

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Krisestab HOD  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.:  
Vår ref.: 22/3881-21  
Saksbehandler: Marie Thoresen  
Dato: 11.02.2022

## **Andre reviderte svar på covid-19-oppgave 618 del B - Vurdering av bruken av TISK fremover og lengden på isolasjonstiden**

Vedlagt følger andre reviderte svar på oppgave 618 del B. Det er gjort noen ytterligere presiseringer knyttet til vurdering av behov for fremtidige anskaffelser.

### Oppsummering

- HelseDirektoratet støtter FHI i at man nå kan gå over til symptombasert test for alle.
- Hvor lenge symptomatisk testing bør opprettholdes, drøftes i oppgaven. Vi foreslår at det gjøres en ny vurdering om 3-4 uker når vi har mer kunnskap om utviklingen i omikronbølgen og har sikret at vi har fått på plass test-systemer som ivaretar befolkningens behov.
- Uansett valg av test-strategi fremover, vil informasjonen til befolkningen om at vi er i ferd med å gå over til testing kun på klinisk indikasjon være viktig.
- Så lenge vi anbefaler test ved symptomer, bør lengden på isolasjon være lik uansett om den fortsatt er en plikt eller anbefaling.
- Når vi senere går over til kun test på klinisk indikasjon, vil det være naturlig å ha en anbefaling om å holde seg hjemme når man er syk tilsvarende som for andre infeksjoner.
- Endringer i testregimet vil medføre et betydelig redusert forbruk av selvtester fremover. Forventede leveranser på selvtester de kommende ukene vil overgå det som er det estimerte forbruket av tester. Testforbruket bør justeres i tråd med de nye kriteriene for testing gjennom god kommunikasjon og informasjon både til befolkningen og til kommuner.
- Befolkningens egen oppfatning av hvordan og når testene skal benyttes er sannsynlig en av de kraftigste driverne for behovet for tester.
- Fremtidige utsendelser bør justeres i tråd med endringer i testregimet, og at det tas sikte på å tilpasse lokale lagre basert på oppdaterte vurderinger, og at fordeling av tester ivaretar dette. Det bør planlegges for å bygge opp et nasjonalt lager av selvtester for å ha i beredskap ved en eventuell ny smittebølge til høsten. Lagerbeholdningen bør være så robust at det er tilstrekkelig til et forbruk på minst 4-6 uker.
- HelseDirektoratet anbefaler at det ikke innføres et generelt unntak for egenbetaling for undersøkelse og behandling hos lege for covid-19 i et tilfelle der covid-19 ikke anses som en

allmennfarlig smittsom sykdom. Vi ser likevel gode grunner for at testing skal være unntatt egenandel for befolkningen dersom det anbefales testing.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av faglige underlag fra Folkehelseinstituttet (FHI) (09.02.2022, kl. 23.00) og i dialog med FHI. Underlaget fra FHI finnes også som eget vedlegg.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.  
direktør

Marie Thoresen  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd

# Andre reviderte svar på covid-19 oppdrag fra HOD 618 – Vurdering av bruken av TISK fremover og lengden på isolasjonstiden

