgrense og lage klare regler. Profesjonelle aktører har god mulighet for håndheving.
Museer, fornøylesparker og lekeland	Ulik smitterisiko på ulike typer steder. Lav smitterisiko utendørs. Lav smitterisiko på museer o.l.	På steder med aktivitet rettet primært mot barn kan det være begrenset smittereduserende effekt (jmf aldersgrense 16 år ved bruk av koronasertifikat).
Kjøpesentre, messer, markeder	Usikker smitterisiko. Trolig lav risiko, kan være noe høyere på enkelte messer der det er mange mennesker samlet tett innendørs.	Vanskelig å skille mellom ulike typer messer og markeder.
1:1-tjenester	Begrenset smitterisiko.	Svært mange aktører, vanskelig å håndheve

Kollektivtransport	Usikker smitterisiko.	Ressurskrevende å kontrollere
--------------------	-----------------------	-------------------------------

Om bruk av koronasertifikat som ledd i smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte

Oppdrag: Det bes om en vurdering av om koronasertifikat bør tas i bruk som dokumentasjon for å nekte uvaksinerte adgang til aktiviteter.

Målsetning med bruk av koronasertifikatet

EUs formål med innføringen av koronasertifikatet var å sørge for at de fire frihetene i EUs indre marked kunne opprettholdes gjennom pandemien, spesifikt at fri bevegelse av mennesker ikke skulle medføre smittespredning og true folkehelsen; jmf Artikkel 7 ([REGULATION \(EU\) 2021/953](#)).

Man kan tenke seg tre ulike målsetninger med å ta i bruk koronasertifikat i Norge som dokumentasjon i forbindelse med en eventuell innføring av tiltak for å redusere risikoen for smittespredning, mer alvorlig covid-19 sykdom og sykehusinnleggelses blant uvaksinerte:

- *Redusere smittespredning*

Hovedeffekten av vaksinasjon er beskyttelse mot alvorlig sykdom. Vi har tidligere påpekt (i oppdrag 554) utfordringen med å fjerne kontaktreduserende tiltak ved bruk av koronasertifikat som sidestiller negativ test og på denne måten gi uvaksinerte adgang til arenaer der flertallet er vaksinerte. De vaksinerte kan være smittet og smitte videre, selv om risikoen er lavere enn for delvis vaksinerte og uvaksinerte. Det er altså en fare for at vaksinerte smitter både hverandre og de uvaksinerte. Uvaksinerte smittede vil i tillegg ha noe større risiko for å smitte videre til andre i etterkant. Koronasertifikat som også er gyldig for uvaksinerte som kan fremvise negativ test vil dermed være lite effektivt for å redusere smittespredning.

Det er mulig å se for seg at man i tillegg til å avgrense gyldig koronasertifikat til de som har gjennomgått covid-19 eller oppfyller vaksinasjonskrav stiller et krav om nylig negativ test (tilsvarende Tysklands "2G+ løsning"), på denne måten vil koronasertifikatets effekt på å hindre smittespredning øke. For å redusere smittespredning, vil en generell adgangstesting av alle uavhengig av vaksinasjons- og immunitetsstatus kunne være et alternativ til koronasertifikat. Jo kortere tid det går fra test til adgang, jo mindre vil risikoen være for at man er smittsom. Gyldighet av negativ test bør være 24 timer eller kortere for best smittereduserende effekt, som beskrevet tidligere i oppdrag 437. Dette tiltaket vil, avhengig av bruk, kreve en omfattende oppskalering av testkapasitet, og omtales nærmere i 590 C. Som beskrevet i oppdrag 554, forhindres smittespredning hovedsakelig ved at de som har symptomer holder seg hjemme og tester seg, og ved kontaktreduserende tiltak.

- *Redusere risiko for alvorlig sykdom og sykehusinnleggelses hos uvaksinerte*

Over har vi omtalt smitterisikoen ved ulike aktiviteter og situasjoner. Dersom uvaksinerte ikke tar del i slike aktiviteter vil sannsynligheten for at de smittes og blir alvorlig syke reduseres. Koronasertifikat som er gyldig kun for de som oppfyller vaksinasjonskrav eller er naturlig immune etter tidligere gjennomgått covid-19 kan brukes til å regulere uvaksinertes tilgang til slike aktiviteter.

Det er en ny problemstilling om samfunnet skal ta i bruk koronasertifikat for å beskytte uvaksinerte mot smitte og eventuelt alvorlig sykdom. Dette vil kunne føre til en lavere belastning på spesialisthelsetjenesten i og med at uvaksinerte nå utgjør en stor andel av innlagte pasienter, og dermed kanskje redusere behovet for omfattende nedstengninger for alle. Men det vil medføre at uvaksinerte utelukkes fra enkelte aktiviteter. En slik avgjørelse krever også andre drøftinger enn de smittevernfraglige, og er et politisk, verdimessig spørsmål.

- *Øke vaksinasjonsdekningen*

Bruk av koronasertifikat i enkelte andre EU-land kan se ut til å øke oppslutningen om vaksinasjon. Det er et viktig prinsipp i Norge at vaksinasjon skal være frivillig, og bruk av koronasertifikat bør ikke

ha som formål å motivere innbyggere til å vaksinere seg. Norge har høy vaksineoppslutning, og en økt vaksinasjonsgrad som følge av innenlandsbruk av koronasertifikat vil være moderat til liten hos oss. Effekten vil allikevel kunne være noe høyere i områder eller befolkningsgrupper med lavere vaksinasjonsdekning.

Andre aspekter som bør vurderes ved bruk av koronasertifikat som ledd i smitteverntiltak rettet mot uvaksinerte

- Dersom koronasertifikatet (som tar utgangspunkt i EUs sertifikat) tas i bruk som et verktøy for å nekte uvaksinerte adgang til arrangementer etc i Norge, må vi forholde oss EUs forordning som regulerer blant annet definisjoner av immunstatus. Dermed vil EUs kriterier påvirke hvilke grupper som regnes som vaksinerte (utdypet i tilleggsoppdrag). *Flere grupper vil med dette klassifiseres som uvaksinerte, selv om de medisinsk faglig i Norge anses som godt beskyttet mot alvorlig sykdom.* Dette vil bli gjelde fullvaksinerte som har gjennomgått covid-19 og som har fulgt anbefalingen vi har i Norge om å ikke ta oppfriskningsdose. Det kan føre til at de føler seg tvunget til å ta en “unødvendig” oppfriskningsdose. Det samme kan sies om yngre og friske voksne som for egen del er godt beskyttet av grunnvaksinasjonen, og per i dag ikke har en klar anbefaling om oppfriskningsdose, men som kan velge å ta denne.
- *Personer med kontraindikasjon mot vaksinerings vil rammes* (utdypet i vedlegg B.2).
- *Reglene for koronasertifikatet innenlands bør være innenfor de dataene EU har definert at skal være tilgjengelig.* Diskrepans mellom norske anbefalinger og reglene som ligger til grunn for EUs digitale koronasertifikat kan ha uheldige effekter (utdypet i tilleggsoppdrag). Eksempelvis har EU vedtatt at koronasertifikat for fullvaksinerte fra 1. februar 2022 kun skal være gyldig i 270 dager etter siste dose. Folkehelseinstituttet anbefaler at påvist covid-19 skal erstatte oppfriskningsdose hos fullvaksinerte, men ECDC sidestiller ikke påvist covid-19 med oppfriskningsdose for fullvaksinerte.
- *Tekniske aspekter ved sertifikatløsningen* (utdypet i vedlegg B.2):
 - Det er en relativt enkel teknisk endring å utelate negativ test (dvs at kun immuniserte har gyldig sertifikat nasjonalt). Endringen kan utføres i brukergrensesnittet (API) for koronasertifikat via Helsenorge.no og i back-end for verifikasjonsløsningen. Dvs. det vil ikke være nødvendig med endringer i Helsenorge.no eller verifikasjonsappen. Andre endringer, som å innføre tilleggskrav om negativ test for immuniserte, er en noe mer tidkrevende prosess. For verifikasjonsappen vil dette kreve flere scanninger (først for å finne ut om man har koronasertifikat for vaksine eller immunitet og deretter for å finne ut om man har koronasertifikat for negativ test). For nasjonal kontrollside på Helsenorge vil dette kreve et nytt visningsformat, dvs. ny design som illustrerer på en forståelig måte at dette er et “supergrønt” koronasertifikat. Å lage enkle, forståelige løsninger er komplisert og tar tid.
 - Differensiert bruk av koronasertifikat for eksempel med særskilt strenge adgangskrav på enkelte aktiviteter eller i områder med stor smittespredning vil være teknisk gjennomførbart, men vil kreve mer omfattende arbeid. Det kan bli nødvendig å gå vekk fra den visuelt relativt forståelige «grønne» kontrollsiden i koronasertifikatet.

FHIs vurdering om bruk av koronasertifikat innenlands

Med økende kunnskap om at vaksinene beskytter dårlig mot smittespredning med omikronvarianten kunne bruk av koronasertifikat for å begrense uvaksinertes adgang først og fremst vært aktuelt for å redusere de uvaksinertes individuelle risiko for alvorlig sykdom og sykehusinnleggelse, ikke for å redusere smittespredningen. Imidlertid vil flere grupper stå i fare for å ha ugyldig koronasertifikat (og nektes adgang sammen med uvaksinerte) selv om de medisinsk anses godt beskyttet mot sykdom. Etter EUs regelendring fra 1.2.22 vil dette blant annet gjelde fullvaksinerte som har gjennomgått covid-19. FHIs medisinske anbefaling til denne gruppen er at gjennomgått covid-19 kan erstatte

oppfriskningsdose. Innføring av koronasertifikat som følger EUs definisjoner innenlands medfører at denne gruppen kan føle seg tvunget til å ta en “unødvendig” oppfriskningsdose. FHI vil derfor ikke anbefale bruk av koronasertifikat innenlands. Departementet må vurdere om de anser det mulig å ha egne regler for nasjonal bruk av et koronasertifikat. Dersom Departementet f.eks. skulle ønske å ha lengre varighet enn 270 dager på et vaksinasjonsertifikat, må det vurderes opp mot EU-regelverket og diskriminering av EU- og tredjelandsborgere.

Om koronasertifikat som forebyggende smitteverntiltak

Oppdrag: Det bes om en vurdering av eventuelle justeringer eller oppdateringer av svar på oppdrag 554 del 1 om bruk av koronasertifikat som et forebyggende smitteverntiltak, gitt utviklingen og erfaringer siden leveranse 22. november 2021.

I 554 ble det spurt om preventiv bruk av koronasertifikat for å *forhindre videre smitteøkning og forebygge nedstengninger*. Etter vår forståelse krever slik bruk lovendring.

FHI har tidligere argumentert for at koronasertifikat kun bør benyttes som et alternativ til nedstenging og andre strenge restriksjoner, altså for å lette på eksisterende tiltak i kommuner med mye smitte, slik det er hjemmel for i dag.

Vi forstår det som et premiss for preventiv bruk at smittetrykket i samfunnet er lavt, men økende, og at koronasertifikatet tas i bruk som et av de første smitteverntiltakene. I en slik situasjon kan neppe bruk av koronasertifikat begrunnes i å forhindre videre smitteøkning, siden vaksinene har dårlig effekt på smittespredning med omikronvarianten. Med utestenging av uvaksinerte risikerer man fremdeles smitte mellom de vaksinerte, men de er noe bedre beskyttet enn uvaksinerte og godt beskyttet mot alvorlig sykdom. Preventiv bruk vil kunne beskytte den enkelte uvaksinerte mot smitte og dermed mot alvorlig sykdom, fordi de nektes adgang til aktiviteter med økt smitterisiko. Formålet kan altså være å hindre belastning på helsetjenesten, og på denne måten forhindre at det innføres smitteverntiltak for befolkningen. Ved et lavt smittetrykk vil effekten av tiltaket vil være begrenset, ettersom smitterisikoen ved adgang i aktivitetene vurdert over vil være lavere og de uvaksinerte også vil kunne smittes andre steder, slik som på arbeidsplassen og i den private sfæren i et ellers åpent samfunn.

Utbredt bruk av koronasertifikat som ekskluderer deler av befolkningen fra aktiviteter og sosiale arenaer som inngår i deres vanlige liv kan medføre redusert livskvalitet og forsterke ulikhet. Frivillighetsprinsippet blir utfordret. Tilliten til helsemyndighetene kan svekkes ved sterk forventning eller press på befolkningen til å følge tiltak med liten eller usikker effekt, slik vi har sett fra andre land der frivilligheten er lav og tilliten til myndighetene likeså.

Effekten av preventiv bruk i samfunnet antas hovedsakelig å være at flere velger å ta vaksinen. Dette er også brukt som et hovedargument i flere land. Folkehelseinstituttet legger fremdeles til grunn at koronasertifikat ikke skal brukes med formål om å motivere innbyggerne til å vaksinere seg. Norge har også høy vaksineoppslutning, og effekten på vaksinasjonsdekningen vil være moderat til liten her, ev. noe høyere i områder eller befolkningsgrupper med lavere vaksinasjonsdekning.

Dersom koronasertifikat tas i bruk innenfor EUs rammer (inkludert varslede endringer fra 1. februar 2022) vil flere grupper stå i fare for å ha ugyldig koronasertifikat (og nektes adgang på lik linje med uvaksinerte), selv om FHI anser dem som godt beskyttet mot alvorlig sykdom (se tilleggsoppdrag).

Flere land med relativt lik vaksinasjonsgrad som Norge, har hatt en ganske omfattende bruk av koronasertifikat nasjonalt over lang tid. FHI har sett nærmere på innenlands bruk i følgende utvalgte land: Tyskland, Østerrike, Danmark, Italia, Frankrike, Nederland, og Finland. Basert på utviklingen i smittesituasjonen i disse landene er det vanskelig å si om bruken av koronasertifikat nasjonalt har hatt en innvirkning på smittesituasjonen (se vedlegg B.3).

Tilleggsoppdrag 590B – Differensiering av smitteverntiltak mellom vaksinerte og uvaksinerte

Oppdrag: Det bes om at etatene i sin vurdering særskilt vurderer muligheten for differensiering i smitteverntiltak ut fra om de tiltakene skal rett seg mot er vaksinerte eller ikke, for eksempel om det kan gis enkelte unntak for vaksinerte. I den forbindelse bes det om at etatene vurderer hvordan vaksinerte bør defineres, for eksempel med antall doser og om ev. nylig gjennomgått covid-19 bør inkluderes.

Differensiering i smitteverntiltak anses som tilstrekkelig belyst i eksisterende oppdragsbesvarelse.

EUs regler versus nasjonale anbefalinger

Reglene for koronasertifikatet styres av EU-forordningene 2021/953 og 2021/954 om EUs digitale koronasertifikat for EU/EØS borgere og for borgere av tredjeland. Forordningene legger rammen for utstedelse, kontroll og godkjenning av EUs digitale koronasertifikat, med det formål å gjøre det lettere for innehaver å utøve retten til fri bevegelighet under covid-19-pandemien.

Departementet må vurdere om de anser det mulig å ha egne regler for nasjonal bruk av et koronasertifikat. Dersom Departementet f.eks. skulle ønske å ha lengre varighet enn 270 dager på et vaksinasjonssertifikat, må det vurderes opp mot EU-regelverket og diskriminering av EU- og tredjelandsborgere. Som omtalt i oppdrag 559 er vi pålagt å likebehandle norske borgere, EU/EØS-borgere og tredjelandsborgere, dermed er det krav at verifikasjonsløsningen både for grensek kontroll og innenlands kontroll er i stand til å verifisere og validere EU DCC. Det medfører at det er enklest om regler for innenlands bruk opererer innenfor tilgjengelig datasett definert av EU i EU DCC, hvis ikke vil det bli teknisk utfordrende og krevende for kontrollørene, fordi de i tillegg til EU DCC må vurdere annen dokumentasjon av vaksinasjon eller test. Som omtalt i oppdrag 554 opplevde FHI at det var utfordrende da det utviklet seg et språk mellom nasjonale anbefalinger (som lå til grunn for reglene i kontrollside Norge) og EUs regler (som lå til grunn for kontrollside EU) før den nasjonale kontrollside ble gjort utilgjengelig 8. oktober 2021.

Reglene som ligger til grunn for EUs digitale koronasertifikat forhandles frem i interne prosesser, der medlemslandene kommer med synspunkter basert på sin situasjon. Gjennom høsten 2021 ble det tydelig at særlig landene i Øst-Europa sliter med oppslutningen om vaksinasjonsprogrammene, i langt større grad enn for eksempel de nordiske landene. Dermed var de allerede før omikron pådrivere for økt bruk av koronasertifikat og strengere regler omkring gyldighet av vaksinedelen av sertifikatene, slik at flere i befolkningen skulle takke ja til oppfriskningsdoser.

Basert på oppdatert kunnskap har EU kommet med g som medfører at vaksinasjonssertifikater der vaksinasjon er satt for mer enn 270 dager siden ikke skal godkjennes. Det skal fremgå av verifikasjonsløsningen. Endringen trer i kraft fra 1. februar 2022. Frem til nå har det ikke vært satt varighet på vaksine i EU DCC. Dette skaper et skille for dem som er fullvaksinerte og tar en oppfriskningsdose eller ikke.

A: Fullvaksinasjon med eller uten oppfriskningsdose

B: Fullvaksinasjon med siste vaksinedose siste 270 dager, eller oppfriskningsdose

A representerer dagens situasjon og de medisinske anbefalingene i Norge, dvs favner flere enn **B** (som er EUs regel som innføres fra 1.2.22). Merk at EU også besluttet at påvist koronasykdom etter fullvaksinasjon ikke sidestilles med oppfriskningsdose. Det betyr at for **B** vil fullvaksinerte som gjennomgår covid-19 regnes som uvaksinerte fra 180 dager etter infeksjonstidspunkt, dersom mer enn 270 dager har gått siden siste vaksinedose.

I følge (distribuert fra HSC 22. Desember 2021) er kun **B** akseptabelt: *“To ensure a coordinated approach, Member States should not accept vaccination certificates indicating the completion of the primary vaccination series if more than 270 days have passed since the administration of the dose indicated therein”.*

Dersom regjeringen beslutter å ta i bruk koronasertifikat innenlands som et verktøy, og følger **B**, vil det medføre at alle som i dag anses som fullvaksinerte vil få et ugyldig vaksinasjonssertifikat når det har gått 270 dager etter siste vaksinedose er satt, med mindre de får en oppfriskningsdose. Dette vil for eksempel kunne ramme yngre og friske voksne som for egen del er godt beskyttet av grunnvaksinasjonen, og per i dag ikke har en klar anbefaling om oppfriskningsdose, men som kan velge å ta denne. Fullvaksinerte som har gjennomgått covid-19 vil ikke lenger ha gyldig koronasertifikat når både gyldighetsperioden for fullvaksinering (270 dager) og gjennomgått covid-19 utgår (180 dager). Studier viser at denne siste gruppen er svært godt beskyttet (bedre enn de som er fullvaksinert + oppfriskningsdose), så det vil antakelig oppleves urettferdig og ulogisk at de mister tilgang – og føler seg tvunget til å ta en «unødvendig» oppfriskningsdose for å delta i innenlandsaktiviteter. Merk at endringen på dette punktet ikke er at gjennomgått infeksjon for fullvaksinerte tidligere ga uendelig gyldighet i sertifikatet og nå ikke gjør det. Endringen er at disse (som alle andre fullvaksinerte) tidligere hadde uendelig gyldighet, men fra 1. februar er den begrenset til 270 dager. Det eneste som da kan gi forlenget gyldighet er positiv test (dag 11-180), oppfriskningsdose (uendelig gyldighet), eller evt negativ test (dagers gyldighet) i land som åpner for dette. Se også besvarelse av tilleggsoppdrag.

Definisjon av vaksinerte

Dersom smitteverntiltak rettes inn mot uvaksinerte, må formålet som nevnt tidligere primært være å redusere de uvaksinertes risiko for alvorlig sykdom. Studier viser at hybrid immunitet, som er immunitet oppnådd ved kombinasjon av vaksine og sykdom, gir god beskyttelse mot alvorlig sykdom, også mot omikronvarianten. Dette gjelder også dersom infeksjonen er gjennomgått etter fullført vaksinasjon. Delvaksinerte ser derimot ut til å ha dårligere beskyttelse mot symptomatisk sykdom, selv om beskyttelsen mot alvorlig sykdom er relativt god. Personer med gjennomgått covid-19 er også beskyttet mot alvorlig sykdom og noe beskyttet mot smitte.