## Oppsummering

- HelseDirektoratet støtter FHI i at man nå kan gå over til symptombasert test for alle.
- Hvor lenge symptomatisk testing bør opprettholdes, drøftes i oppdraget. Vi foreslår at det gjøres en ny vurdering om 3-4 uker når vi har mer kunnskap om utviklingen i omikronbølgen og har sikret at vi har fått på plass test-systemer som ivaretar befolkningens behov.
- Uansett valg av test-strategi fremover, vil informasjonen til befolkningen om at vi er i ferd med å gå over til testing kun på klinisk indikasjon være viktig.
- Så lenge vi anbefaler test ved symptomer, bør lengden på isolasjon være lik uansett om den fortsatt er en plikt eller anbefaling.
- Når vi senere går over til kun test på klinisk indikasjon, vil det være naturlig å ha en anbefaling om å holde seg hjemme når man er syk tilsvarende som for andre infeksjoner.
- Endringer i testregimet vil medføre et betydelig redusert forbruk av selvtester fremover. Forventede leveranser på selvtester de kommende ukene vil overgå det som er det estimerte forbruket av tester. Testforbruket bør justeres i tråd med de nye kriteriene for testing gjennom god kommunikasjon og informasjon både til befolkningen og til kommuner.
- Befolkningens egen oppfatning av hvordan og når testene skal benyttes er sannsynlig en av de kraftigste driverne for behovet for tester.
- Fremtidige utsendelser bør justeres i tråd med endringer i testregimet, og at det tas sikte på å tilpasse lokale lagre basert på oppdaterte vurderinger, og at fordeling av tester ivaretar dette. Det bør planlegges for å bygge opp et nasjonalt lager av selvtester for å ha i beredskap ved en eventuell ny smittebølge til høsten. Lagerbeholdningen bør være så robust at det er tilstrekkelig til et forbruk på minst 4-6 uker.
- HelseDirektoratet anbefaler at det ikke innføres et generelt unntak for egenbetaling for undersøkelse og behandling hos lege for covid-19 i et tilfelle der covid-19 ikke anses som en allmennfarlig smittsom sykdom. Vi ser likevel gode grunner for at testing skal være unntatt egenandel for befolkningen dersom det anbefales testing.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av faglige underlag fra Folkehelseinstituttet (FHI) (09.02.2022, kl. 23.00) og i dialog med FHI. Underlaget fra FHI finnes også som eget vedlegg.

## Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

### Oppdrag 618 – Vurdering av bruken av TISK fremover og lengde på isolasjonstiden

#### *Del A: Lengde på isolasjonstiden*

HOD viser til besvarelse av oppdrag 601 og til dialog med FHI onsdag 26. januar om nedsatt gruppe som ser på om det er faglig grunnlag for å justere på isolasjonstiden (både i helsetjenesten og i befolkningen generelt). Vi viser også til at Danmark har innført fire dagers isolasjonstid for personer uten/med lette symptomer, og isolasjonstid så lenge symptomene varer (men minst fire dager) for personer med betydelige symptomer.

HOD ber Hdir i samråd med FHI om å vurdere om det er faglig grunnlag for å justere isolasjonstiden, og eventuelt å foreslå ny lengde på denne.

#### *Del B: TISK og isolasjon fremover*

## Korrigert oppdrag sendt 04.02.22

I tillegg skal FHI og Hdir vurdere hvordan og eventuelt om vi skal fortsette med TISK ved et forhøyet smittenivå. Vurderingen skal inneholde hvilke indikasjoner som skal legges til grunn for å vurdere avvikling av ulike elementer i TISK-strategien, herunder hvor lenge isolasjon bør være en forskriftsfestet plikt, hvor lenge det er hensiktsmessig å drive utstrakt testing, om behovet for kohorter eller andre tiltak i sykehus og om konsekvensene for TISK-tiltak når covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Det vises til oppdrag 617 om en fornyet vurdering av dette. *Hdir og FHI skal også samarbeide om å oppdatere scenarier for testforbruk basert på de anbefalingene som gis knyttet til indikasjon for test i dette oppdraget.*

Det bes også om en vurdering av om undersøkelse og behandling, inklusive testing (prøvetaking) og evt andre tjenester hos lege fortsatt skal være fritatt for egenandel, hvis Covid 19 ikke lenger skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Det bes i så fall om forslag til hvordan dette skal reguleres, herunder behovet for endring i stønadsforskriften (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege). Det bes også om vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.

Frist del A: fredag 28. januar kl 12:00

Frist del B: torsdag 10. februar

Kontaktpersoner i HOD:

KTA: Hanne Lundemo og Øystein Ellingsen

FHA: Siri Helene Hauge

## Bakgrunn

TISK har vært en av bærebjelkene i pandemihåndteringen siden våren 2020. Det har vært vesentlig at utbrudd kunne oppdages lokalt på et tidligst mulig tidspunkt for så raskt å kunne slås ned. For å få til dette har det vært vesentlig å etablere en god testkapasitet, smittesporer alle nærkontakter og raskt sette smittede personer i isolasjon og nærkontakter i karantene. Målet med TISK har vært at det skal være så effektivt at det kan erstatte mer inngripende og kostbare tiltak, både for enkelt mennesker og for samfunnet. TISK-arbeidet har i stor grad vært gjennomført med tett oppfølging fra helsetjenesten, og strategien har vært effektiv og med god etterlevelse i befolkningen.