Det er i teorien mulig å definere vaksinerte på ulike måter, basert på følgende:

1. Delvaksinasjon* *og/eller* fullvaksinasjon** *og/eller* oppfriskningsdose
2. Fullvaksinasjon *og/eller* oppfriskningsdose
3. Fullvaksinasjon med siste vaksinedose siste 270 dager *eller* oppfriskningsdose
4. Fullvaksinasjon *og* oppfriskningsdose *eller* gjennomgått covid-19 etter fullvaksinasjon
5. Fullvaksinasjon med siste vaksinedose siste 270 dager *eller* oppfriskningsdose *og/eller* gjennomgått covid-19 etter fullvaksinasjon

*har fått én dose av to-doseregime

**som definert i forskrift

FHIs anbefaling

Uten bruk av koronasertifikat

Dersom tiltakene innføres som anbefalinger uten kontrollfunksjon bør de uvaksinerte i denne sammenheng kun inkludere de som ikke har fått noen doser vaksine. Personer som har gjennomgått covid-19 siste 12 måneder, eller har gjennomgått covid-19 flere ganger, eller som har hybrid immunitet oppnådd ved kombinasjon av vaksine og sykdom, bør unntas tiltak på lik linje med vaksinerte.

Med bruk av koronasertifikat

EU definerer hvilke grupper som skal regnes som vaksinerte i koronasertifikatet (se vedlegg B.2). Etter 1. februar 2022 vil vaksinerte i EU defineres som punkt 3 over. Punkt 2 er slik reglene i koronasertifikatet er per d.d, og det som er mest i tråd med våre anbefalinger i koronavaksinasjonsprogrammet.

Dersom koronasertifikatet tas i bruk som et verktøy for å nekte uvaksinerte adgang, vil rammene EU definerer kunne styre hvilke grupper som regnes som vaksinerte (se vedlegg B.2). Følgende grupper vil da stå i fare for å ha ugyldig koronasertifikat (og nektes adgang på lik linje med uvaksinerte), selv om FHI anser dem som godt beskyttet mot alvorlig sykdom:

- Personer som er fullvaksinert for mer enn 270 dager siden og som ikke har fått oppfriskningsdose
- Personer som er fullvaksinert for mer enn 270 dager siden og som siden har gjennomgått covid-19 for mer enn 180 dager siden
- Personer som har gjennomgått covid-19 og som har en eller to vaksinedoser i tillegg, dersom det er mer enn 270 dager siden siste vaksinedose
- Personer som har gjennomgått covid-19 for mer enn 180 dager siden
- Personer som har gjennomgått covid-19 to eller flere ganger for mer enn 180 dager siden
- Delvaksinerte (dette inkluderer kontraindikasjon etter første dose)

Folkehelseinstituttets vurdering del C

Oppdrag: Det bes videre om en vurdering av om det kan gjøres justeringer i test-systemet for å legge til rette for lettelse i smitteverntiltak, dersom test-kapasiteten tilsier at det er mulighet for det.

C. Særskilt vurdering av testing som alternativ til smitteverntiltak

Relevante oppdragsbesvarelser: 580 med vedlegg, 576 med vedlegg, 552 med vedlegg.

Testing som alternativ til smitteverntiltak

Effektive teststrategier der de som tester positivt selvisolerer seg er, sammen med vaksinerings, sannsynligvis blant de mest effektive og målrettede tiltakene vi kan gjennomføre som har begrenset negativ virkning på samfunnet. Samtidig som målrettet testing har en høy smitteverneffekt, kan også effektive teststrategier benyttes som erstatning for mer inngripende tiltak på flere områder, inkludert tiltak som rammer barn og unge.

Dersom testkapasiteten utvides fremover, kan flere av teststrategiene som er beskrevet i tidligere oppdrag benyttes for å redusere smittespredningen i samfunnet, samtidig som mer inngripende tiltak kan unngås. Flere av de nevnte strategiene her og i andre oppdrag, forutsetter økt bruk av selvtester for å muliggjøre en oppskalering av testing for smittevernformål samtidig som det blir enklere for enkeltindividene å teste seg. Samtidig understrekes det at FHI i oppdrag 580 har gjort en detaljvurdering og anbefalt at PCR-analysekapasiteten også bør utvides nasjonalt, for å sikre både god kapasitet og beredskap for testing til smittevernformål.

Testing kan benyttes som strategi for å:

- Raskest mulig avslutte inngripende tiltak for barn og unge, som digital undervisning, stengte skoler og rødt nivå. Dette er beskrevet i oppdrag 589.
- Åpne for fysisk undervisning på universiteter og høyskoler.
- Tidligere og evt mer kontrollert gjenåpning av samfunnet for øvrig.

Dette kan oppnås ved å:

- Innføre jevnlig testing på skoler ved høyt smittepress og kritisk belastning på helsevesenet.
- Innføre jevnlig testing av studenter og ansatte i områder med høyt smittepress og kritisk belastning på helsevesenet.
- Erstatte karantene av alle nærkontakter med testregime.
- Innføre jevnlig testing på utsatte arbeidsplasser i områder med høyt smittepress
- Vurdere bruk av adgangstesting med eller uten bruk av koronasertifikat.

FHIs vurdering:

FHI anbefaler at testing brukes for å minske tiltaksbyrden for barn og unge, gjennom bruk av jevnlig testing i skoler og høyere utdanningsinstitusjoner i områder med mye smitte. Jevnlig testing i andre miljøer kan også vurderes. Det er i oppdrag 580 anbefalt jevnlig testing for helsepersonell som en del av forsterkede råd i helsetjenesten.

FHI anbefaler at testing brukes som erstatning for karantene, da testing er et mindre inngripende og kostbart tiltak. Kunnskap og erfaringer, både fra Norge og internasjonalt, har vist at god symptomovervåkning kombinert med test i stedet for karantene, er et smittevernmessig likeverdig alternativ sammenlignet med karantene (se referanser i oppdrag 576). Det foreligger foreløpig mindre dokumentasjon på smitteverneffekt og kost-nytte vurderinger rundt storskalatesting som adgangstesting i egen regi og massetesting.

Vurdering om TISK strategi

Det vises til oppdrag 580 for vurderinger om mulige TISK-innretninger i 2022. TISK-systemet bør tilpasses pandemisituasjonen og de påfølgende konsekvensene for ulike samfunnsfunksjoner. Samtidig har TISK-systemet i stor grad blitt utført av den kommunale helsetjenesten under pandemien, og det bør vurderes en tilpasning til en mer forenklet og bærekraftig TISK, der ansvaret for store deler av TISK-arbeidet i større grad legges til individene. Eksempelvis kan man ha en ordning der det som hovedregel er den smittede som tar ansvar for å informere nærkontakter, og nærkontakter tar ansvar for å følge et anbefalt testregime.

Bakgrunn: mulige teststrategier

Jevnlig testing

Skoler/høyere utdanning:

Jevnlig testing har vist seg å være effektivt for å begrense smittespredning i skoler, både i Norge og andre land. Det vil kunne være et godt og mer bærekraftig alternativ til intensivert smittesporing og karantenebruk, og er et tiltak som kan stå så lenge det er behov. Det er lite inngripende og har derfor lavere samfunnsøkonomiske virkninger sammenliknet med karantenesetting, og har høy forventet effekt i områder med mye smitte. FHI vurderer at jevnlig testing også vil ha effekt ved omikronvarianten (beskrevet i mer detalj i oppdrag 580).

Andre plasser:

Jevnlig testing kan også være aktuelt i andre miljøer enn skoler ved mye smitte, som f.eks. arbeidsplasser med økt risiko for smittespredning eller der hjemmekontor ikke er mulig (for eksempel ulike typer av lagerarbeid, slakterier, byggeplasser, profesjonelle kor, musikere) eller på plasser der smitte har stor betydning (for eksempel ansatte på sykehjem). Gevinsten ved jevnlig testing av fullvaksinerte vil være økende ved redusert vaksineeffekt mot smitte, noe som antas er tilfellet for Omikronvarianten. Det faglige grunnlaget for effekten av jevnlig testing er dokumentert i flere oppdragsbesvarelser, blant annet i vedlegg til oppdrag 576, og senest i vedlegg 2 til oppdrag 580.

Test i stedet for karantene

Testing er et mye mindre inngripende og adskillig mindre kostbart tiltak enn karantene. Nyere kunnskap og erfaringer i både Norge og internasjonalt har vist at god symptomovervåkning kombinert med test i stedet for karantene, er et smittevernmessig likeverdig alternativ. FHI har i tidligere oppdrag anbefalt at det sikres tilstrekkelig testkapasitet for dette bruksområdet, og det

vises til blant annet vedlegg til oppdrag 552, vedlegg til oppdrag 576, og senest i vedlegg 2 til oppdrag 580 for detaljerte vurderinger og faglig grunnlag.

Adgangstesting: koronasertifikat eller i egen regi?

- For vurderinger om testing i koronasertifikat vises til del B i oppdragsbesvarelsen.
- Adgangstesting i egen regi ved private sammenkomster har tidligere ikke vært benyttet som et allment råd. Det vil innebære at befolkningen tester seg med selvtest før enkelte arrangementer eller sammenkomster, og kun deltar dersom man har negativ test tatt kort tid før arrangement eller sammenkomst. Tiltaket vil ha en risikoreducerende effekt, men vil ikke kunne eliminere risiko helt for at noen er smitteførende.
- Det er vanskelig å angi detaljert i hvilke situasjoner man eventuelt bør anbefale slik testing nå, men eksempel vil kunne være ved aktiviteter og situasjoner med risiko for økt smittespredning, eller ved sammenkomster med personer med særlig økt risiko for alvorlig sykdom ved smitte. Det vil også være nødvendig med en vurdering om slike tester bør være gratis tilgjengeliggjort for bruk.
- Grad av etterlevelse av råd er vanskelig å forutsi, men det er grunn til å tro at mange vil etterleve rådet, og gå i isolasjon ved positiv test. Flere har benyttet denne metoden i forbindelse med selskaper i julehøytiden 2021 for å unngå å eventuelt smitte andre ved asymptomatisk smitte.
- Det bør fortsatt foreligge generelt råd om å holde seg hjemme ved luftveissymptomer også ved negativ test.

Massetesting

- Med massetesting menes testing av store deler av en befolkning eller gruppe i løpet av et kort og definert tidsrom. Massetesting kan bidra til å få en oversikt over mye av smitten i et gitt tidsrom og føre til isolering av de smittede og karantenesetting av deres nærkontakter. Dette er beskrevet i dokumentet om ny teststrategi fra FHI til Helsedirektoratet fra 16. desember 2020.
- Massetesting har vært benyttet i andre land som f.eks. Storbritannia, Italia, Slovakia og Danmark. I Slovakia ble det i oktober-november 2020 utført en kampanje med totalt tre runder massetesting av befolkningen. I Danmark har man i stor grad hatt en strategi med storskalatesting under pandemien, der man tester omtrent 10 ganger flere per capita enn i Norge. Tidlig erfaring fra omikronvarianten tyder på at til tross for dette, har det vært stor samfunnsbredning og nye innleggelseser under den pågående vinterbølgen.
- Det er foreløpig uklart hvor effektiv en massetestingsstrategi er, og det finnes både fordeler og ulemper med slik testing.
- **Vurdering:** Massetesting har en rekke fordeler, men er ressurskrevende både økonomisk og personellmessig og er lite målrettet. Et alternativ som trolig er mer kost-nytte-effektivt er jevnlig testing, der oppfølgende testing i en kontrollert kohort kan over tid minske og holde nede smittepresset.

Fordeler	Ulemper
<ul style="list-style-type: none">- Man får raskt oversikt over smittestatus i store deler av befolkningen- Midlertidig nedgang i lokalt smittetall (Re)- Økt effekt av andre smitteverntiltak som symptombasert testing og smittesporing.	<ul style="list-style-type: none">- Krever mange tester og mye personell.- Gir kun et øyeblikksbilde på det tidspunktet testen ble tatt. Enkelte smittede kan være så tidlig i forløpet at man ikke får positiv test ennå. Massetesting bør derfor gjentas.- Lite målrettet.

Folkehelseinstituttets vurdering del D

Oppdrag. Dersom helhetsvurderingen tilsier behov for lettelse i de nasjonale smitteverntiltakene, bes det om en særskilt vurdering av om det enkelte steder bør innføres strengere smitteverntiltak regionalt enn det som bør gjelde nasjonalt.

D. Særskilt vurdering av behov for regionale tiltak

Vurdering i dag: Ut ifra dagens smittesituasjon vurderes det ikke som aktuelt å innføre nasjonale lettelse med regionale innstramminger.

FHI bistår kommunene løpende i direkte rådgivning ved vurdering av smittesituasjonen, utbrudd, oppfølging av TISK-arbeidet og vaksinasjon. Selv om ikke regionale tiltak innføres nå, vil kommuner fortsatt ha mulighet til å innføre egne lokale tiltak i henhold til smitteutviklingen. Å innføre regionale tiltak vil i noen grad frata kommunene mulighet til å selv bestemme innretningen på de lokale tiltakene og tilpasse dem til lokale særegenheter.

Merk at tiltak for skoler og barnehager vurderes separat i oppdrag 599.

Begrunnelse: Ut ifra dagens smittesituasjon vurderes det ikke som aktuelt å innføre nasjonale lettelse med regionale innstramminger. Den nasjonale forekomsten er høy og omikronvarianten dominerer nå i samtlige fylker (med unntak av Agder), se tall i ukesrapportene fra FHI. Det er usikkert hvordan dette vil påvirke forekomsten og innleggelsesraten. Justeringene vi anbefaler i del A.ii er marginale, og det er derfor ikke hensiktsmessig med ytterligere regionale innstramminger. Omikronvariantens smittepotensial innebærer at det er mindre relevant med geografisk differensierte tiltak for å hindre spredning.

Vurderes igjen etter januar: Regionale tiltak burde vurderes igjen dersom smittesituasjonen gjennom januar tilsier det, for å oppnå størst smitteverneffekt til minst mulig tiltaksbyrde nasjonalt. Inngripende tiltak i form av forskriftsfesting burde i hovedsak vedtas på lokalt nivå og ikke nasjonalt, for å unngå unødig belastning på befolkningen i områder med mindre smittetrykk.

Vi viser til konkrete forslag til tiltak i tidligere oppdragsbesvarelser på 576 og 552 (versjon 5.12.21).

Oversikt over vedlegg:

Vedlegg A.2 Vurdering ved justering av nasjonale tiltak

Vedlegg A.3 Opplevd tiltaksbyrde, FHUS DEC2021

Vedlegg B.1 Deskriptiv statistikk av vaksinerte vs. uvaksinerte

Vedlegg B.2 Utdypende bakgrunnsinformasjon vedr bruk av koronasertifikat

Vedlegg B.3 Innenlands bruk av koronasertifikat - praksis i andre EU/EØS-land

Vedlegg A.2

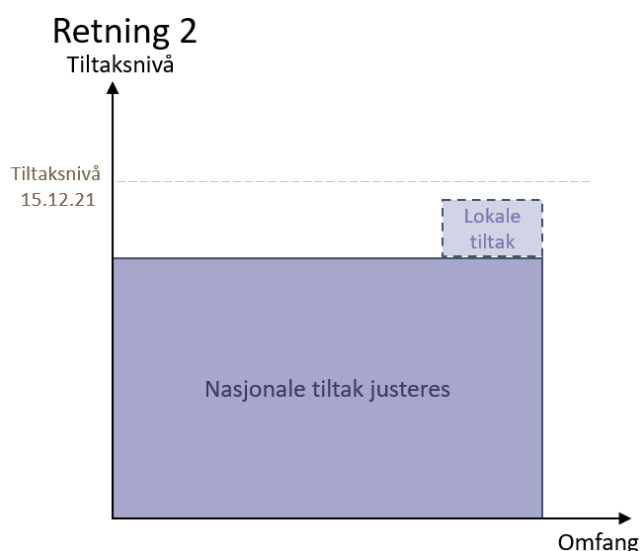
Justering av nasjonale råd og regler

Gjeldende nasjonale råd og regler er hentet fra regjeringen.no, oppdatert 23.12.2021. [Link](#)

Merknad: Tabellen gir forslag til *justeringer* i gjeldende nasjonale råd og regler for kontaktreduserende tiltak, i tilfelle helhetsvurderingen tilsier behov for tiltak på omtrent samme nivå som dagens. Vaksinasjon, kommunikasjon, koronasertifikat og tiltak rettet mot innreise drøftes ikke i tabellen under, men må tas med i en helhetsvurderinger.

Tabellen beskriver en tiltakspakke som overordnet er ment å begrense den enkeltes nærkontakter utenfor husstanden per uke. Å gjøre justeringer i nåværende smitteverntiltak kan innebære en økt smitterisiko, men forslagene som legges frem vurderes å samlet tilføre en tålbart økning i risiko sett opp mot kostnadsbesparelser i form av lavere tiltaksbyrde. Fordi totaleffekten av de samlede smitteverntiltakene, adferdsendringen i befolkningen, vaksineopplutningen og virusets spredningspotensiale er usikker, er det ikke mulig å spesifikt angi tiltakenes smitteverneffekt.

Smitteverneffekt og tiltaksbyrde av enkelttiltakene drøftes i dette vedlegget. Imidlertid er det den totale tiltaksbyrden og den samlede effekten av alle typer tiltak som er av avgjørende betydning.



Forklaring til tabell. [Utredningsinstruksen](#) krever at alle virkninger av tiltak skal synliggjøres i et beslutningsgrunnlag. Virkninger som er identifisert og beskrevet skal tallfestes så langt det er mulig. Dersom informasjon nødvendig for tallfesting ikke er tilgjengelig anbefales det at virkningen av tiltaket rangeres på en overordnet skala.

Effekten av tiltakene som vurderes er usikker. Det er metodisk utfordrende å estimere effekten av enkelttiltak både fordi tiltak ofte innføres i tiltakspakker, det er variasjon i tiltaksnivå mellom kommuner, og effekten av tiltak påvirkes av informasjonstilgang, selvregulering, risikoforståelse, opplutning og etterlevelse i befolkningen – som vil variere gjennom epidemien. Befolkningen vil trolig respondere annerledes på de samme tiltakene som er innført nå, sammenlignet med våren 2020 og vinteren 2021. Å tallfeste effekten av tiltak basert på et svakt kunnskapsgrunnlag vil gi et falskt inntrykk av presisjon.

Smitteverntiltakene har både tilsiktete og utilsiktete virkninger på alle sektorer og grupper i samfunnet, både på kort og lang sikt. Det er et stort behov for mer kunnskap om effekter av tiltak, både på tiltakenes smitteverneffekt og de negative tilleggsvirkningene på økonomi og samfunn. FHI utfører egne analyser på effekter av tiltak og tilgjengeliggjør data, men er også avhengig av andre analysemiljøer både nasjonalt og internasjonalt.

JUSTERING

<p>Nasjonale råd og regler Innført natt til 15.12.21 Hentet fra regjeringen.no 23.12.21</p>	<p>Forslag til nasjonale justeringer fra nåværende tiltaksnivå i rødt</p>	<p>Vurdering av smittevern</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde på folkehelsen og sosiale konsekvenser</p>
<p>Private hjem og sosial kontakt Hold 1m avstand til andre enn de du bor med og tilsvarende nære. Unntak for barn i barnehager og barneskoler, og ved utøvelse av tjenester for barn og unge / sårbare grupper. Oppfordring om maks 10 gjester i tillegg til de du bor sammen med, maks 20 gjester en gang i løpet av jule- og nyttårshøytiden. Barn i barnehager og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort/klasse/avdeling selv om det overstiger anbefalt antall gjester. Personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp og uvaksinerte voksne bør skjerme seg, men ikke isolere seg. Det er viktig med noe sosial kontakt. Treff andre utendørs når det er mulig. Reduser antall nærkontakter, men ikke isoler deg.</p>	<p>Private hjem og sosial kontakt Hold 1m avstand til andre enn de du bor med og tilsvarende nære. Unntak for barn i barnehager og barneskoler, og ved utøvelse av tjenester for barn og unge / sårbare grupper. Oppfordring om maks 10 gjester i tillegg til de du bor sammen med, maks 20 gjester en gang i løpet av jule- og nyttårshøytiden. Barn i barnehager og barneskoler kan ha besøk fra egen kohort/klasse/avdeling selv om det overstiger anbefalt antall gjester. Personer med risiko for alvorlig sykdomsforløp og uvaksinerte voksne bør skjerme seg, men ikke isolere seg. Det er viktig med noe sosial kontakt. Treff andre utendørs når det er mulig. Reduser antall nærkontakter, men ikke isoler deg.</p>	<p>Vurdering av smittevern Smittesporingsdata indikerer at om lag halvparten av smitteoverføringen i befolkningen trolig skjer i private hjem. Ved å videreføre anbefaling om maksimalt 10 gjester og 1 m avstand til andre enn husstandsmedlemmer vil man unngå at det samles større forsamlinger i private hjem.</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde Det vurderes å ha en begrenset velferdskostnad å ikke kunne ha flere enn 10 gjester i tillegg til husstandsmedlemmer, i hjemmet. Tiltaket vurderes som lite inngripende, sett i forhold til andre restriktive tiltak ellers i samfunnet, og fordi tiltaket er en oppfordring og ikke forskriftsfestet.</p>
<p>Ankomst Norge</p>	<p>Viser til egne oppdrag om innreise</p>	<p>--</p>	<p>--</p>
<p>Kollektivtransport/taxi Anbefales å unngå bruk av kollektivtrafikk for å komme seg til arrangement. Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. I taxi er det påbud om bruk av munnbind for både passasjer og sjåfør.</p>	<p>Kollektivtransport/taxi Anbefales å unngå bruk av kollektivtrafikk for å komme seg til arrangement. Unngå bruk av kollektivtrafikk ved trengsel. Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. I taxi er det påbud om bruk av munnbind for både passasjer og sjåfør.</p>	<p>Vurdering av smittevern Bruk av kollektivtrafikk kan føre til tettere kontakt og utgjør derfor en smitterisiko. Det er trengsel når mange reiser samme vei som utgjør en risiko, og dette kan unngås om reiser planlegges og reisetidspunkt spres. Det anses som et mer effektivt tiltak å anbefale unngåelse av kollektivtrafikk ved trengsel, enn til spesifikke aktiviteter. Justeringen gjør tiltaket mer målrettet mot den aktiviteten som utgjør en smitterisiko. Gevinsten ved å tydeliggjøre formålet med en anbefaling kan være økt etterlevelse i befolkningen.</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde Ingen kostnadsendring av betydning. På steder med mye bruk av kollektivtrafikk er det mange som ikke har andre måter å forflytte seg på. For denne gruppen er det nødvendig å tilrettelegge for kollektivbruk, og at tiltaket er en anbefaling om kan tilpasses den enkeltes hverdag. Elever, studenter og samfunnskritisk personell er mer avhengig av å reise kollektivt i rushtiden, enn arbeidstakere som kan ha hjemmekontor eller fleksibel arbeidstid.</p>

<p>Butikker/kjøpesentre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. - Krav om smittevern faglig forsvarlig drift. <p>Varemesser, midlertidige markeder o.l</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plikt til å registrere gjester som samtykker til det. - Krav til smittevern faglig forsvarlig drift. 	<p>Ingen justering</p>	<p>Vurdering av smittevern</p> <p>Det vurderes å ha en betydelig smitterisiko å ha butikker, kjøpesentre og varehandel åpen fordi det gir flere kontaktpunkter og økt mobilitet. Noe av smitterisikoen kan begrenses ved krav om smittevern faglig drift, avstand, antallsbegrensninger og munnbind.</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde</p> <p>Å stenge ned varehandel vurderes å ha en betydelig samfunnskostnad og er svært inngripende. Det er en arbeidsintensiv sektor med svært mange ansatte.</p> <p>Økonomisk kostnad: Viser til Finansdepartementets arbeidsnotat 2021/1.</p>
<p>Restauranter, kafeer og uteliv</p> <p>Skjenkestopp</p> <p>Serveringsstedet skal sørge for at alle kan holde 1m avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.</p> <p>Serveringssteder skal ikke gjennomføre aktiviteter som normalt innebærer mindre avstand mellom gjestene enn 1m (f.eks dansing).</p> <p>Serveringsstedet skal sørge for smittevernet, men du må også passe på at dere ikke er for mange.</p> <p>Krav om munnbind der det ikke er mulig å holde meteren, unntak mens man sitter ved bordet.</p> <p>Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.</p>	<p>Restauranter, kafeer og uteliv</p> <p>Skjenkestopp etter klokken 22 [veiledende]**</p> <p>Serveringsstedet skal sørge for at alle kan holde 1m avstand til andre enn husstandsmedlemmer og tilsvarende nære.</p> <p>Serveringssteder skal ikke gjennomføre aktiviteter som normalt innebærer mindre avstand mellom gjestene enn 1m (f.eks dansing).</p> <p>Serveringsstedet skal sørge for smittevernet, men du må også passe på at dere ikke er for mange.</p> <p>Krav om munnbind der det ikke er mulig å holde meteren, unntak mens man sitter ved bordet.</p> <p>Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.</p> <p>**Forbehold om at det nasjonale/eller regionale smittetrykket de to første ukene av januar tilsier at justering er forholdsmessig.</p>	<p>Vurdering av smittevern</p> <p>Skjenkestopp er et smitteverntiltak rettet mot den aktiviteten som utgjør en betydelig smitterisiko. Et høyt alkoholinntak i sosiale lag er forventet å redusere den enkeltes etterlevelse av smittevernreglene, samt øke antall nærkontakter.</p> <p>Det har en smitteverngevinst med nasjonalt skjenkestopp fordi det blir færre sosiale møteplasser og lavere mobilitet. På den annen side kan den sosiale møteplassen flyttes til hjemmet hvor trolig smittevern i mindre grad overholdes enn hva smittevern faglig drift ved serveringssteder sørger for. Hvis flere steder velger å stenge som følge av skjenkestopp, gir det en tilleggseffekt i form av ytterligere reduksjon i smitterisiko.</p> <p>Desember er særlig en måned med stort trykk på uteliv, servering og sosiale samlinger før jul. Vi vurderer smitteverngevinsten av et nasjonalt skjenkestopp som noe lavere i januar.</p> <p>For mer målretting av tiltaket etter ønsket om å redusere risikoadferd, kan det innføre skjenkestopp i et begrenset tidsrom. Å tillate skjenking kan bidra til økt smitterisiko, da det kan gi økt mobilitet og flere nærkontakter i tidsrommet før, under og etter servering. Imidlertid er smitterisikoen vurdert å</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde</p> <p>Nasjonalt skjenkestopp er inngripende for sektoren som rammes og de tilhørende arbeidstakerne. Å begrense skjenking etter et gitt tidspunkt vil i større grad muliggjøre økonomisk aktivitet, hindre permitteringer og gi sektoren mulighet til å tilpasse driften etter smittevern.</p> <p>Det kan gi økonomiske gevinster i form av innovasjon og økt konkurranse, om serveringssteder får mulighet til å tilpasse virksomheten til smittevern faglig drift.</p> <p>Økonomisk kostnad: Viser til Finansdepartementets arbeidsnotat 2021/1. Den økonomiske kostnaden er forventet å øke i omfang jo lenger skjenkestopp varer.</p> <p>Sosial kostnad: Nasjonalt skjenkestopp har velferdskostnader i form av tapt fellesskap og sosiale møteplasser. Sosiale konsekvenser for ansatte som permitteres/sies opp som en følge av stenging.</p>

		være lavere jo tidligere tidspunktet settes. Hva som skal være det nøyaktige klokkeslettet vil være skjønnsmessig vurdering. Tidspunktet kl. 22 er veiledende, og er valgt fordi det er gjenkjennelig fra tidligere i pandemien.	De andre nordiske landene innførte i desember begrenset skjenking etter et gitt klokkeslett, Finland kl 17:00 uten koronasertifikat og 21:00 med koronasertifikat og Danmark kl 22:00. Sverige har ingen begrensning på skjenking.
<p>Arrangementer Begrens sosiale sammenkomster og arrangementer du deltar på.</p> <p>Regler ved gjennomføring av arrangementer innendørs og utendørs: Skjenkestopp. Arrangør skal bl.a. sørge for at alle kan holde minst 1m avstand til andre som ikke er i samme husstand el tilsvarende nære.</p> <p>Private arrangementer/ sammenkomster på offentlig sted, leide/lånte lokaler: Innendørs: Maks 20 personer, maks 50 personer ved minnestund. Utendørs: Maks 50 personer. Munnbindpåbud.</p> <p>Offentlige arrangementer innendørs: Uten faste tilviste plasser: Maks 20 personer. Med faste tilviste plasser: Maks 50 personer. Munnbindpåbud.</p> <p>Offentlig arrangementer utendørs: Uten faste tilviste plasser: Maks 100 personer. Med faste tilviste plasser: 200 personer x 3. Munnbind anbefales.</p>	<p>Arrangementer Begrens sosiale sammenkomster og arrangementer du deltar på.</p> <p>Regler ved gjennomføring av arrangementer innendørs og utendørs: Skjenkestopp etter klokken 22 [veiledende]. Arrangør skal bl.a. sørge for at alle kan holde minst 1m avstand til andre som ikke er i samme husstand el tilsvarende nære.</p> <p>Private arrangementer/ sammenkomster på offentlig sted, leide/lånte lokaler: Innendørs: Maks 20 personer, maks 50 personer ved minnestund. Utendørs: Maks 50 personer. Munnbindpåbud.</p> <p>Offentlige arrangementer innendørs: Uten faste tilviste plasser: Maks 20 personer. Med faste tilviste plasser: Maks 50 personer. 200 personer, forutsatt smittevern faglig forsvarlig drift. Munnbindpåbud for publikum.</p> <p>Offentlig arrangementer utendørs: Uten faste tilviste plasser: Maks 100 personer. Med faste tilviste plasser: maksimalt 200 personer x 3 600 personer, forutsatt smittevern faglig forsvarlig drift. Munnbind anbefales.</p> <p>Man kan vurdere å skille mellom type utendørs arrangementer, for eksempel tillate flere ved et mosjonsløp enn på konserter.</p> <p>Utendørs arrangementer tilknyttet kultur- og fritidsaktiviteter for barn og unge kan skje uten antallsbegrensning for deltagerne og med et nødvendig antall voksne, såfremt det ikke tilrettelegges for publikumsområder (med mindre totalt antall til stede er under 100) og bruk av innendørs fasiliteter.</p>	<p>Vurdering av smittevern</p> <p>Foreslåtte tall på antallsbegrensninger er veiledende. Det er lettere for befolkningen å følge tiltakene når de er gjenkjennelige.</p> <p>Tiltakene burde tilpasses lokalets størrelse og smitterisikoen ved det spesifikke arrangementet. Mange lokaler er store og har mulighet til å opprettholde smittevern faglig drift på tross av mange deltakere. Andre mindre lokaler vil naturlig begrenses av 1m regelen fra kravet om smittevern faglig drift.</p> <p>For offentlige arrangementer med faste tilviste plasser kan prosentvis antallsbegrensning etter lokalets kapasitet være mer hensiktsmessig, enn en absolutt magsgrense og ev. kohortinndeling.</p> <p>Ved å allikevel sette en generell øvrig antallsbegrensning sikres begrenset mobilitet og antall kontaktpunkter. Ved å forutsette smittevern faglig drift må arrangør vurdere maks begrensningen opp mot hva som er praktisk gjennomførbart, avhengig av lokalets størrelse og utforming. Dersom arrangementet gjennomføres i tråd med smittevernet vil det være liten risiko for videre smitte.</p> <p>Det er større smitteverneffekt å hindre innendørs kontaktpunkter enn utendørs. Ved individuell utendørs idrett er det nær ingen smitterisiko mellom utøverne, men</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde</p> <p>Strengt antallsbegrensninger innebærer betydelig redusert aktivitet i sektorer som driver med arrangementer og kulturell virksomhet.</p> <p>Økonomisk kostnad: Viser til Finansdepartementets arbeidsnotat 2021/1. Langvarige restriksjoner kan gi tapt kompetanse i den sektoren som rammes.</p> <p>Sosial kostnad: Sosiale konsekvenser for ansatte som permitteres/sies opp.</p>

		risikoen ligger i start- og målområde og mellom tilskuere. Dersom man tilrettelegger for minst mulig kontakt mellom arrangør og utøver, begrenser publikum og unngår innendørstilbud vil risikoen ved et slikt arrangement være begrenset. Det er sånn sett stor forskjell mellom ulike arrangementer, for eksempel mosjonsløp og konsert.	
Skoler, barnehager og SFO Gult nivå i barnehager og barne- og ungdomsskoler, må ha beredskap for rask overgang til rødt nivå. Det kan arrangeres sammenkomster i barnehage/barneskole med hele klasser/avdelinger/grupper med nødvendig antall voksne til stede. Rødt nivå på videregående skoler og for voksenopplæring.	Skoler, barnehager og SFO <i>Viser til oppdrag 599 om innretning av trafikklysmodellen og veiledere om smittevern. Tilleggsoppdrag til oppdrag 590 om tiltaksnivå i skoler og barnehager og anbefalinger om testing besvares sammen med oppdrag 599</i>	Vurdering av smittevern <i>Viser til oppdrag 599 om innretning av trafikklysmodellen og veiledere om smittevern. Tilleggsoppdrag til oppdrag 590 om tiltaksnivå i skoler og barnehager og anbefalinger om testing besvares sammen med oppdrag 599</i>	Vurdering av tiltaksbyrde <i>Viser til oppdrag 599 om innretning av trafikklysmodellen og veiledere om smittevern. Tilleggsoppdrag til oppdrag 590 om tiltaksnivå i skoler og barnehager og anbefalinger om testing besvares sammen med oppdrag 599</i>
Arbeidsliv Arbeidsgivere pålegges å sørge for at ansatte jobber hjemmefra dersom dette er praktisk mulig og ikke til hinder for viktig og nødvendig virksomhet på arbeidsplassen, blant annet virksomhet for å ivareta barn og sårbare grupper. Anbefaling om 1m avstand og bruk av munnbind om ikke mulig å holde avstand. Påbud om å bruke munnbind gjelder i noen publikumsrettede deler av arbeidslivet.	Ingen justering	Vurdering av smittevern Det vurderes å ha en betydelig smitteverngvinst å opprettholde anbefalingen om hjemmekontor.	Vurdering av tiltaksbyrde Hjemmekontor vurderes å ha noe samfunnskostnad, men den kan begrenses ved at anbefalingen er tilpasset virksomheten og den enkeltes behov. Økonomisk kostnad: Viser til Finansdepartementets arbeidsnotat 2021/1. Sosial kostnad: Tap av fysiske møter og sosialt samvær med kolleger kan redusere enkeltes trivsel og velferd.
Idretts- og fritidsaktiviteter Bør gjennomføres utendørs så langt det er mulig for alle aldersgrupper. <u>Barn og unge under 20 år:</u> - Barn til og med ungdomsskole: Utendørs anbefales gruppestørrelse etter nivå i trafikklysmodellen i skolen. Innendørs anbefales gruppestørrelse på maks 20 personer eller etter klasse/kohort. - For barn/unge som er ferdig med ungdomsskolen anbefales gruppestørrelse på maks 20 personer, og i tillegg	Idretts- og fritidsaktiviteter Bør gjennomføres utendørs så langt det er mulig for alle aldersgrupper. <u>Barn og unge under 20 år:</u> —Barn til og med ungdomsskole: Utendørs anbefales gruppestørrelse etter nivå i trafikklysmodellen i skolen. Innendørs anbefales gruppestørrelse på maks 20 personer eller etter klasse/kohort. —For barn/unge som er ferdig med ungdomsskolen anbefales gruppestørrelse på maks 20 personer, og i tillegg	Vurdering av smittevern Restriksjoner ved idretts- og fritidsaktiviteter bør følge begrensninger i skole, for å bedre harmonisere aktivitetsmønstre mellom skole/fritid og redusere smittespredning. Der man har jevnlig testing på skole vil også smitte tilknyttet barn og unges fritid kunne avdekkes. Dette vil ytterligere senke risiko ved å opprettholde åpne aktiviteter.	Vurdering av tiltaksbyrde Det vil gi barn og unge høyere trivsel, velferd og mer normal livsutfoldelse om fritidsaktiviteter normaliseres. Tiltaksbyrden ved langvarige begrensninger av organiserte fritidsaktiviteter er stor. Mulighet for å gjennomføre utendørs aktiviteter som normalt også for

<p>tillegg bør denne aldersgruppen holde meteren også ved gjennomføring av fritidsaktiviteter.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Egne anbefalinger for idrettsarrangementer for barn og unge utendørs, se regjeringen.no/arrangementer. <p>Voksne over 20 år:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innendørs: Anbefales utsatt/avlyst. - Utendørs: Anbefalt maks 20 personer og 1m avstand. <p>Toppidrett kan gjennomføres tilnærmet som normalt innenfor rammen av de nye smitteverntiltakene.</p> <p>Treningssentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg og hotellbasseng</p> <p>Holdes kun åpent for:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuell trening, krav om 2 meter avstand ved høyintensiv trening. - Skolesvømming, svømmekurs, svømmetrening, konkurranse-svømming med arrangør. - Rehabilitering og opptrening individuelt / i mindre grupper med arrangør. - Annen individuell behandling som det kan bestilles time til og hvor bad er en del av behandlingen. <p>Krav til smittevernfaglig forsvarlig drift. Plikt til å registrere gjester som samtykker til det.</p> <p>Treningssentre kan ha gruppetrening utendørs med maks 20 personer og minst 1 m avstand mellom de som er til stede.</p>	<p>bør denne aldersgruppen holde meteren også ved gjennomføring av fritidsaktiviteter.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Egne anbefalinger for idrettsarrangementer for barn og unge utendørs, se regjeringen.no/arrangementer. <p>Innendørs: anbefalt gruppestørrelse på omtrent 20 personer eller etter klasse/kohort.</p> <p>Utendørs: ingen antallsbegrensninger.</p> <p>Anbefaling om avstand bør gjelde for barn og unge over barneskolealder dersom det ikke er til hinder for gjennomføring av aktiviteten.</p> <p>I perioder med rødt tiltaksnivå på skoler bør begrensning av organiserte fritidsaktiviteter også vurderes.</p> <p>Voksne over 20 år:</p> <p>Innendørs: Anbefales utsatt/avlyst. Anbefalt maks 10 personer og 1 m avstand. Ved intensiv trening bør det tilrettelegges for 2 m avstand.</p> <p>Utendørs: Anbefalt omtrent 20 personer og 1m avstand.</p> <p>Alternativt utendørs: Ingen antallsbegrensning. Anbefaling om avstand gjelder dersom det ikke er til hinder for gjennomføring av aktiviteten.</p> <p>Toppidrett kan gjennomføres tilnærmet som normalt innenfor rammen av de nye smitteverntiltakene.</p> <p>Treningssentre, svømmehaller, badeland, spaanlegg og hotellbasseng</p> <p>Holdes kun åpent for:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuell trening, krav om 2 meter avstand ved høyintensiv trening. - Skolesvømming, svømmekurs, svømmetrening, konkurranse-svømming med arrangør. - Rehabilitering og opptrening individuelt / i mindre grupper med arrangør. - Annen individuell behandling som det kan bestilles time til og hvor bad er en del av behandlingen. <p>Krav om smittevernfaglig forsvarlig drift, inkl. krav om 1 meters avstand mellom personer og 2 meters avstand ved høyintensiv trening. Plikt til å registrere gjester som samtykker til det. Antallsbegrensning ved gruppetrening følger råd som ved organiserte fritidsaktiviteter, dvs inntil 10 personer innendørs og 20 personer utendørs, alternativt utendørs: ingen antallsbegrensning.</p>	<p>Smitterisikoen er høyest ved innendørs aktivitet, og risikoen kan reduseres ved redusert gruppestørrelse og anbefaling om avstand.</p> <p>Det er betydelig mindre smitterisiko utendørs. Ved avstandskrav vil denne risikoen reduseres, men utendørs kontaktidretter vil i utgangspunktet ha begrenset tid med nærkontakt.</p> <p>Når også barn som er ferdig med ungdomsskolen unntas avstandskrav ved gjennomføring av aktivitet, kan smitterisikoen øke noe, men så lenge avstand holdes i andre situasjoner er risikoen antagelig begrenset.</p> <p>Antallsbegrensninger utendørs vil ha begrenset smittereduserende effekt under aktiviteten, men kan bidra til å redusere mobiliteten.</p>	<p>voksne, der smitterisikoen vurderes som svært begrenset, vil redusere tiltaksbyrden.</p> <p>Det vil være en administrativ besparelse når tiltak forenkles og i større grad samsvarer på tvers av kategorier.</p>
--	---	---	---