Smittesituasjonen preges nå av at omikronvarianten av SARS-CoV-2 er mer smittsom enn tidligere varianter, men samtidig gir lavere risiko for alvorlig sykdom. Vaksinasjon gir god beskyttelse mot alvorlig sykdom hos de aller fleste, og vaksinasjonsgraden i Norge er høy. Risikovurdering fra FHI per 9. februar anslår at epidemien vil øke i enda noen uker, eventuelt med noe utflating i vinterferieukene, før den snur og når et lavt nivå i mars. Denne "vinterbølgen" av omikronvarianten forventes å smitte anslagsvis 3-4 millioner nordmenn. Selv om vinterbølgen kan føre til en økning i antall innlagte pasienter med covid-19, skriver FHI i den nye risikovurderingen at det har vært en nedgang i antallet nye innleggelser på intensivavdeling; fra 71 i uke 49 til 16 i uke 4 og 5.

I dette oppdraget skal vi vurdere TISK-tiltak i en situasjon med svært høy smitte i befolkningen, evt om alle eller deler av tiltakene bør avvikles. De forskjellige elementene av TISK drøftes i besvarelsen.

Det er også ønske om å drøfte konsekvensene for TISK-strategien når covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. I oppdrag 617 konkluderer Helsedirektoratet med at covid-19 fortsatt bør defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. FHI svarer i oppdrag 617 at spørsmålet er åpent, og argumenterer for at departementet kan beholde eller ikke beholde covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom. I dette valget, skriver FHI, må departementet vurdere blant annet signaleffekten, beredskapsbehovet og muligheten for uheldig variasjon mellom kommunene. Helsedirektoratet anbefaler at en vurdering av hvordan TISK skal være om og når denne

definisjonen faller bort, må gjøres opp mot en vurdering av situasjonen på det tidspunktet. Vi drøfter derfor dette kun kort i dette oppdraget.

## Andre relevante oppdrag

580 – Ny vurdering av TISK-strategien

601 – Om tabell med oversikt over pakker med smittevernstiltak

603 – Smittekarantene og testregime

609 – Oppdatert vurdering av situasjon og tiltaksnivå

617 – Om vurdering av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom

618A – Vurdering av bruken av TISK fremover og lengden på isolasjonstiden

619 – Råd og anbefalinger

620 – Overvåkning av covid-19

626 – Vurdering av situasjon og tiltaksnivå

## Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

### Oppsummering

- I denne oppdragsbesvarelsen vurderes innretningen av TI(SK) for smittevernformål.
- Effekten av tiltak er avhengig av hvor i smittebølgen Norge befinner seg, og planlagt varighet av tiltakene. Tiltak ved toppen av en smittebølge har langt lavere effekt enn det samme tiltaket vil ha i starten av en bølge, både på antall syke ved toppen av bølgen og totalt antall syke gjennom bølgen. Når toppen av en smittebølge er nådd, er det lite sannsynlig at lettelser i TI(SK)-tiltakene vil ha nevneverdig betydning for antall smittede eller syke (også alvorlige) ved smittetoppen eller totalt gjennom omikronbølgen.
- Det drøftes to forskjellige testinnretninger som begge kan vurderes i sammenheng med eventuelt andre tiltak og hvor i bølgen vi befinner oss ved planlagt iverksettelse. De forskjellige innretningene har fordeler og ulemper hva angår både smitteverneffekt og tiltaksbyrde (for individ og samfunn).
- FHI anbefaler at vi på nåværende tidspunkt går over til testalternativ 1: symptombasert testing av alle. Testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer avvikles. Alternativet bør benyttes i en kort overgangsperiode i 2-3 uker. Når smittebølgen når toppen anbefaler FHI overgang til alternativ 2.
- Isolasjonsplikten bør avvikles og erstattes med råd om å holde seg hjemme. Testinnretning og isolasjon (råd om å holde seg hjemme) må ses i sammenheng. Positiv test bør følges opp med en anbefaling om å holde seg hjemme et bestemt antall dager for at testing skal ha en smitteverneffekt.
- Smittesporing, som i dag primært er beskjed fra personer med positiv test til øvrige nærkontakter, bør avvikles, da det ikke lenger vurderes til å ha en tilleggseffekt på smittebegrensning.
- Beredskap for testkapasitet må inngå i overordnet strategi for pandemihåndteringen. Det er beskrevet i andre oppdrag.
- Endring i testinnretningen vil få konsekvenser for overvåkingen. Testing for overvåkingsformål beskrives i oppdrag 620.