<p>Høyere utdanning Krav om å tilrettelegge for digital undervisning, ferdighetstrening og eksamen så langt det er mulig</p>	<p>Høyere utdanning Krav om å tilrettelegge for Opprettholde digitalt undervisningstilbud, ferdighetstrening og eksamen så langt det er mulig.</p> <p>Tilrettelegge for mer fysisk undervisning, med forbehold om at generelle smittevernråd følges: lufting, avstand og være hjemme ved symptomer. Avhengig av tilgjengelighet, bør tester være lett tilgjengelig på campus, og jevnlig testing bør vurderes</p> <p><u>Klasseromsundervisning:</u> Mindre grupper/oppgaveløsning/seminarer i klasserom bør begrenses til maks 20 personer med 1m avstand. Avstands anbefalingen kan fravikes der det er nødvendig for gjennomføringen av undervisningen.</p> <p><u>Auditorium og forelesning:</u> I større auditorium kan antallsbegrensningen følge anbefalingen for offentlige arrangementer med faste tilviste sitteplasser, og kravene i smittevernfaglig forsvarlig drift.</p>	<p>Vurdering av smittevern</p> <p>Det er en smitterisiko å åpne for noe mer fysisk undervisning, hvis det fører til økt mobilitet og flere kontaktpunkter per person. Campus, lesesaler og biblioteker er allerede åpne og studenter kan møtes seg imellom i kollokveigrupper.</p> <p>Det vurderes å gi en liten ekstra smitterisiko å tillate noe fysisk undervisning, hvis generelle smittevernråd følges.</p> <p>Smitteverneffekten av tiltakene kan i stor grad opprettholdes om antallsbegrensninger tilpasses størrelsen og utformingen på undervisningsrommet.</p> <p>Institusjonene har god oversikt over studenter oppmeldt i fag, med kontaktinformasjon tilgjengelig ved mulig utbrudd.</p> <p>Å gjøre tester lett tilgjengelig på campus er et viktig tiltak for å unngå smitteutbrudd.</p> <p>Å organisere jevnlig testing er mer ressurskrevende, men vil fange opp asymptotiske tilfeller som så isoleres. Jevnlig testing er mer effektivt i områder med mye smitte, press på helsetjenester og utbrudd på undervisningsstedet. Jevnlig testing av studenter kan gi god oversikt og hindre videre smitte på andre arenaer.</p> <p>Det er viktig at undervisningstilbud også er tilgjengelig digitalt ved potensielle smitteutbrudd og påfølgende isolasjon/karantene.</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde</p> <p>Å begrense muligheten for fysisk undervisning i høyere utdanning har potensielt en stor kostnad for læring, frafall og for studentenes trivsel. Dersom digitale studier reduserer studentenes læringsutbytte, kan det få langvarige samfunnskostnader. Dagens studenter er fremtidens arbeidskraft.</p> <p>Å begrense fysisk undervisning kan også redusere studentenes trivsel, velferd og virke negativt på deres mentale helse. Studenters bosituasjon er ofte lite egnet til å studere hjemmefra, i sterk kontrast til de fleste arbeidstakere på hjemmekontor.</p> <p>Det er en effektivitetsgevinst om jevnlig testing kan erstatte behov for mer inngripende kontaktreduserende tiltak, men det avhenger av om det er nok tester.</p>
<p>Biblioteker, museer Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. Krav til smittevernfaglig forsvarlig drift.</p> <p>Fornøylesparker, lekeland, spillehaller o.l Skal holde stengt.</p>	<p>Ingen justering</p>	<p>Vurdering av smittevern</p> <p>Det vurderes å medføre noe økt smitterisiko om det åpnes for noe mer aktivitet innen fornøylesparker, lekeland og spillehaller o.l. fordi det gir flere kontaktpunkter og økt mobilitet. Det</p>	<p>Vurdering av tiltaksbyrde</p> <p>Økonomisk kostnad: Viser til Finansdepartementets arbeidsnotat 2021/1, for kostnadsberegninger ved stenging</p>

<p>Frisør, hudpleier o.l Krav om munnbind dersom man ikke kan holde 1m avstand. Plikten til å bruke munnbind gjelder ikke for kunden i situasjoner der det ikke er praktisk mulig å bruke munnbind.</p>		vurderes ikke som en prioritet å lette for slik aktivitet ved justeringer av tiltak.	av fornøyelsesparker, lekeland, spillehaller o.l. Det er kostnadsbesparende, både administrativt og for samfunnet, om forskriftsfestet stenging av økonomisk aktivitet i størst mulig grad erstattes av krav om smittevernaglig forsvarlig drift – istedenfor å gi unntak i gjeldende forskrift.
<p>Karantene</p>	<p><i>Se oppdrag 578 og 580</i></p>	<p>--</p>	<p>--</p>

Vedlegg A.3 Opplevd tiltaksbyrde desember 2021

Fylkeshelseundersøkelsen om korona (FHUS-korona DES2021) har spurt befolkningen om opplevd tiltaksbyrde ved ulike smitteverntiltak. Fra 06.12 til 20.12 ble 57 397 innbyggere i fire fylker: Agder, Nordland, Vestland og Oslo invitert til å delta i fylkeshelseundersøkelsen om korona. **Totalt antall svar er 22 892** av 57 397. Dette gir en svarprosent på 39.9%.

FHUS-korona DES2021: Undersøkelsen har kun foregått på nett, hvor deltakerne har svart ved å fylle ut et digitalt spørreskjema. Deltagerne kunne bruke PC, smarttelefon eller nettbrett for å svare. Det har tatt om lag 20 minutter å fylle ut spørreskjemaet på mobiltelefon, nettbrett eller PC. For å besvare undersøkelsen må man logge inn via ID-porten og bruke BankID eller MinID. Dataene er per i dag ikke publisert. Vi presenterer her noen foreløpige resultater.

Tabell 1.

Hvor belastende ville du oppleve følgende tiltak hvis de ble innført nå og skulle vare de neste fire ukene?

	N	Ikke belastende	Litt belastende	Noe belastende	Ganske belastende	Svært belastende	Ikke aktuelt
		%	%	%	%	%	%
Unngå besøk i hjemmet	22,679	15.2 %	22.1 %	19.4 %	20.5 %	21.7 %	1.2 %
Maks fem gjester på besøk i hjemmet	22,663	37.3 %	20.2 %	16.2 %	13.8 %	11.3 %	1.3 %
Forbud mot arrangement	22,670	35.8 %	22.9 %	16.8 %	12.6 %	10.0 %	1.9 %
Holde minst én meter avstand til andre	22,675	56.5 %	23.7 %	11.5 %	5.5 %	2.4 %	0.4 %
Påbud om hjemmekontor	22,452	38.4 %	11.7 %	8.2 %	6.6 %	6.3 %	28.8 %
Ha begrenset antall personer en kan omgå og ha kontakt med (f.eks. ti kontakter per uke)	22,635	35.9 %	24.0 %	16.6 %	12.3 %	9.1 %	2.1 %
Bli satt i karantene etter nærkontakt	22,644	20.6 %	21.1 %	17.5 %	19.6 %	19.6 %	1.7 %
Begrensede besøksmuligheter til nærstående i institusjoner (f.eks. sykehus og pleiehjem)	22,643	33.3 %	14.6 %	10.6 %	8.9 %	7.9 %	24.7 %
Stengte serveringssteder	22,689	45.3 %	21.4 %	14.5 %	10.0 %	7.2 %	1.7 %
Skjenkestopp	22,679	64.2 %	12.1 %	8.8 %	6.4 %	5.3 %	3.3 %
Stengte butikker	22,672	6.0 %	15.8 %	20.0 %	27.0 %	30.1 %	1.1 %
Stengte kulturtilbud som kinoer, teatre, konserter	22,667	43.5 %	21.9 %	14.8 %	10.4 %	7.5 %	1.9 %
Stengte treningscentre	22,653	52.5 %	9.9 %	8.4 %	8.0 %	11.4 %	9.8 %
Forbud mot breddeidrett for ungdom og voksne	22,618	42.1 %	11.1 %	10.0 %	9.6 %	10.7 %	16.6 %
Påbud om munnbind på offentlige steder	22,670	61.8 %	20.5 %	9.7 %	4.8 %	2.9 %	0.3 %

Note. FHUS DEC2021

Kilde: FHUS koronagruppen ved FHI. Gruppen består av Tony Leino, Leif Edvard Aarø, Øystein Vedaa, Thomas Nilsen, Marit Knapstad og Ragnhild Bang Nes.

Vedlegg B.1 Deskriptiv statistikk av vaksinerte vs. uvaksinerte

Datagrunnlag fra FHIs ukerapport uke 51 og Beredt-C19

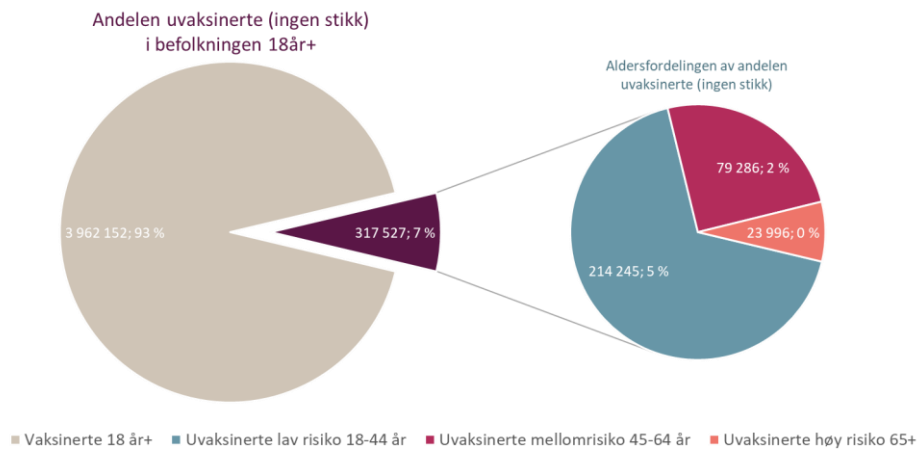
Tabell fra uke rapport 51. Medianalder, risikofaktorer og mediantid fra siste dose blant fullvaksinerte og uvaksinerte som er blitt innlagt i sykehus og intensivavdeling med covid-19 som hovedårsak siden begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet (28. desember 2020–26. desember 2021) samt siste 4 uker. Kilde: Beredt C19 med tall fra Norsk pandemiregister.

Vaksinasjons- status	Siden begynnelsen av vaksinasjonsprogrammet			Siste 4 uker		
	Totalt Sykehusinnleggelser	Medianalder (nedre-øvre kvartil)	Pasienter med høy/moderat risiko for alvorlig forløp av covid-19 Antall (%)	Totalt Sykehusinnleggelser	Medianalder (nedre-øvre kvartil)	Pasienter med høy/moderat risiko for alvorlig forløp av covid-19 Antall (%)
Uvaksinert	3 387	52 (41-64)	1 202 (35%)	448	54 (41-67)	139 (31 %)
Fullvaksinert	1 057	74 (60-82)	794 (75 %)	359	68 (55-77)	264 (74 %)
Intensivavdeling						
Uvaksinert	660	57 (48-67)	294 (44,5 %)	121	57 (49-65)	39 (32 %)
Fullvaksinert	151	70 (58-77)	123 (81,5 %)	51	66 (55-77)	41 (80 %)

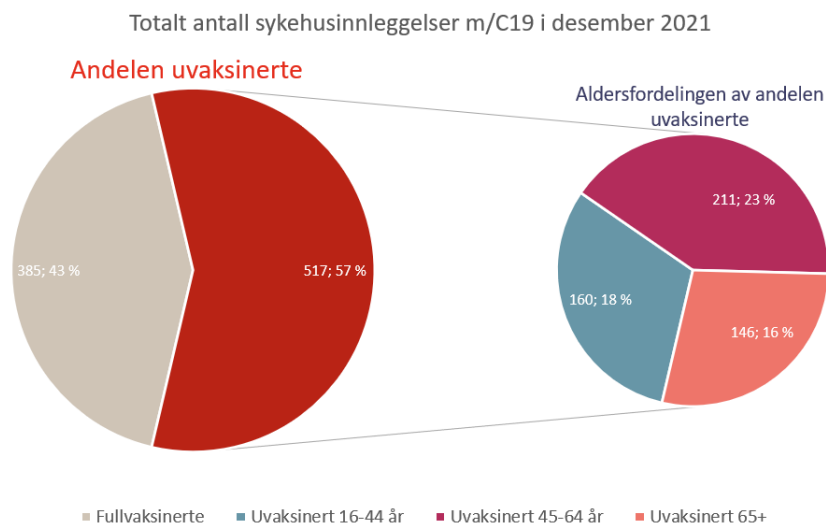
Tabell: Antall innlagt på sykehus med c 19 som hovedårsak i ulike aldersgrupper (desember 2021)

	Alder 16-44 år (Antall)	Alder 45-64 år (Antall)	Alder 65 + år (Antall)
Totalt sykehusinnleggelser			
Uvaksinert	160	211	146
Fullvaksinert	50	131	204
Intensivavdeling			
Uvaksinert	38	78	47
Fullvaksinert	8	27	36

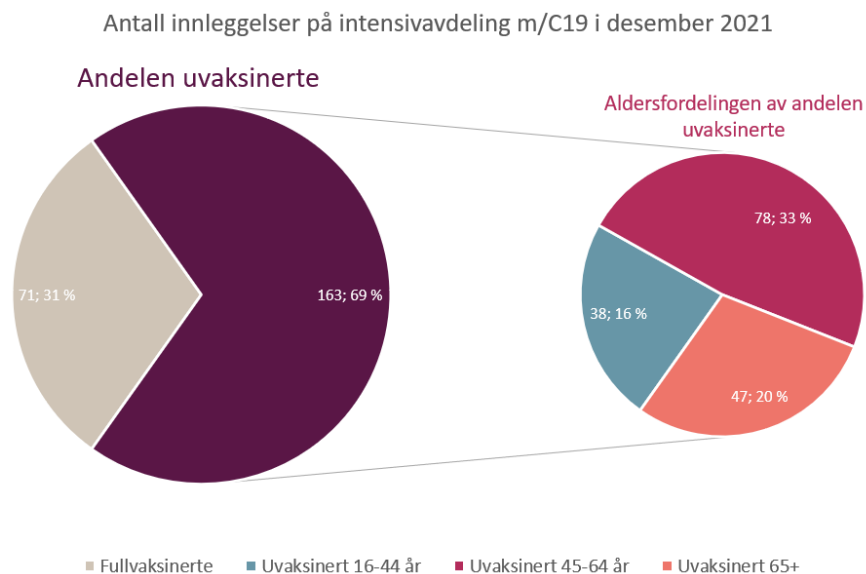
Figur B1.1: Aldersfordelingen blant de uvaksinerte (antall og prosent av hele befolkningen > 18 år) Dagsrapport 5.01.21



Figur B1.2: Aldersfordelingen blant de uvaksinerte innlagt på sykehus (antall og prosent av alle innlagte, desember 2021), jmf tabell 3



Figur B1.3: Aldersfordelingen blant de uvaksinerte innlagt på intensivavdeling på sykehus (antall og prosent av alle innlagte, desember 2021), jmf tabell 3



Vedlegg B.2 Utdypende bakgrunnsinformasjon ved bruk av koronasertifikat

De uvaksinerte i koronasertifikatsammenheng

Etter oppdrag 554 etablerte regjeringen en nedre aldersgrense ved innenlands bruk av koronasertifikat på 16 år. Det innebærer at personer som er 15 år eller yngre ikke vil bli avkrevd koronasertifikat dersom det tas i bruk innenlands. De «uvaksinerte» når det gjelder koronasertifikat inkluderer de som ikke har mottatt noen vaksine og de som kun har fått én av to doser. Dette inkluderer i øyeblikket:

- enkelte 16-åringere som ikke har rukket å få sin andre dose vaksine
- personer som ikke har ønsket videre vaksinerings etter første dose
- personer som ikke har takket ja til vaksine
- personer med medisinsk kontraindikasjon mot videre vaksinerings (pga myo- eller perikarditt, eller alvorlig allergisk reaksjon på vaksinen eller innholdsstoffene).

Dersom koronasertifikatet tas i bruk som et verktøy for å holde uvaksinerte borte fra enkelte aktiviteter, vil sistnevnte gruppe uforskyldt rammes. Det er mulig flere i de to siste gruppene vil fullføre vaksinasjonen dersom Novavax tas i bruk i Norge, ettersom den representerer en annen vaksineteknologi. Merk at flere grupper potensielt vil omfattes etter EUs siste endringer (se besvarelse av tilleggsoppdrag). Følgende grupper kan få ugyldig koronasertifikat basert på vaksine (og nektes adgang på lik linje med uvaksinerte) selv om den medisinske beskyttelsen anses som god:

- Personer som er fullvaksinert for mer enn 270 dager siden og som ikke har fått oppfriskningsdose
- Personer som er fullvaksinert for mer enn 270 dager siden og som siden har gjennomgått covid-19 for mer enn 180 dager siden
- Personer som har gjennomgått covid-19 og som har en eller to vaksinedoser i tillegg, dersom det er mer enn 270 dager siden siste vaksinedose.

Teknisk utvikling

Den nasjonale kontrollside er en dataminimert utgave av EU DCC. Det er teknisk mulig å styre hvilke data fra EU DCC som skal danne grunnlag for å vise en gyldig nasjonal kontrollside som ikke inneholder data. Dvs. nasjonal kontrollside inneholder ingen andre data enn det som er nødvendig for å vise den som rød eller grønn. Det er mulig å vise et grønt resultat på bakgrunn av kun vaksine, kun negativt prøvesvar, kun gjennomgått sykdom eller en kombinasjoner av disse. EU krever at andre lands borgere ikke blir forskjellsbehandlet ved innenlands bruk av koronasertifikat. Dermed bør kravene til gyldig koronasertifikat innenlands baseres på data som er tilgjengelig i EU DCC (definert av EU).

Det er en relativt enkelt teknisk endring å utelate negativ test (dvs at kun immuniserte har gyldig sertifikat nasjonalt). Andre endringer, som å innføre tilleggskrav om negativ test for immuniserte, kan være noe mer tidkrevende å gjennomføre.

Mulighet for ulike bruksmåter for koronasertifikat i ulike sektorer eller regioner

Det er teknisk mulig å etablere særskilt strenge adgangskrav på enkelte aktiviteter eller i områder med stor smittespredning. Eksempelvis har Tyskland innført differensierte krav: Enkelte steder kreves gyldig koronasertifikat basert på negativ test, vaksine eller gjennomgått covid-19 (3G), andre steder gis kun immuniserte adgang (2G), og atter andre gis immuniserte adgang med tilleggskrav om

negativ test. Folkehelseinstituttet har ikke innenfor rammene av dette oppdraget gjort en fullstendig vurdering av en tilsvarende løsning i Norge.

Dersom differensiert bruk av koronasertifikat (basert på geografi eller aktivitet) blir vedtatt, vil det antakelig bli nødvendig å gå vekk fra den visuelt relativt forståelige «grønne» kontrollsiden i koronasertifikatet. Det vil si at innbygger selv må sette seg inn i gjeldende regler for å vite om man oppfyller kravene til adgang. Man vil altså ikke kunne se dette av kontrollsiden slik som nå, men vil få beskjed om dette av kontrollør. Dette vil kreve en teknisk utvikling av koronasertifikatet hvis den nasjonale kontrollsiden skal beholdes, med endring i brukeropplevelsen. Alternativt kan innbygger bruke EU/EØS kontrollsiden, dette vil ikke kreve teknisk utvikling, men medfører utfordringer knyttet til dataansvar og personvern. Begge alternativer krever teknisk utvikling av verifikasjonsappen, og oppgaven for kontrolløren blir mer komplisert.

Vedlegg B.3 Innenlands bruk av koronasertifikat - praksis i andre EU/EØS-land

Informasjon om hvordan utvalgte land i EU/EØS har valgt å ta i bruk koronasertifikatet innenlands. Landene er valgt ut basert på kjennskap til bruk/planlagt bruk av koronasertifikat innenlands. Utvalgte land: Tyskland, Østerrike, Danmark, Italia, Frankrike, Nederland, og Finland.

Koronasertifikatet ble tatt i bruk av de fleste EU/EØS-landene som en del av innreisetiltakene, som en del av et felles system den 1. juli. Italia, Østerrike og Tyskland innførte tidlig bruken av sertifikat innenlands i slutten av juni/ begynnelsen av juli. De andre utvalgte landene innførte bruk av sertifikatet innenlands i tidsrommet mellom 21. juli – 12. november. Danmark innførte tidlig et nasjonalt koronapass (6. april 2021), med lettelse for personer som var fullvaksinerte, hadde gjennomgått covid-19, eller testet negativt de siste 72 timene.

Samtlige av de utvalgte landene har EUDCC som godkjent sertifikat. Noen av landene har egne systemer tillegg, slik som Frankrike, Finland, og Østerrike. I Danmark og Nederland kan de som av medisinske årsaker ikke kan vaksineres, eller testes få utstedt dokumentasjon på dette på borgerservicesentre, og denne dokumentasjonen kan fremvises for å unngå diskriminering forbindelse ved krav om koronasertifikat.

Nederland har i stor grad midlertidig stengt de fleste aktiviteter der koronapass ga tilgang fra og med 19.12.21. De fleste offentlige områder innendørs og utendørs er stengt, og kun essensielle tjenester som handlesenter, apotek, og unntatte tjenester som offentlig transport, banker, bibliotek, og helsetjenester er åpne.

Selv om enkelte land kan ha noe ulik praksis på gyldighet av dokumentasjon og intervaller for vaksinerings, er kravene for gjennomgått covid-19, vaksinerings og testing relativt like.

Bruksområder

Alle landene som er vurdert benytter sertifikatet i forbindelse med gjennomføring av ulike arrangementer og samlinger (innen- og utendørs). Italia og Frankrike har også tatt i bruk sertifikatet for bruk på offentlig transport innenlands. Danmark og Italia har innført krav om koronasertifikat for besøkende ved besøk på sykehjem, sykehus osv., men det finnes også en rekke unntak til dette kravet (og andre). I Danmark er det for eksempel unntak for deltagere i politiske møter og valg arrangement, ved matservering på overnattingssted for hjemløse, matutleveringer og lignende. I Danmark kan også private næringsdrivende og kulturinstitusjoner kan ha strengere krav til fremvisning av pass, bruk av munnbind etc. enn det som er nasjonalt gjeldende, for eksempel på arbeidsplasser.

	Danmark	Tyskland	Italia	Frankrike	Nederland	Østerrike	Finland
Alder	>15 år		> 12 år	> 12 år	>13 år	> 12 år	> 16 år
Innføringsdato	12.11.2021	01.07.2021	06.08.2021	21.07.2021	25.09.2021 (midlertidig fjernet i stor grad fra og med 19.12.21)	jun.21	16.10.2021
Dokumentasjon	EUDCC. De som av medisinske årsaker ikke kan vaksineres kan på borgerservicesentre få utstedt dokumentasjon på dette som de kan fremvise for å unngå diskriminering.	EUDCC	Italia skiller mellom grunnleggende EUDCC (basic green pass) - negativt testresultat kreves, og en forsterket EUDCC (super green pass) - dokumentasjon på fullvaksinasjon eller gjennomgått infeksjon kreves.	EUDCC/Pass sanitaire. EUDCC godtas for andre EU-borgere. Det kreves negativ test (PCR/antigen) ikke eldre enn 24 timer gammel om Pass sanitaire ikke kan fremvises.	EUDCC	EUDCC / Green Pass app innenlands	EUDCC/My Kanta. EU sertifikat godtas for andre EU-borgere. Både vaksine, gjennomgått infeksjon og negativ test gir hver for seg godkjent sertifikat, men med ulik varighet.
Annet?	Untatt sertifikat: barn under 15 år, personer som kan fremlegge dokumentasjon som er utstedt og signert av kommunalt servicesenter på at de er unntatt fra å måtte ha en covid-19-test, og deltakere i politiske møter, avstemninger, valg og valg arrangementer.	En innleggelsesrate over 3 per 100 000 vil igangsette 2G. En innleggelsesrate over 6 per 100 000 vil igangsette 2G+. Er raten over 9 per 100 000 vil sterkere tiltak implementeres og begrense nesten all kontakt. 2G gjelder over hele Tyskland, med unntak av tre regioner som bruker 2G+ eller strengere.	Kun personer med dokumentasjon på vaksinasjon eller tidligere infeksjon kan få tilgang på kino, teater, konsert, museum, stadium, treningssentre, svømmehaller, innendørs barer, restauranter, offentlige arrangement, fornøyelsesparker, spa, kasino etc.	EUDCC kreves på alle arrangement med flere enn 50 personer tilstede, uavhengig om av offentlig eller privat karakter. For barn under 12 år gjelder vaksinasjonsstatusen til foresatte.	Nederland har grunnet høyt smittenivå og omikronvarianten fra 19.12.21 stengt for de fleste tilbud som tidligere hadde adgang for folk med koronapass.	Sertifikat er nødvendig for å få tilgang på offentlige steder, som for eksempel barer, restauranter, museum, svømmehall, større arrangementer, og noe offentlig transport. Ulike regioner kan velge å stamme enda mer inn.	

Offentlig transport	Munnbindpåbud på flyplasser, innenlandsfly, tog, busser, drosjer og ferger. På intercitybusser må pass fremvises. På intercitytog må pass samt setereservasjon fremvises.	2G-regelen gjelder over 6 år har påbud om å bruke munnbind.	AlleLokal og regional offentlig transport (buss, metro etc), fly, skip og ferger, alle tog.	EUDCC kreves for langdistansereiser med interregional offentlig transport. Dette gjelder derfor innenlandsflyvninger, TGV-, Intercity- og nattogreiser og interregionale busser som ikke er godkjent. Andre transportformer, derunder lokal og regional offentlig transport, er unntatt fra anvendelsen av "passet".	Nei	Nei, kun maskebruk. Eneste unntak er skiheiser med lukkede dører.	
Kultur, aktiviteter og tjenester	Arrangement med mer enn 200 deltagere innendørs og 2 000 utendørs krever koronapass på følgende: konserter, forestillinger, kino, sportsarrangement, museum, utstillinger, læringscenter, dyreparker, vann- og fornøyelsesparker, svømmehaller, spilleparker og kasion. Unntak: trenings og læringsaktiviteter, idrettsutøvere, underholdere, ansatte og frivillige. Pass benyttes på svømmehaller og treningscenter og ved tjenester som krever nærkontakt.	2G-regelen gjelder ved gastronomiske tjenester, overnatting, arrangementer og tjenester som krever nærkontakt, som feks frisørsalonger. alle ikke-essensielle butikker, teater, museum, konsert, frisør mm, innendørs sports, treningscenter, dansestudio, svømmebasseng, fotballstadium, utendørs arrangementer med mer enn 2000 deltakere og ved private arrangementer innendørs med mer enn 20 deltakere.	Show som er åpent for publikum, konkurranser, sportsbegivenheter, museer, andre kultursteder, svømmehall, treningssentre, festivaler, messer, konferanser, spa, fornøyelsesparker, hotell, overnattingssteder mm.	Kinoer, museum og andre innendørs fornøyelsesaktiviteter holdes åpne men krever fremleggelse av EUDCC. EUDCC kreves også før innslipp i utendørs skianlegg. EUDCC kreves fremvist på overnattingssteder (f.eks. hoteller, herberger og ferieparker)	Alle over 13 år må fremvise pass ved kultur og kunstutstillinger, arrangementer.	Arrangement innendørs/utendørs for flere enn 1000. Flere enn 2000 hvis alle har tatt boosterdose.	Tiltak varierer fra region til region, men sertifikat kan ofte introduseres som et alternativ for eksisterende restriksjoner, og gi tilgang til ulike arrangementer. Kan bli benyttet ved treningscenter, innendørs trenings- og sportsarenaer, svømmehaller, spa, museum og lignende.
Skoler/Arbeidsplasser	Ved institusjoner for høyere utdanning, ungdoms- og voksenopplæring og ved språksentre. Kommunale arbeidsplasser kan kreve sertifikat, mens ansatte i staten må vise gyldig sertifikat.	Arbeidsplasser bruker 3G.	Alle arbeidsplasser/kontorer, og alle skolebygg for elever ved høyere utdanning	Bedrifter kan velge mellom å kun bruke immunitet som krav (2 G) eller også test som alternativ og seteplassering som krav (3 G).			

Offentlige steder og serveringssteder	Innendørs serveringssteder (Restauranter, barer, cafeer) Unntak: Takeaway-utsalg og innendørs servering av mat på krisesentre, måltidssentraler, herberger, sykehjem etc. Ulike butikker og matsteder kan kreve sertifikat.	All tilgang til offentlige fasiliteter, er kun mulig ved bevis på full vaksinasjon eller tidligere infeksjon. Kravene kan være strengere i ulike regioner.	Se Kultur, aktiviteter og tjenester.	EUDCC/Pass Sanitaire kreves på kjøpesenter/offentlige steder større enn 20 000 kvm og på samtlige serveringssteder (også utendørs).	På restauranter og caffer + idrettsklubber og kulturarrangement for de over 18 år.	Restaurant, aktivitetssenter, treningssenter, kino/teater, skiheis (med lukkede dører), og alle tjenester med kroppslig kontakt (for eksempel frisør)	Alle restauranter i landet har rett til å kreve at besøkende fremviser sertifikat. Med unntak av to regioner, er det per 04.01 krav om setrifikat på restaurant.
Helse-institusjoner	Besøkende på sykehjem, sykehus og omsorgsboliger, med unntak for nære slektninger, verger, advokater, frivillige og vare- og tjenesteleverandører. Kravet gjelder ikke dersom besøk kan gjennomføres uten å passere fellesarealer.	Tilgang for pårørende for besøk, og venterom o.l. på sykehjem/sykehus osv.	Til helsetjenester og sosiale og medisinske tjenester for personer som følger med eller besøker personer som er innkvartert i disse tjenestene og fasilitetene (unntatt fasiliteter og medisinske og sosiale tjenester for barn, eller selvstyrte boliger). Opphevet i enhver nødsituasjon, eller for gjennomføring av en screeningtest. Også personer som har planlagt behandling ved sykehuset skal ha «pass», med mindre kravet om «pass» er slik at det hindrer adgang til pasientbehandling, innen en tidsramme som er nyttig for riktig pleie				
Fengsels og forvarings-anstalter	Besøkende må fremvise sertifikat			Ingen			
Vaksinering	14 dager etter første dose, utløper dersom 2.dose ikke blir satt innen 42 dager etter første.	Ja, 14 dager etter 2.dose.	Sertifisering utstedes etter hver vaksinedose (15. dag etter 1. dose, 2. dag etter hver påfølgende dose)	Ja, 7 dager etter 2. dose, 28 dager etter enkeltinjeksjonsvaksiner, 7	Ja, 14 dager etter dose 2/28 dager Janssen	Ja, fullvaksinerte, 14 dager etter dose 2 eller Johnson & Johnson + 22 dager	Ja, 5 dager etter fullvaksinering

			dager etter 1. dose + gjennomgått C-19		eller recovery fra COVID + en dose		
Gjennomgått C-19	14 dager etter positiv PCR test (antigen godkjennes ikke). 6 måneder gyldighet.	6 måneder gyldighet.	Ja, ved positiv test tatt mellom 11 dager og 6 måneder siden	Ja, ved positiv test tatt for mellom 11-180 dager siden		11 dager etter gjennomgått/etter positiv test. 6 måneder gyldighet	
Test (typ test og varighet)	72 timer for PCR; 48 timer for hurtigtest	Ved bruk av 2G+ kreves det negativ test i tillegg til vaksinasjon eller gjennomgått infeksjon. Både hurtigtest og PCR er da gyldig. PCR kan ikke være eldre enn 72 timer.	72 timer for PCR; 48 timer for hurtigtest	Bevis på en negativ test (48 timer for antigenester for turer til visse destinasjoner, som Korsika, oversjøiske samfunn og EU) / Selvtester under tilsyn godkjent	Hurtigtest, med varighet på 24t	PCR gyldig 72 hours, antigen/lateral flow test gyldig 24 hours	Hurtigtest og PCR er gyldig. Dersom du av medisinske årsaker ikke kan vaksineres må lokale myndigheter tilby test, gyldighet 72t fra prøvetidspunkt.
Kostnader knyttet til bruk (testing)	Gratis	Gratis for alle unntatt de som har valgt å ikke vaksinere seg.	<i>Test er ikke lenger gratis for de som har valgt å ikke vaksinere seg / Kun gratis tester til de som ikke kan vaksineres pga helseproblemer, mindreårige (<12)</i>	Test er ikke lenger gratis, foruten de tester som utføres av screeningårsaker.	Gratis	Gratis	Gratis test når man reiser inn til landet. Må betale for test selv hvis man reiser ut.

Datakilder til vedlegg B.3

EU: <https://reopen.europa.eu/en/map/ITA/6001>

Danmark: <https://coronasmitte.dk/spoergsmaal-og-svar-om-covid-19/generelt-om-coronapas> og <https://en.coronasmitte.dk/corona-passport>

Italia: <https://www.dgc.gov.it/web/per-cosa-serve.html>

Frankrike: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/pass-sanitaire>

Nederland: <https://www.government.nl/topics/coronavirus-covid-19/covid-certificate/> og <https://www.government.nl/topics/coronavirus-covid-19/tackling-new-coronavirus-in-the-netherlands/basic-rules-for-everyone>

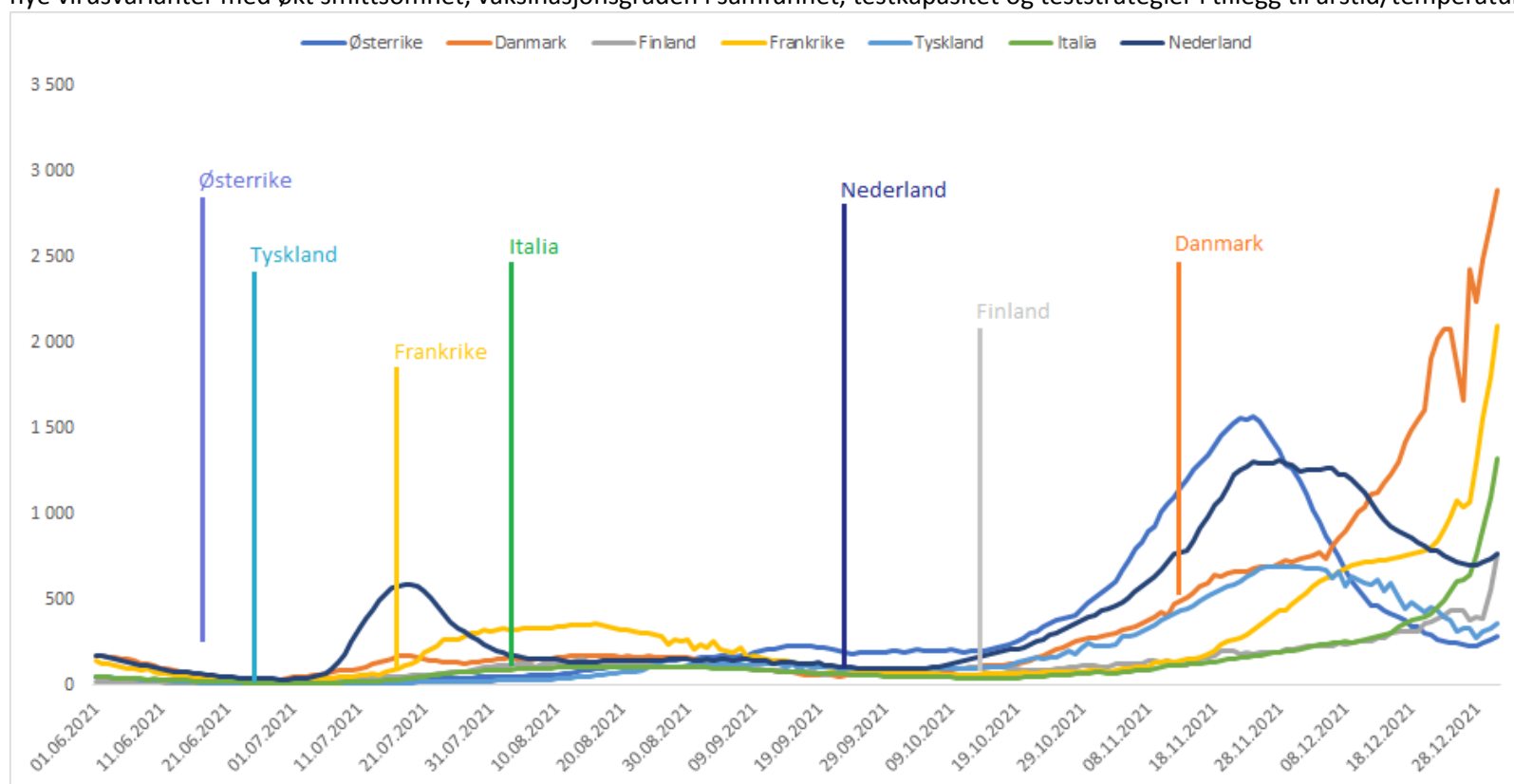
Tyskland: <https://www.covidpasscertificate.com/germany-take-vaccine-passport/>

Østerrike: <https://www.austria.info/en/service-and-facts/coronavirus-information#additional-measures-in-the-austrian-provinces>

Finland: <https://thl.fi/en/web/infectious-diseases-and-vaccinations/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/vaccines-and-coronavirus/covid-19-vaccination-certificate>

Utvikling i smittesituasjonen i de utvalgte landene og bruken av koronasertifikat

Basert på utviklingen i smittesituasjonen er det vanskelig å si om bruken av koronasertifikat nasjonalt har hatt en innvirkning på smittesituasjonen, hverken i positiv, eller negativ retning (Figur B.3). Det er forskjeller i det epidemiologiske situasjonsbildet ved innføringen av sertifikatet i de ulike landene, og det er også vanskelig å si noe om dette uten å samtidig også se på hvilke andre tiltak, eller lettelsener som eventuelt ble innført før, etter, eller parallelt med innføringen av, og/eller endringer i bruk av koronasertifikatet. Enkelte land, for eksempel Nederland, har brukt sertifikatet i forbindelse med lettelsener i andre tiltak, og har nylig stengt for de aller fleste tilbud som koronapass tidligere ga adgang til, mens for eksempel Finland og Danmark har innført bruken av sertifikatet som et alternativ til å innføre strengere råd og regler. I tillegg til de nevnte begrensningene er det også en rekke andre faktorer som må tas hensyn til ved vurdering av effekten av innføring av koronasertifikat. Disse inkluderer spesielt elementer som påvirker den epidemiologiske utviklingen som nye virusvarianter med økt smittsomhet, vaksinasjonsgraden i samfunnet, testkapasitet og teststrategier i tillegg til årstid/temperatur.



Figur B.3 Glidende 7-dagers insidens av rapporterte covid-19 tilfeller fra utvalgte land i Europa, med tidspunkt for innføring av og/eller innstramning i bruk av koronasertifikat innenlands, 1. juni – 31. desember 2021. Kilde: ECDC

COVID-19

Oppdrag fra HOD nr. 590 tilleggsoppdrag om tiltaksnivå i barnehager og skoler og nr. 599 om innretning av trafikklysmodellen og veiledere om smittevern

7. Januar 2022



Oppdragstekst:

Oppdrag 599 - Innretningen av trafikklysmodellen og veiledere om smittevern

Innretningen av trafikklysmodellen og veiledere om smittevern

Vi ber Helsedirektoratet, i samråd med Folkehelseinstituttet og Utdanningsdirektoratet, om å vurdere og eventuelt foreslå endringer i veiledere om smittevern i barnehage og skole. Særlig skal etatene vurdere behovet for justeringer i innholdet i gult trafikklysnivå i videregående skole og eventuelt ungdomsskolen, og foreslå en innretning av dette nivået som er forenelig med et godt faglig og sosialt opplæringstilbud samtidig som driften er smittevernfaglig forsvarlig. Etatene bør ved behov vurdere hensiktsmessigheten i nåværende modell og eventuelt anbefale alternativer.

Etatene skal også vurdere i hvilken grad, når og eventuelt hvordan testing kan supplere eller erstatte behov for trafikklysmodellen.

Ved vurderingen av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv, jf. regjeringens strategi.

Frist for oppdraget fredag 7. januar kl. 12.

Kontaktpersoner i HOD: Lars-Erik Kjellesvig og Kjetil Jonsbu

Kontaktpersoner i KD: Bodil Nagell Holbæk

Tillegg til oppdrag 590

Tiltaksnivå i barnehager og skoler (tillegg til oppdrag 590)

Når det gjelder hvilket nivå i trafikklysmodellen skoler og barnehager bør være på fra medio januar (uke3), viser vi til oppdrag 590 om helhetlig vurdering av situasjonen og vurdering av behov for justering i nasjonale smitteverntiltak. Vi ber Helsedirektoratet, i samråd med Folkehelseinstituttet og Utdanningsdirektoratet, som ledd i besvarelsen av oppdrag 590 om særskilt å vurdere hvilket nivå skoler og barnehager bør være på fra medio januar/uke 3. Elevene skal ha en forsvarlig opplæring innenfor smittevernfaglig forsvarlige rammer, samtidig som målet er lavest mulig tiltaksbyrde for barn og unge i barnehager og skoler. Ved vurdering av tiltaksnivå på skoler og barnehager, må det også fremkomme om vurderingen omhandler et nasjonalt fastsatt nivå eller om vurderingen

Folkehelseinstituttet

E-post: utbrudd@fhi.no

Tlf.: 21 07 70 00

omhandler lokale vedtak eller ev. statlig innført regionalt nivå. I vurderingene må det særlig legges vekt på hensynet til sårbare barn og unge, og at personell i samfunnskritiske funksjoner har et tilbud for sine barn.

Ved vurderingen av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv, jf. regjeringens strategi.

Folkehelseinstituttets vurdering

Denne besvarelsen er et samlet svar på oppdrag 599 og tillegg til oppdrag 590.

Oppsummering

- Blant barn og ungdom har smittetrenden vært nedadgående fra uke 49-50. Høyest insidens etter høstferien har vi sett i barneskolealder, fulgt av ungdomsskolealder. Det er fortsatt svært lav insidens blant ungdom i videregående alder. Vi forventer at vinterbølgen med omikronvarianten vil gi betydelig økende smitte også blant barn og unge.
- Den individuelle risikoen for alvorlig sykdom hos barn, ungdom og ansatte i skoler og barnehager er svært lav.
 - Vi har ikke grunnlag for å anta at omikron gir mer alvorlig sykdom hos barn enn tidligere varianter. Sykdomsbyrden er ingen selvstendig begrunnelse for smitteverntiltak mot denne gruppen.
 - Vaksinerings av ansatte i skoler og barnehager med oppfriskningsdose er igangsatt, og de fleste ansatte vil kunne få en oppfriskningsdose i januar, noe som vil redusere sannsynligheten for å bli smittet. Beskyttelsen mot alvorlig sykdom er imidlertid svært god allerede ved to doser, så lærere/ansatte som ikke har fått oppfriskningsdose, vil også ha god beskyttelse mot alvorlig sykdom i vinter.
- I uke 3 bør alle kommuner ha god oversikt over den epidemiologiske situasjonen og det bør være tilstrekkelig tilgjengelighet på tester.
 - Det anbefales hovedsakelig **gult nivå på alle trinn nasjonalt** (barnehage, barneskole, ungdomsskole, videregående skole og voksenopplæring). Det anbefalte tiltaksnivået bør revurderes om få uker.
 - Rødt nivå nasjonalt for videregående skoler vurderes ikke som forholdsmessig i forhold til smittesituasjonen, og bør avvikles så snart som mulig.
 - **Jevnlig testing** er et effektivt tiltak med lavere tiltaksbyrde enn gult og rødt nivå. Jevnlig testing bør innføres i skoler og barnehager i områder med høyt smittetrykk som medfører stor belastning på helsetjenesten og/eller samfunnet for øvrig.
 - I noen kommuner vil gult nivå ikke være nødvendig eller forholdsmessig i forhold til smittesituasjonen. **Det bør derfor være mulig for kommuner som har iverksatt jevnlig testing eller har lite smitte å gå ned til grønt nivå.** Per i dag er ikke dette juridisk mulig hvis det er nasjonalt gult tiltaksnivå. FHI foreslår at nasjonalt tiltaksnivå tas ut av forskriften og kun videreføres som en anbefaling.
- Revisjon av smittevernveilederne for skoler og barnehager
 - Det er ikke behov for større revisjon av veilederne, men enkeltpunkter er foreslått revidert.
 - Gult nivå reduserer antall kontakter sammenlignet med grønt nivå på alle trinn og *har effekt* også på videregående skoler, selv om man ikke kan ha faste kohorter.

- Det er ikke behov for større revisjon av gult nivå på ungdoms- og videregående skole, men man kan forsterke kommunikasjon om enkelte tiltak, slik som bruk av munnbind og bruk av koronaverter.
- Råd for ventilasjon revideres (alle trinn): For å redusere risiko for smittespredning er det viktig å sikre inneluft av god kvalitet og i tilstrekkelige mengder. FHI anbefaler å drøfte tiltak for å forbedre ventilasjon i dårlig ventilerte rom. CO2-målere kan brukes for å kartlegge om ventilasjonen svarer til den tekniske anbefalingen.
- På sikt bør trafikklysmodellen avvikles, og erstattes av grunnleggende smitteverntiltak, slik som det var under “normal hverdag” i høst.
- Tilstedeværelse på skole er essensielt for både læring og psykososial utvikling og bidrar til å utjevne forskjeller. Barn og unge er nå inne i sitt tredje skoleår med inngripende tiltak. Det finnes ikke kompensierende tiltak som i tilstrekkelig grad kan bøte på de negative konsekvensene som redusert tilstedeværelse på skolen medfører.
- Rådet om at barn fra skolealder til 18 år som har unntak fra smittekarantene (øvrige nærkontakter) og som ikke inngår i jevnlig testing bør unngå fritidsaktiviteter i testperioden, vurderes ikke lenger hensiktsmessig og fjernes derfor.

Vurdering

For hele befolkningen forventer vi en større epidemi i januar og februar fordi spredningsevnen til omikronvarianten er mye større sammenlignet med tidligere varianter. Samtidig har omikron lavere virulens, og en mindre andel smittede vil trenge innleggelse og intensivbehandling. Det avgjørende er balansen mellom større spredningsevne og mindre virulens, altså samlet sykdomsbyrde.

Blant barn og ungdom har smittetrenden vært nedadgående fra uke 49-50. Høyest insidens etter høstferien har vi sett i barneskolealder, fulgt av ungdomsskolealder. Det er fortsatt svært lav insidens blant ungdom i videregående skole. Den individuelle risikoen for alvorlig sykdom hos barn og ansatte i skoler og barnehager er svært lav. For beskrivelse av smittesituasjonen blant barn og unge og sykdomsbyrde for barn, ungdom og ansatte, se [vedlegg](#).

Vi forventer at vinterbølgen med omikronvarianten vil gi betydelig økende smitte også blant barn og unge. Også i perioden etter vinterbølgen vil koronaviruset være til stede og sannsynligvis vil de fleste barna før eller senere bli smittet. Tiltak for å begrense smitte i skoler og barnehager vil derfor i hovedsak bare utsette smittetidspunktet for barna. En slik utsettelse er neppe særlig nyttig for barna selv.

Tiltak for å bremse smittespredningen i barnehager og skoler er derfor i liten grad begrunnet i hensynet til barna selv. Hensikten er å redusere det samlede smittetrykket i samfunnet og dermed antall sykehusinnleggelse totalt. Barna påføres altså en tiltaksbyrde i hovedsak for å redusere risiko for andre. Tiltakene bør derfor være så milde og så kortvarige som mulig. Når belastningen på grunn av covid-19 i helsetjenesten er håndterbar, må tiltakene avvikles, selv om det fortsatt er smitte i barnehagene og skolene.

Inntil videre anbefales det noen tiltak for å begrense smittespredningen i barnehager og skoler. Hensikten er å understøtte forsøket på å bremse epidemien sånn at ikke toppen av den omikrondrevne vinterbølgen blir for høy.

Anbefaling om tiltak i skoler og barnehager fra uke 3

I uke 3 bør alle kommuner ha god oversikt over den epidemiologiske situasjonen og det bør være tilstrekkelig tilgjengelighet på tester.

- Det anbefales hovedsakelig **gult nivå på alle trinn nasjonalt** (barnehage, barneskole, ungdomsskole, videregående skole og voksenopplæring). Det anbefalte tiltaksnivået bør revurderes om få uker.
- Rødt nivå nasjonalt for videregående skoler vurderes ikke som forholdsmessig i forhold til lave smittetall og høy vaksinasjonsdekning i aldersgruppa, og bør avvikles så snart som mulig.
- **Jevnlig testing** er et effektivt tiltak med lavere tiltaksbyrde enn gult og rødt nivå. Jevnlig testing bør innføres i skoler og barnehager i områder med høyt smittetrykk som medfører stor belastning på helsetjenesten og/eller samfunnet for øvrig, som beskrevet nedenfor.
- I noen kommuner vil gult nivå ikke være nødvendig eller forholdsmessig i forhold til smittesituasjonen. **Det bør derfor være mulig for kommuner som har iverksatt jevnlig testing eller har lite smitte å gå ned til grønt nivå.** Per i dag er ikke dette juridisk mulig hvis det er nasjonalt gult tiltaksnivå. FHI foreslår at nasjonalt tiltaksnivå tas ut av forskrift og videreføres som en anbefaling. Dette vil gi kommunene et bedre handlingsrom til å vurdere tiltak ut fra sin situasjon lokalt. I ukene fremover vil flere kommuner kunne etablere jevnlig testing, og deretter gå til grønt nivå.
- Kommunene kan også heve tiltaksnivå lokalt som et supplement til jevnlig testing. Jevnlig testing er mer målrettet og mindre inngripende enn heving av tiltaksnivå, men kombinasjonen av testing og hevet nivå kan være aktuelt i enkelte situasjoner. Hvis rødt tiltaksnivå innføres, bør varigheten være så kort som mulig.

Det er kommunale helsemyndigheter som skal vurdere behov for tiltak i skoler og barnehager utover nasjonale bestemmelser. Vurdering av tiltak i skoler og barnehager, inkludert råd om tiltaksnivå og testregimer, er beskrevet i [kommunelegehåndboka](#). Alle skoler og barnehager skal ha beredskap for å kunne heve tiltaksnivå ved behov.

Testing

Jevnlig testing i skoler er et tiltak med relativt lav tiltaksbyrde i forhold til andre tiltak, og er effektivt for å plukke opp asymptomatiske tilfeller som så isoleres. Tiltaket vil fange opp en andel av smittede i hver testrunde og på den måten redusere smitten innad i gruppen og ut i samfunnet rundt. Dette hindrer videre smitte på alle arenaer, både på skolen og i fritiden. Dette bør iverksettes som første smitteverntiltak. Jevnlig testing reduserer behov for kontaktreduserende tiltak, men tiltaksnivå og jevnlig testing kan gi gjensidig forsterket effekt. Ved behov kan derfor testing kombineres med heving av tiltaksnivå i trafikklysmodellen. Tilgjengelig informasjon per nå tyder på at sensitiviteten til antigen hurtigtester til å detektere omikronvarianten er tilsvarende som for tidligere varianter. Effekt av jevnlig testing utdypes ytterligere i oppdrag 580 og det vises til FHI sitt notat om [teststrategi](#) fra desember 2020 og oppdrag 578 og kapittel om [jevnlig testing](#) for mer bakgrunn.

Jevnlig testing bør innføres i skoler og barnehager i områder der smittetrykket medfører stor belastning på helsetjenesten og/eller samfunnet for øvrig, som beskrevet i oppdrag 580 og 589. Ved lite smitte i samfunnet er ikke jevnlig testing hensiktsmessig og tiltaket bør derfor prioriteres i områder med høyt smittepress.

Behovet for jevnlig testing i skoler og barnehager bør løpende vurderes i tråd med ny kunnskap om sykdomsbyrde ved omikronvarianten. Overgang til kun å teste ved symptomer eller på klinisk indikasjon må inngå i den helhetlige vurderingen på sikt.

Anbefalinger for testing i skoler og barnehager (tidligere skissert i oppdrag 589, justert i denne besvarelsen)

Tabell 1: Jevnlig testing vil normalt erstatte behov for gult og rødt nivå, slik at skolene kan følge grønt nivå i smittevernveilederne. Testhyppighet er oppgitt per uke. Risikovurdering for scenario 1, 2 og 3 er beskrevet i kommunelegehåndboka. Scenario 3 innebærer høy grad av innleggelses og smittespredning som påvirker samfunnet i alvorlig grad gjennom kapasitet i helsevesenet og sykdom i befolkningen¹.

	Barnehage	1-4	5-7	8-10	VGS
Lokalt vurdert scenario 1-2	Symptombasert testing og anbefalt testregime for nærkontakter				
Utbrudd i enkeltskoler/ barnehager og lokalt vurdert scenario 1-2	Vurder å teste ansatte på aktuelle barnehager X 2 frem til to negative runder eller kontroll	Vurder å teste foresatt og ansatte på aktuelle klasser/skoler X 2 frem til to negative runder eller kontroll	Vurder å teste ansatte og elever på aktuelle klasser/skoler X 2 frem til to negative runder eller kontroll	Vurder å teste ansatte og elever på aktuelle klasser/skoler X 2 frem til to negative runder eller kontroll	Vurder å teste ansatte og elever på aktuelle klasser/skoler X 2 frem til to negative runder eller kontroll
Få tilfeller i aktuelle aldersgruppe lokalt, men lokalt vurdert scenario 3	Teste ansatte X 1, vurder avslutning ved flere runder med få/ingen positive.	Teste foresatt eller elev, og ansatte X 1, vurder avslutning ved flere runder med få/ingen positive.	Teste ansatte og elever X 1, vurder avslutning ved flere runder med få/ingen positive.	Teste ansatte og elever X 2, vurder nedjustering/avslutning ved flere runder med få/ingen positive.	Teste ansatte og elever X 2, vurder nedjustering/avslutning ved flere runder med få/ingen positive.
Høy smitte i aktuelle aldersgruppe lokalt /utbrudd i skoler og barnehager og lokalt vurdert scenario 3	Teste ansatte og foresatte X 1-2	Teste foresatt eller elev, og ansatte X 1-2	Teste ansatte og elever X 2	Teste ansatte og elever X 2-3	Teste ansatte og elever X 2-3

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

Kriterier for vellykket teststrategi innebærer relativt høy deltagelse. 50% gir god smittereduserende effekt, men effekten blir betydelig bedre ved høyere deltagelse, og det bør tas sikte på over 80%. Personer som tester negativt, må fortsatt følge gjeldende retningslinjer og regler. Personer som tester positivt, må isolere seg. Selvtestene må brukes riktig. Testing er frivillig.

De skisserte testregimene forutsetter tilgang på selvtester. Ved mangel på selvtester, bør tester prioriteres til kommuner med høyt smittetrykk, og innen kommunene til de skoler og aldersgrupper der det er mest smitte. Profesjonelt tatt antigenester kan være et alternativ til man får nok selvtester. Det bør kartlegges om private aktører eller andre offentlige aktører kan bidra, f. eks. testtrigg rundt grensetesting i de første ukene av januar, før tilgangen på selvtester øker.

Barn fra skolealder til 18 år som har unntak fra smittekarantene (øvrige nærkontakter) og som ikke inngår i jevnlig testing har til nå fått råd om å unngå fritidsaktiviteter i testperioden, med noen unntak. Dette var en faglig anbefaling i forbindelse med ensretting av tiltak for omikron og andre virusvarianter når barna ble unntatt smittekarantene. Tiltaket vurderes ikke lenger hensiktsmessig. Anbefaling om test to ganger som øvrig nærkontakt vurderes som likeverdig med jevnlig testing to ganger i uken. Med så rask spredning av omikronvarianten som vi nå ser, og hvor målet er å begrense antall smittede samtidig, vurderes testing som tilstrekkelig. Tiltaksbyrden ved å opprettholde fritidskarantene for barn som er øvrig nærkontakt anses meget stor. Fritidskarantene for denne gruppen fjernes derfor som et råd.

Trafikklysmodellen

Smittevernveilederne med trafikklysmodellen for skole og barnehage ble utviklet med tanke på å kunne holde skolene åpne til tross for ulikt smittenivå og strenge tiltak i samfunnet. Utenfor skolen og barnehagen gjelder fortsatt de generelle, nasjonale smittevern rådene for både barn og voksne. Ansatte må fortsatt følge smitteverntiltak som gjelder ellers i arbeidslivet.

I den nåværende situasjonen, vil testregimer i stor grad erstatte behov for trafikklysmodellen, men modellen kan være et supplement til testing. På sikt bør trafikklysmodellen avvikles, og erstattes av grunnleggende smitteverntiltak, slik som det var under "normal hverdag" i høst.

Smittevernveilederne har graderte tiltak som tilpasses den lokale situasjonen, bygget opp som trafikklys – grønt, gult og rødt. De grunnleggende smitteverntiltakene gjelder på alle nivå; ingen syke skal møte på skolen/barnehagen, god hånd- og hostehygiene og godt renhold. Den største forskjellen mellom nivåene gjelder kontaktreduserende tiltak, som både begrenser smittespredning og i tillegg hvor mange som skal følges opp ved påviste tilfeller.

Prinsippet for godt smittevern er å bruke mange ulike tiltak som til sammen gir bedre beskyttelse. Det er viktig at den enkelte skole etterstreber å etterleve tiltakene i så stor grad som mulig. Det er summen av tiltak som til sammen gir effekt. Dette gjelder på alle tiltaksnivå.

Tabell 2: Oppsummering av de viktigste smitteverntiltakene i forskjellige læringsinstitusjoner på alle nivåer slik det står i de nåværende smittevernveilederne, og med vurdert behov for revidering. Rådene for videregående skole gjelder også for voksenopplæringen. Det konkrete innholdet i tiltaksnivåene er grundig og mer detaljert beskrevet i smittevernveilederne.

	Generelle smitteverntiltak – gjelder alle nivåer og alle trinn	Beholdes/ revideres
Alle nivåer	Ingen syke skal møte God hånd- og hostehygiene og godt renhold <i>Ventilasjon</i>	Beholde Beholde <i>Revidere råd om ventilasjon</i>
	Kontaktreduserende tiltak	
Barnehager		
Grønt nivå	Unngå fysisk kontakt mellom ansatte (håndhilsning og klemming) Vanlig organisering av avdelinger/grupper og barnehagehverdag	Beholde
Gult nivå	Unngå fysisk kontakt mellom ansatte (håndhilsning og klemming) Hele avdelinger regnes som en kohort Faste ansatte per kohort To kohorter kan samarbeide Unngå samlinger med mer enn to samarbeidende kohorter Avstand mellom ansatte (minst én meter) i ulike kohorter Unngå trengsel og store samlinger Tilstrebe avstand mellom ulike kohorter <i>Dele inn uteområder for å holde avstand mellom kohorter</i> <i>Ansatte følge råd om munnbind</i>	<i>Tilrettelegge for større fleksibilitet ved bruk av ansatte; ansatte kan veksle mellom kohorter</i> <i>Fjerne råd om separate uteområder</i> <i>Forsterke kommunikasjon om munnbind</i> Beholde resten
Rødt nivå	Unngå fysisk kontakt mellom ansatte (håndhilsning og klemming) Dele inn barna i mindre kohorter Faste ansatte per kohort Unngå trengsel og store samlinger Sikre avstand mellom kohorter som ikke samarbeider Dele inn uteområder for å holde avstand mellom kohorter To kohorter kan samarbeide Unngå samlinger med mer enn to samarbeidende kohorter Avstand mellom ansatte (minst én meter) i ulike kohorter Vurdere alternerende oppmøtetider for barn <i>Ansatte følge råd om munnbind</i>	<i>Forsterke kommunikasjon om munnbind</i> Beholde resten
Barneskole		

Grønt nivå	Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming) Vanlig organisering av klasser/grupper og skolehverdag	Beholdes
Gult nivå	Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming) Hele klasser regnes som en kohort To kohorter kan samarbeide utendørs Unngå samlinger med mer enn to samarbeidende kohorter Avstand mellom ansatte (minst én meter i alle situasjoner) Ansatte kan veksle mellom kohorter/klasser Kohortvis/ trinnvis gruppeinndeling på SFO Unngå trengsel og store samlinger Tilstrebe å ha egne områder i skolegården for ulike klasser/kohorter i pauser/friminutt <i>Ansatte følge råd om munnbind</i>	<i>Fjerne råd om separate uteområder</i> <i>Legge til rette for at to kohorter kan samarbeide også innendørs</i> <u>Forsterke kommunikasjon om munnbind</u> Beholde resten
Rødt nivå	Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming) Dele klasser inn i mindre kohorter (klassestørrelsen halveres) To kohorter kan samarbeide utendørs Unngå samlinger med mer enn to samarbeidende kohorter Avstand mellom ansatte (minst én meter i alle situasjoner) Faste lærere til hver kohort så langt det er mulig Tilstrebe avstand mellom elever/ansatte som ikke tilhører samme kohort Unngå trengsel og store samlinger Samme kohorter på SFO som i skolen Ha egne områder i skolegården for ulike klasser/kohorter i pauser/friminutt Vurdere alternerende oppmøtetider for elever <i>Ansatte følge råd om munnbind</i>	<u>Forsterke kommunikasjon om munnbind</u> Beholde resten
Ungdomsskole		
Grønt nivå	Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming) Vanlig organisering av klasser/grupper og skolehverdag	Beholde
Gult nivå	Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming) Hele klasser regnes som en kohort To kohorter kan samarbeide utendørs Unngå samlinger med mer enn to samarbeidende kohorter Avstand mellom ansatte (minst én meter i alle situasjoner) Ansatte kan veksle mellom kohorter/klasser, men holde avstand til elever hvis mulig Elever bør holde avstand (minst én meter) til elever i andre	<i>Legge til rette for at to kohorter kan samarbeide også innendørs</i> <u>Forsterke kommunikasjon om munnbind</u> Beholde resten

	<p>kohorter i pauser og friminutt</p> <p>Unngå trengsel og store samlinger</p> <p><i>Elever og ansatte følge råd om munnbind</i></p>	
Rødt nivå	<p>Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming)</p> <p>Dele klasser inn i mindre kohorter (klassestørrelsen halveres)</p> <p>To kohorter kan samarbeide utendørs</p> <p>Unngå samlinger med mer enn to samarbeidende kohorter</p> <p>Unngå trengsel og store samlinger</p> <p>Avstand mellom ansatte (minst én meter i alle situasjoner)</p> <p>Kohorter bør ha faste klasserom, ansatte bør komme til klasserommet</p> <p>Tilstreb avstand (minst én meter) mellom elever ansatte i alle situasjoner</p> <p>Vurdere alternerende oppmøtetider for elever</p> <p>Delvis digital undervisning</p> <p><i>Elever og ansatte følge råd om munnbind</i></p>	<p>Forsterke kommunikasjon om munnbind</p> <p>Beholde resten</p>
Videregående skole		
Grønt nivå	<p>Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming)</p> <p>Avstand mellom ansatte</p> <p>Vanlig organisering av klasser/grupper og skolehverdag</p>	Beholde
Gult nivå	<p>Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming)</p> <p>Hele klasser kan ha undervisning sammen</p> <p>Elever bør ha faste plasser i hvert klasserom eller faste samarbeidspartnere/-grupper</p> <p>Avstand mellom ansatte (minst én meter) i alle situasjoner</p> <p>Ansatte kan veksle mellom klasser, men bør holde avstand til elever så langt det er mulig</p> <p>Avstand mellom elever/ansatte utenfor klasserommet/undervisningssituasjonen</p> <p>Unngå trengsel og store samlinger</p> <p><i>Elever og ansatte følge råd om munnbind</i></p>	<p>Forsterke kommunikasjon om munnbind</p> <p>Beholde resten</p>
Rødt nivå	<p>Unngå fysisk kontakt mellom personer (håndhilsning og klemming)</p> <p>Dele inn elever i mindre grupper – mål: halvere antall kontakter</p> <p>Elever bør ha faste plasser i hvert klasserom eller faste samarbeidspartnere/-grupper</p> <p>Avstand mellom ansatte (minst én meter) i alle situasjoner</p> <p>Ansatte kan veksle mellom klasser</p> <p>Avstand mellom elever/ansatte (minst én meter) i alle</p>	<p>Forsterke kommunikasjon om munnbind</p> <p>Beholde resten</p>

	situasjoner Unngå trengsel og store samlinger Vurdere alternerende oppmøtetider/alternative lokaler Delvis digital undervisning <i>Elever og ansatte følge råd om munnbind</i>	
--	--	--

Punkter som er foreslått revidert

Vi vet nå at smitterisiko er mindre utendørs, og vi anbefaler derfor å ta ut råd om separate uteområder på gult nivå.

Etterlevelse av rådet om å holde seg hjemme ved luftveissymptomer, medfører driftsmessige problemer. Ansatte er nå i stor grad vaksinert, og det er forsvarlig å i større grad tilrettelegge for mer fleksibilitet. Ved personellmangel er det bedre at ansatte jobber i flere kohorter eller at kohorter slås sammen, enn at de ikke kan drive. Dette bør derfor revideres i veilederne. Av samme grunn kan det være større behov for, og forsvarlig, at kohorter i barne- og ungdomsskole kan samarbeide også innendørs.

Ventilasjon

Det er viktig med god ventilasjon. Smitterisikoen over lengre avstand (over 1 meter) er økt i rom med dårlig ventilasjon, særlig når mange personer er samlet. Tilstrekkelig ventilasjon kan redusere innendørs smittespredning over lengre avstander. Ved å øke ventilasjonshastigheten uttynnes konsentrasjonen av dråper/aerosoler som betyr at det er mindre sjanse for å inhalere infeksøse partikler. For personer i lett aktivitet anbefales minimum lufttilførsel på 7 liter/sekund/person, og en maksimal lufthastighet på 0,2 meter/sekund. Karbondioksid (CO₂) fra utpust kan gi en god indikator på ventilasjonsgraden, og skal ikke overstige 1000 ppm. CO₂-nivå under 800 ppm anbefales for rom med kontinuerlig tale (undervisning), sang (korøvelser) og høy fysisk aktivitet (treningssentre), der smitterisiko er økt.

FHI anbefaler å sikre inneluft av god kvalitet og i tilstrekkelig mengder. CO₂-målere kan brukes for å kartlegge om ventilasjonen svarer til den tekniske anbefalingen. Der tilstrekkelig mekanisk ventilasjon ikke er mulig, kan det vurderes å supplere med luftrensere med HEPA-filter.

Utdypende råd om ventilasjon er gitt i dokumentet: [Inneklima og risiko for smitte av covid-19 - Råd om ventilasjon i offentlige bygg og næringsbygg](#).

Munnbind

Bruk av munnbind er beskrevet i alle smittevernveilederne.

Der det er vanskelig å holde avstand, kan elever i ungdoms- og videregående skoler og ansatte på alle trinn inkludert barnehager bruke [munnbind](#) i henhold til anbefalingene i smittevernveilederne. Bruk er frivillig, men munnbind bør være gratis tilgjengelig for både elever og ansatte. Munnbind anbefales ikke i undervisningssituasjonen eller i omgang med små barn.

Spesielt for ungdoms- og videregående skole

Smittevernveilederne er tilpasset ulike aldersgrupper, organisering og epidemiologisk situasjon. I videregående skoler blandes elevene i ulike fag og det er derfor ikke mulig å innføre faste kohorter slik som på lavere skoletrinn. Gult nivå reduserer likevel antall kontakter sammenlignet med grønt

nivå på alle trinn og *har effekt* også på videregående skoler. Den enkelte skole bør tilstrebe å oppfylle så mange tiltak som mulig innenfor gult nivå, for best mulig effekt.

FHI mener at det ikke er grunnlag for større endringer i veiledere for ungdoms- og videregående skoler på gult nivå, utover det som er indikert i tabellen over. I tillegg er følgende punkter viktig:

- På gult nivå må man være spesielt oppmerksom på fellesarealer og friminutt der elevene kan treffes på tvers av de vanlige gruppene. Økt bemanning (for eksempel «koronaverter») kan bidra til bedre etterlevelse av smittevern. Dette ble iverksatt ved flere skoler våren 2021 og kan fremdeles være aktuelt.
- Elevene er viktige bidragsyttere og bør inkluderes i skolens planlegging for best mulig gjennomføring av smitteverntiltak, f. eks via elevrådet.
- Forsterket kommunikasjon/ minne om råd om munnbind, samt revisjon av råd om ventilasjon er omtalt ovenfor.

Kommunikasjon

For best mulig samarbeid og ivaretagelse av smittevernet, er det vesentlig å ha tett og regelmessig dialog med de relevante aktørene for skoler og barnehager i kommunen. Anbefaling om testing ved symptomer og bli hjemme ved sykdom må kommuniseres godt ut og gjelder selv om personer inngår i jevnlig testing.

Sårbare barn og unge, og foreldre med samfunnskritisk funksjon

Barn og unges rett til opplæring er forankret både i FNs barnekonvensjon og Grunnloven. Skolen er en sentral arena for barns læring, mestring og trivsel. Barn og unge er nå inne i sitt tredje skoleår med inngripende tiltak. De har levd med strenge restriksjoner og tiltak over tid. *Også de som ikke tidligere var identifisert som utsatte eller sårbare, er nå mer utsatt etter å ha mistet undervisning og levd med en dyptgripende usikkerhet om fremtiden.* Vi vet også at det ikke finnes kompensierende tiltak som i tilstrekkelig grad kan bøte på disse negative konsekvensene. Skoler og barnehager er dessuten vesentlige for samfunnsstrukturen idet de muliggjør at foresatte kan arbeide.

Skolens plikt til oppfølging av særlig sårbare barn er beskrevet i smittevernveilederne. Hvis barnehagen eller skolen er stengt eller delvis stengt skal de gi et tilbud til barn under 12 år som har foreldre i kritiske samfunnsfunksjoner eller virksomhetskritiske oppgaver. Dette er også beskrevet hos Utdanningsdirektoratet.

Generelt har kontaktreduserende tiltak som innebærer å ikke være til stede på skolen negativ effekt på læring og sosial omgang. Det forsterker sosioøkonomiske forskjeller og ulikhet i læring. Kontaktreduserende tiltak begrenser i tillegg undervisningstilbudet og særlig spesialundervisning. Rødt nivå innebærer delvis digital undervisning, for de eldste elevene som regel minst 50 %. På lang sikt har digital undervisning store og dokumenterte negative konsekvenser for både læring og psykisk helse, som vil innebære store ringvirkninger både for enkeltindivider og for samfunnet på sikt.

Vurdering av sosiale konsekvenser

Se avsnitt om sårbare barn og ungdom, over. Merk at etter så lang tid med pandemi og tiltak som har svært stor innvirkning på deres hverdag og livsutfoldelse, må alle barn og unge til en viss grad regnes som sårbare.

Merknad

FHI ber om at vurderingen i sin helhet, inklusiv grafisk utforming, legges ved i det endelige svaret til HOD.

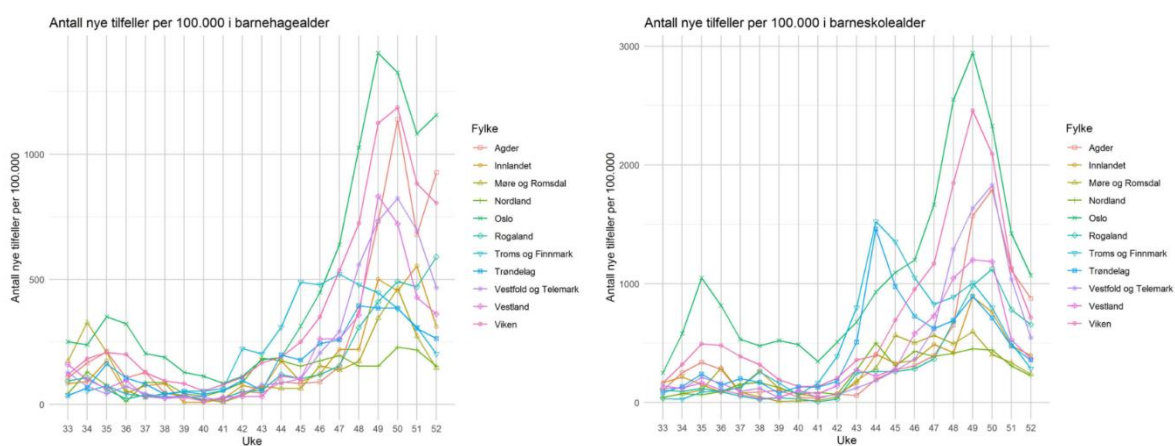
Vedlegg

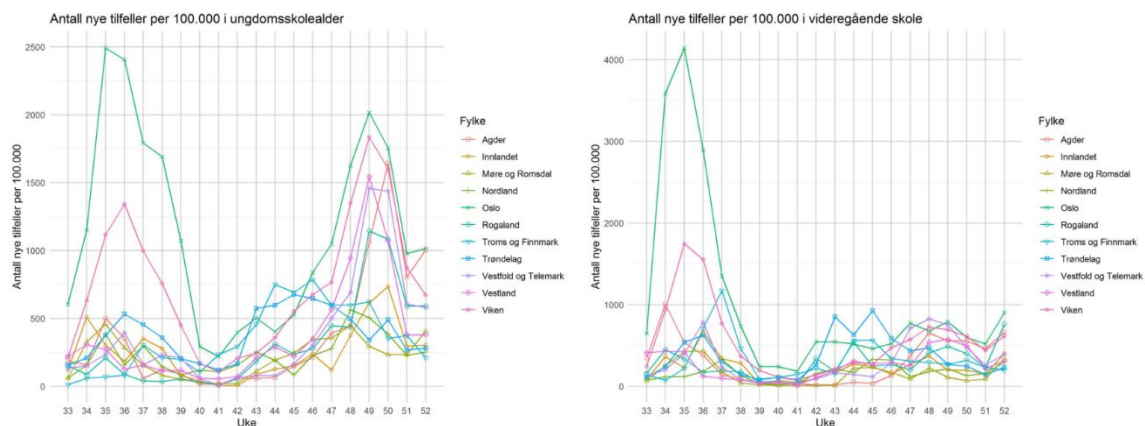
Smittesituasjonen blant barn og unge

Blant barn og ungdom har smittetrenden vært nedadgående fra uke 49-50. Høyest insidens etter høstferien har vi sett i barneskolealder, fulgt av ungdomsskolealder. Det er fortsatt svært lav insidens blant ungdom i videregående alder, som har hatt jevn og lav insidens gjennom hele perioden etter høstferien. Se figur. Det er god vaksinasjonsdekning blant ungdom. 16- og 17 åringene har nylig fått dose 2. Vi forventer økende smittetall i perioden som kommer, også blant barn og unge på grunn av den økte spredningsevnen til omikronvarianten.

Data om smittespredning i skoler og barnehager ble presentert i oppdrag 589. Smittespredning i skoler og barnehager forekommer, men sannsynligheten for videre smitte er lav for hvert enkelt tilfelle. Hovedmønsteret er at smitte er diffust spredt i barnebefolkningen, med små smitteklynger fremfor store utbrudd. Det er betydelig høyere smitterisiko innen husstand enn på skoler.

Figur 1: Insidenskurver for barn i barnehage- og skolealder uke 33 til 52 per 05.01.2022.





Sykdomsbyrde hos barn og ansatte

Den individuelle risikoen for alvorlig sykdom hos barn, ungdom og ansatte i skoler og barnehager er svært lav.

Hittil i pandemien (per 4. jan 2021) har 126 507 barn og unge i alderen 0-17 år fått påvist covid-19. Det er sannsynligvis betydelige mørketall, og tidligere i pandemien er det anslått at ca. 60 % av smittetilfellene blir påvist. Samtidig har det vært i underkant av 200 innleggelser blant barn og unge i alderen 0-17 år. Det vil si at 99,7% av smittede ikke har vært sykehusinnlagt på grunn av covid-19, og andel innlagt blant smittede har gått ned gjennom pandemien.

- Hos barn og unge i Norge som får påvist covid-19 har risikoen for å bli innlagt på sykehus til nå vært 2,5 per 1000. Median innleggelsestid ved akutt covid-19 er 1 døgn
- Selv om det har vært svært mange smittede barn og unge i høst, har det ikke ført til økning i innleggelser av barn. Andelen som får multiinflammatorisk syndrom (MIS-C) har også sunket, uten at vi kjenner årsaken til dette.

Til sammenligning har det høsten 2021 (uke 30-51) vært 2507 innleggelser for RS-virus i alderen 0-4 år og 76 i alderen 5-17 år (mot 1000-2000 innleggelser i en normalsesong). I en vanlig influensas sesong er det normalt ca. 500 innleggelser i alderen 0-17 år.

Foreløpig informasjon tyder på at **omikronvarianten** sjeldnere fører til sykehusinnleggelse hos barn sammenlignet med deltavarianten. Det er fortsatt begrenset kunnskap om omikron hos barn, og det er så langt kun én publisert studie på dette, men denne sammen med overvåkingsdata og troverdige medieoppslag fra ulike land tyder på at omikron ikke gir mer alvorlig sykdom hos barn enn andre varianter.

- Storbritannia publiserte i sin siste tekniske rapport² at det er lavere risiko for sykehusinnleggelser hos barn i alderen 5-17 år med omikron sammenlignet med delta (Risiko

² https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1044481/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf

42 % sammenlignet med deltavarianten, HR 0.42, 95% CI 0.28-0.63).

- En studie³ (preprint) fra USA sammenliknet utfall blant SARS-CoV-2 smittede i en periode der deltavarianten dominerte og en periode da omikronvarianten var i ferd med å ta over (15.-24. desember). Resultatene viser færre legevaktssamtaler og innleggelser for barn og ungdom i alle aldersgrupper (0-17 år) smittet i “omikronperioden” sammenlignet med “deltaperioden”. Forskerne undersøkte ikke hvilken variant pasientene i de to gruppene var smittet med. I «omikronperioden» var i virkeligheten bare mellom en firedel og en halvdel av pasientene i USA smittet med omikronvarianten. Dette indikerer at risikoreduksjonene kan være enda større enn det man har observert.
- Det er vanskelig å vurdere informasjonen fra land som rapporterer om innleggelser blant barn der de ikke skiller på innleggelser på grunn av covid-19 eller der koronaviruset påvises tilfeldig, f.eks. ved screening av inneliggende pasienter. I tillegg er helse hos barn i andre land og tilgang til helsetjenester ikke direkte sammenlignbare med Norge.
- Danmark har hatt en betydelig økning i epidemien og har rapporterer økt antall innleggelser med covid-19, også blant barn⁴. Danmark har hittil ikke registrert om innleggelsene primært skyldes covid-19 eller om det er innleggelser grunnet andre årsaker der SARS-CoV-2 påvises tilfeldig. De anslår at om lag en firedel av de smittede som er innlagt ikke har behandlingskrevende covid-19. De teller også med akutte polikliniske konsultasjoner, som ikke medfører innleggelse.
- USA har også hatt en betydelig økning i antall tilfeller og en økning i antall innleggelser, også blant barn. USA skiller heller ikke mellom innleggelser for eller med covid-19. Det er generell lav vaksinasjonsdekning mot korona i befolkningen, særlig i statene som nå rapporterer om økning i innleggelser. Det er også høyere grad av risikofaktorer hos innlagte ungdom og barn, som blant annet fedme.
- FHI har utarbeidet en modellering av estimert sykdomsbyrde hos barn under en vinterbølge med omikron. Denne presenteres i oppdrag 58 i vaksinasjonsprogrammet, og vi henviser til dette. Modellen tyder på at kumulativ innleggelsesrate er svært lav sammenlignet med andre luftveisinfectionsjoner, for eksempel RS-virusinfeksjon. Det er ikke noe i modellen som indikerer at covid-19 vil utgjøre en reell trussel for kapasiteten i barneavdelingene i Norge. Det vil trolig bli flere pasienter i alle aldersgrupper, også barn og ungdom, som legges inn av andre årsaker, men som også får påvist SARS-CoV-2.

Vaksinering av ansatte i skoler og barnehager med oppfriskningsdose er igangsatt, og de fleste ansatte vil kunne få en oppfriskningsdose i januar. Noen ansatte under 45 år som ikke bor i kommunene omfattet av geografisk prioritering våren 2021, vil være klare i februar. Oppfriskningsdosen vil redusere sannsynligheten for å bli smittet, men ikke mye og ikke lenge. Beskyttelsen mot alvorlig sykdom er imidlertid svært god allerede etter to doser, så lærere/ansatte som ikke har fått oppfriskningsdose, vil ha god beskyttelse mot alvorlig sykdom også i vinter.

Lærere/ansatte har ikke vesentlig høyere smitteforekomst enn andre voksne. For hele befolkningen i yrkesaktiv alder (20–70 år) er smitteforekomsten 22 per 1000 for høsten 2021 (deltabølgen). I samme periode er den for førskolelærere 28 per 1000, for grunnskolelærere 29 per 1000, for

³ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.30.21268495v1>

⁴ <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2022/farre-indlagges-pa-grund-af-covid19-og-flere-pa-grund-af-en-anden-diagnose>

assistenter 32 per 1000 og for videregående-lærere 20 per 1000. Svært få lærere/ansatte har vært lagt inn på sykehus under deltabølgen. Risiko for sykehusinnleggelse er generelt svært lav for vaksinerte under 65 år, og risikoen for innleggelse på intensivavdeling er tilnærmet null.

Helsedirektoratet

Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref:

Vår ref: 2020/53096-156

Arkivkode: 012

Dato: 6.1.2022

Innspill til Helsedirektoratet vedrørende vurdering av videreføring av tiltak som treffer barn og unge

Bufdir er bedt om å bidra med innspill til Hdirs besvarelse til HOD vedrørende vurdering av videreføring og revidering av tiltaksnivå etter nyttår. Bufdir gjentar i dette brevet i hovedsak innholdet i vårt innspill av 11.12.21, men ønsker å løfte enkelte nye problemstillinger knyttet til barn og unges situasjon på dette tidspunktet i pandemien.

Målsetning med koronastrategi

Slik Bufdir forstår helsemyndighetenes strategi pr i dag, har tiltakene to hovedformål: Redusere belastningen på helsevesenet eller hindre overbelastning av helsevesenet og redusere risiko for svikt i øvrige viktige samfunnsfunksjoner som følge av sykdom/fravær.

Både kommunale, statlige, ideelle, frivillige og private virksomheter leverer tjenester ulike målgrupper har rett til. Rettighetene til tjenester opphører ikke i krisetid, men covid-19-forskriften åpner for å gjøre unntak fra noen lovbestemmelser dersom det er nødvendig av hensyn til smittevern. Smittevernloven § 1-5 inneholder et generelt krav til at alle tiltak etter loven må ha en klar medisinskfaglig begrunnelse, samt må være nødvendig og tjenlig etter en helhetsvurdering. Videre bestemmer Grunnloven § 104 at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved avgjørelser som berører barn. Det betyr at det skal legges større vekt på hensynet til barn og unge enn hensynet til andre interesser når det skal tas stilling til hvilke tiltak som skal iverksettes.

En vurdering av forholdsmessighet innebærer en veiing av forventede positive konsekvenser av tiltak opp mot forventede negative eller utilsiktede konsekvenser av tiltak, på kort og lengre sikt. En slik vurdering vanskeliggjøres i denne sammenhengen av at myndighetene har begrenset eller mangelfull kunnskap om både positive og negative virkninger. I en slik situasjon mener Bufdir man bør utøve særlig varsomhet med å iverksette tiltak som griper inn i sårbare grupper, og spesielt barns, rettigheter.

I helsedirektoratets møte med statsforvaltere og regionale helseforetak ble behovet for tydelige prioriteringer for helsetjenestene diskutert, herunder muligheten for å sette til side pasienters rettigheter, herunder retten til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, i en pandemisituasjon.

Bufdir har forståelse for at det i en kritisk situasjon under en pandemi kan oppstå situasjoner som nødvendiggjør en prioritering av viktige og lovpålagte oppgaver for helsetjenestene. Bufdir er imidlertid bekymret for hvorvidt vi igjen kan oppleve at tjenestene i et «føre var begrunnelse» kan ende opp med å

frata barn og unge med alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelse rett til nødvendig helsehjelp. Kravene til nødvendig helsehjelp til barn og unge kan, slik vi ser det, ikke uten videre prioriteres ned da dette rettigheter regulert i formell lov. Dersom det skulle oppstå en situasjon i pandemien som gjør det nødvendig for helsetjenesten å prioritere bort å ikke yte nødvendig helsehjelp, vil Grunnloven § 104, som slår fast at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle handlinger og avgjørelser som berører barn, innebære en særlig forpliktelse til å vurdere konsekvensene for barn både som gruppe og som enkeltindivider.

Bufdir er bekymret for barn og unge med alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelse dersom myndighetene vurderer å åpne for å kunne nedprioritere retten til nødvendig helsehjelp på ulike områder.

Tiltak på nasjonalt og lokalt nivå

Bufdir mener det er riktig at vurderingene av tiltaksnivå på områder som berører barn og unge gjøres ut fra lokale forutsetninger og reelle smitteforhold eller andre risikofaktorer. Slik kan tiltaksnivået best legges på lavest mulig nivå og man kan legge til rette for medvirkning fra de som berøres av tiltakene. Erfaringene fra de tidligere fasene i pandemien har vist at omfanget og styrken av tiltak som treffer barn og unge i mange kommuner og som brukere av tjenester går langt utover det som besluttes på nasjonalt nivå. Når nasjonale myndigheter beslutter tiltak, legger lokale myndigheter, virksomheter, ledere og enkeltpersoner ofte til noe for å være sikker på at man er forsiktig nok og bidrar til de felles målene om redusert smitte. Bufdir har også informasjon som tilsier at barn og unge i liten grad har blitt informert eller har fått medvirke i beslutninger om smitteverntiltak som har berørt deres liv og rettigheter. Med ansvaret og myndigheten til å beslutte lokalt tilpassede tiltak bør det følge en plikt til å gjøre reelle og kunnskapsbaserte forholdsmessighetsvurderinger og barnerettighetsvurderinger. Veiledning fra nasjonale helsemyndigheter som til enhver tid har mest oppdatert kunnskap fra forskning bør være påkrevet. Det bør videre oppfordres til å involvere de som berøres av tiltakene i prosessene. Dette kan bidra til mer treffsikre tiltak og bedre etterlevelse.

Skjerming av barn og unge

Bufdir vil understreke at det er sentralt at barn og unge skjermes så langt som mulig. Ut fra erfaringene med nedstengning av samfunnet i tidlige faser av pandemien vet vi mye om konsekvensene av strenge kontaktreduserende tiltak, redusert barnehage- og skoletilbud og svekkede tjenester grunnet omdisponeringer, reduksjon i elektive behandlinger og bruk av hjemmekontor. Vi vet at barn, unge og familier som hadde utfordringer før pandemien, fikk det verre under pandemien, blant annet på grunn av isolasjon og svekket tjenestetilbud. På dette tidspunktet i pandemien er det fortsatt usikre prognoser med hensyn til utvikling av smitte. Likevel tyder den kunnskapen FHI har så langt på at omikronviruset gir betydelig mindre alvorlig sykdom enn tidligere varianter. Barn og unge ser ut til å bli syke i liten grad og det ser ut til at vaksinerings beskytter de langt fleste voksne og eldre mot alvorlig sykdom. Innen uke 3 vil en stor andel av den voksne befolkningen være fullvaksinert med boosterdose. Videre vil beholdningen av hurtigtester være god nok til å kunne gjennomføre jevnlig testing av barn og unge. For en oppsummering av kunnskap om tiltakenes konsekvenser for barn og unge og betydningen av tjenestene og fritidstilbud viser vi til vårt innspill i brev av 11.12.21.

Med dette kunnskapsgrunnlaget, bør det fortsatt være et prioritert mål å holde arenaer hvor barn og unge treffer hverandre og trygge voksne åpne og å sikre forsvarlige tjenester til barn, unge og sårbare



voksne. Dersom tiltak som begrenser tilgangen til viktige universelle arenaer eller nødvendige tjenester skal videreføres eller besluttes nasjonalt eller lokalt, bør det være sannsynliggjort at disse tiltakene vil ha en betydelig bedre effekt på begrensning av belastningen på helsevesenet eller på å minske fravær i øvrige sentrale funksjoner enn mindre inngripende tiltak.

Med hilsen

Mari Trommald (e.f.)
Direktør

Tove Bruusgaard
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet signatur.

Helsedirektoratet
FHI

Kopi: Kunnskapsdepartementet

Innspill til oppdrag 590 om tiltaksnivå i barnehager og skoler fra midten av januar 2022

Oppsummert:

- Vi anbefaler jevnlig testing av elever og ansatte, og viser til at dette vil redusere behovet for kontaktreducerende tiltak.
- Vi anbefaler at nasjonalt gult og rødt tiltaksnivå ikke videreføres fra uke 3, og at det ikke forskriftsfestes et nasjonalt tiltaksnivå. Vi mener en nasjonal anbefaling vil gi kommunene et bedre handlingsrom til å vurdere tiltaksnivå ut fra sin situasjon lokalt.
- Vi mener det bør innføres en nasjonal anbefaling om grønt nivå i barnehager og skoler kombinert med jevnlig testing. Alternativt mener vi at det frem til slik testing er etablert bør være en anbefaling om gult tiltaksnivå.
- Vi mener at nasjonalt rødt nivå i videregående må avvikles. Etter vårt syn er det ikke forholdsmessig å videreføre rødt tiltaksnivå nasjonalt for elever i videregående opplæring, som ut fra dagens situasjon har minst smitte og høy vaksinasjonsgrad.
- Rødt nivå må også opphøre i voksenopplæringen.
- Vi ser at det er et stort behov for mer kunnskapsbasert informasjon om begrunnelsen for tiltakene og eksisterende tallgrunnlag direkte ut i våre sektorer for å sikre en god og nyansert debatt om hvilke tiltak som er best egnet og mest forholdsmessig.

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag (oppdrag 590) å vurdere og anbefale hvilket nivå barnehager og skoler bør være på fra medio januar/uke 3.

Kunnskapsdepartementet ba Utdanningsdirektoratet i oppdrag 2022-012 om å komme med innspill til Helsedirektoratets oppdrag.

I oppdraget er det vist til at elevene skal ha en forsvarlig opplæring innenfor smittevern faglige forsvarlige rammer, samtidig som målet er lavest mulig tiltaksbyrde for barn og unge i barnehage og skole. Vi er også bedt om å presisere om anbefalingene gjelder et nasjonalt fastsatt nivå eller om det skal fattes lokale vedtak eller eventuelt statlig innførte regionale tiltaksnivå. I vurderingene skal vi særlig legge vekt på hensynet til sårbare barn og unge, og at personell i samfunnskritiske funksjoner har et tilbud for sine barn.

Svaret vårt på dette oppdraget bygger i stor grad på vurderingene og tilrådingene i vår anbefaling til Kunnskapsdepartementet 10. desember 2021, vårt innspill til Helsedirektoratet 11. desember 2021, vårt brev til Kunnskapsdepartementet 17. desember 2021, og våre innspill til oppdrag 589, oversendt departementet 20. desember 2021.

Behov for mest mulig normale hverdager i barnehager og skoler

Utdanningsdirektoratet er opptatt av at tiltaksbyrden for barn og unge skal være så lav som mulig. Dette er også i tråd med regjeringens strategi for håndteringen av pandemien, og er et førende prinsipp i vurderingen av hvilke tiltak som skal innføres. Dette er også presisert i oppdraget: «Ved vurderingen av smitteverntiltak prioriteres hensynet til barn og unge først, deretter hensynet til arbeidsplasser og næringsliv, jf. regjeringens strategi.»

Smitteverntiltak i barnehager og skoler har påvirket barn og unges hverdag gjennom 22 måneder. Det er godt dokumentert hvordan dette påvirker deres faglige og sosiale utvikling. Det sosiale fellesskapet i barnehager og skoler er grunnleggende for læring, mestring og trivsel. Det er også en svært sentral samhandlingsarena for tiltak og tjenester rettet mot sårbare og utsatte barn og unge. De negative konsekvensene av tiltak må derfor vektlegges tyngre jo lengre pandemien varer.

Vi vet at det ikke finnes kompenserende tiltak som kan avbøte de negative konsekvensene av manglende fysisk tilstedeværelse i barnehage og skole for barn og unge. På mange andre samfunnsområder kan økonomisk kompensasjon langt på vei bøte på konsekvensene av smitteverntiltakene. Det er ikke tilfellet for barnehager og skoler, der ingen økonomiske tiltak i tilstrekkelig grad kan avhjelpe konsekvensene av at det stedlige tilbudet begrenses eller stenges.

Stort behov for kunnskapsbasert informasjon til sektorene

Debatten og mediebildet gjennom de siste ukene har vist at det er mye bekymring og frustrasjon i barnehager og skoler. Vi ser at det er et stort behov for mer kunnskapsbasert informasjon direkte ut i våre sektorer for å sikre en god og nyansert debatt om hvilke tiltak som er best egnet og mest forholdsmessig.

FHIs tallgrunnlag og analyser knyttet til smittebildet i barnehager og skoler, den lave risikoen for alvorlig sykdom, og betydningen av god vaksinasjonsdekning må formidles enhetlig ut på en tydelig måte. Begrunnelsen for tiltakene og for at testing er en god og trygg erstatning til karantene må også kommuniseres tydeligere ut.

I tillegg er det svært viktig at det er tydelig kommunisert at begrunnelsen for tiltakene i skoler og barnehager, som for de øvrige tiltakene i samfunnet, er hensynet til antallet sykehusinnleggelser, inkludert intensivkapasiteten. Det er svært lav individuell risiko for alvorlig sykdom for barn/elever eller ansatte ved å være til stede i skoler og barnehager.

Jevnlig testing

FHI anbefaler jevnlig testing av elever og ansatte i områder med mye smitte, og viser til at dette vil redusere behovet for andre kontaktreduserende tiltak. FHIs kunnskapsgrunnlag viser dessuten at jevnlig testing er minst like effektivt som smittekarantene. Jevnlig testing bidrar til å redusere smitte innad i grupper og kohorter og også til å redusere smitte mellom grupper, fordi testingen kontinuerlig bidrar til å fange opp og isolere en andel smittede. Dette bidrar også til å forhindre smittespredning på alle arenaer, og ikke bare i barnehager og

skoler, fordi testingen kontinuerlig vil fange opp asymptomatiske tilfeller, som ellers ikke ville vært testet.

Jevnlig testing med antigen-tester er derfor både effektivt og mindre inngripende ovenfor barn og unge, fordi det reduserer behovet for andre kontaktreducerende tiltak, som begrensninger i barnehage- eller skoletilbudet ved bruk av rødt og gult nivå i trafikklysmodellen. Dersom det er nødvendig med forsterkede tiltak ut fra smittesituasjonen, kan jevnlig testing også kombineres med innføring av trafikklysmodellen. I lys av dette bør målet på sikt være å avvikle bruk av trafikklysmodellen, når jevnlig testing er godt etablert i kommunene.

Anbefaling om grønt, ev. gult tiltaksnivå for barnehager og skoler

Utdanningsdirektoratet vurderer at det nasjonale tiltaksnivået som per i dag er fastsatt til gult nivå i barnehager, barneskoler og på ungdomsskoler og rødt nivå i videregående skole ikke bør videreføres fra uke 3.

Det er svært varierende smittetrykk i ulike deler av landet. Det vil derfor totalt være mindre inngripende og mer forholdsmessig med lokale tiltak basert på konkrete og helhetlige vurderinger av smittetrykk, testkapasitet, kapasitet i helsetjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten, mv. Kommunelegehåndboken gir god veiledning om hvilke vurderinger og avveininger kommunene skal foreta.

Vi mener at det ikke bør fastsettes nasjonale tiltak i covid-19 forskriften, og i alle fall ikke nasjonalt gult eller rødt nivå. Vi mener det bør innføres en nasjonal anbefaling om grønt nivå i barnehager og skoler, i kombinasjon med jevnlig testing. Dette vil være et mindre inngripende tiltak enn gult og rødt nivå nasjonalt, og samtidig ivareta effektivt smittevern. Gult nivå har omkostninger for barn og unge, fordi det begrenser adgangen til å være sosial med andre utenfor egen kohort. Vi er bekymret for hvordan gult nivå påvirker barn og unges sosiale og emosjonelle kompetanser, som følge av restriksjoner som reduserer antall sosiale kontakter i barnehage, skole og fritidsaktiviteter.

Vi mener det er viktig at gis en nasjonal anbefaling og ikke et forskriftsfestet nasjonalt nivå. En nasjonal anbefaling vil gi kommunene et bedre handlingsrom til å vurdere sin situasjon lokalt.

Kommunene bør fremdeles ha mulighet til å innføre et strengere tiltaksnivå gjennom lokale anbefalinger, vedtak eller forskrifter dersom den lokale smittesituasjonen tilsier at det er nødvendig og forholdsmessig.

Anbefaling om grønt tiltaksnivå må ses i sammenheng med FHIs anbefaling om bruk av jevnlig testing i områder med mye smitte, som beskrevet ovenfor. Der det ikke er etablert tilstrekkelig gode testrutiner, kan det være behov for en anbefaling om gult nivå. Vi støtter derfor FHI og Hdir i at det primært bør være en nasjonal anbefaling om gult nivå før jevnlig testing er på plass. Vi mener imidlertid at gult nivå må revurderes innen kort tid (maks to uker), som FHI også peker på. I ukene fremover vil flere kommuner ha etablert jevnlig testing og de vil da kunne gå til grønt nivå. For disse kommunene vil gult nivå ikke være nødvendig eller forholdsmessig. Vi mener, i likhet med FHI, at det bør være mulig for kommuner som har iverksatt jevnlig testing eller har lite smitte å gå ned til grønt nivå.

Vi mener at en anbefaling om grønt nivå, ev. gult nivå en kort periode i større grad enn i dag vil bidra til at det ikke settes inn strengere tiltak ved den enkelte barnehage eller skole enn det som er nødvendig.

Avvikling av rødt nivå for videregående skoler

Alle videregående skoler i Norge har siden 15. desember 2021 vært på rødt nivå i trafikklysmoellen. Dette er de strengeste tiltakene i våre sektorer per i dag, og rammer tilbudet til denne elevgruppen hardt. Vi vurderer at dette tiltaket ikke har vært og heller ikke vil være forholdsmessig å opprettholde på nasjonalt nivå. Dette må også ses i sammenheng med FHIs anbefaling om jevnlig testing, se ovenfor.

En stor del av denne elevgruppen er nylig vaksinert med andre dose, og vil ha god beskyttelse mot alvorlig sykdom gjennom vinteren.

Vi vil også peke på at rødt nivå i praksis innebærer bruk av hjemmeopplæring, og dette har svært uheldige konsekvenser for elevenes læring og læringsmiljø. I tillegg er smittesituasjonen svært ulik i forskjellige deler av landet. Dette fører til at rødt tiltaksnivå i områder med lite smitte nå fungerer som et forebyggende tiltak, noe det ikke er grunnlag for etter smittevernloven. Det er særlig uheldig at elever i områder med lite smitte rammes av nasjonale begrensninger i opplæringstilbudet.

Vi mener fortsatt ikke det er forholdsmessig å videreføre rødt tiltaksnivå nasjonalt for elever i videregående opplæring, som ut fra dagens situasjon har minst smitte og høy vaksinasjonsgrad. Som det kommer frem over, mener vi at en anbefaling om grønt ev. gult nivå i kombinasjon med jevnlig testing er det riktige tiltaket fra uke 3.

Avvikling av rødt nivå i voksenopplæringen

Vi vil peke på at også voksenopplæringen er på rødt tiltaksnivå per i dag. Mange som mottar voksenopplæring har et særlig behov for å delta fysisk i undervisningen og vil heller ikke ha tilsvarende digital kompetanse som elever, slik at hjemmeopplæring i praksis blir svært utfordrende. Dette kan føre til at læringsutbyttet for en gruppe som i utgangspunktet er sårbare blir svært redusert. Vi mener derfor at det heller ikke er forholdsmessig med rødt nasjonalt nivå for voksenopplæringen. Etter vår vurdering bør også voksenopplæringen kunne være på grønt nivå, subsidiært gult nivå. Vi mener det kan være grunn til å se på om kommuner og fylkeskommuner bør ha en plikt til å tilby fysisk opplæring til voksne med særlige behov, på lik linje som for elever.

Vennlig hilsen

Hege Nilssen
direktør

Bente Barton Dahlberg
divisjonsdirektør