FHI sitt endelige underlag er vedlagt i sin helhet.

# Helsedirektoratets vurdering

## Testing

Indikasjon for testing for Sars-CoV-2 har endret seg siden våren 2020:

Vår/sommer 2020: Testing for diagnostikk med smal indikasjon på grunn av knapp analysekapasitet

Fra høst 2020: Testing for å

- påvise smitte
- avgjøre tiltak som isolasjon eller karantene
- dokumentere fravær av sykdom også hos personer uten symptomer
- dokumentere immunitet (gjennomgått sykdom) i koronasertifikat
- systematisk overvåkning av smittesituasjon i visse populasjoner

I overgangen til en normal hverdag vil testregimet nødvendigvis endres ytterligere. Det vil etter hvert bli mindre behov for testing for smittevernformål. Test på klinisk indikasjon vil fortsatt være nødvendig. FHI drøfter i sitt underlag til oppdrag 618B to innretninger for test for smittevernformål. Vi vil i denne besvarelsen drøfte FHI sitt innspill og mer spesifikt drøfte overgangen til test for klinisk diagnostikk. Det kan være behov for å bruke noe tid på denne overgangsfasen slik at både befolkningen og ikke minst helsetilbudet med fastlegene får tilpasset seg til en normal hverdag der SARS-CoV-2 skal håndteres på linjen med andre sykdommer.

FHI anbefaler i sitt innspill to alternativer for videre testing for smittevernformål:

- *Alternativ 1: Symptombasert testing av alle. Testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer avvikes. Alternativet bør benyttes i en kort overgangsperiode før overgang til alternativ 2, feks 2-3 uker frem til smittebølgen når toppen. Vil gi noe høyere smitteverneffekt enn alternativ 2, men vil også medføre høyere kostnader og totalt fravær. Det bør vurderes å kommunisere ut en planlagt overgang til klinisk testing innen noen uker.*
- *Alternativ 2: Testing kun på klinisk indikasjon for befolkningen allerede nå, samt fortsatt lav terskel for symptombasert testing for ansatte, besøkende og pasienter i helse- og omsorgstjenesten. Alternativ 2 vil gi noe lavere smitteverneffekt enn alternativ 1, men betydelig lavere kostnader og færre fraværsdager totalt.*

FHI argumenterer for og anbefaler at symptombasert testing av alle kan benyttes i en kort periode på 2-3 uker med råd om å holde seg hjemme ved positiv test. Dette anbefaler de skal vare fram til toppen av smittebølgen er nådd. Deretter anbefaler de overgang til alternativ 2 med test på klinisk indikasjon og symptombasert testing for enkelte grupper som ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Ved overgang til test på klinisk indikasjon vil det fortsatt være behov for beredskap for test av smittevernhensyn, men dette drøftes mer i oppdrag 610 om strategi- og beredskapsplan.

### Alternativ 1: Symptombasert testing av alle

FHI anbefaler i sitt underlag en overgang til symptombasert testing av alle. Dette innebærer at testing av asymptomatiske personer som hovedregel bortfaller, også for husstandsmedlemmer og tilsvarende nære, og erstattes av en anbefaling om test kun for personer med symptomer.

I forbindelse med lettelsene i tiltaksnivå som regjeringen innførte 1. februar, ble plikten til smittekarantene fjernet. Samtidig ble anbefalingen om testing av asymptomatiske barn i grunnskolealder og yngre som er husstandsmedlemmer og tilsvarende nære, fjernet. Jevnlig testing i skoler og barnehager ble avvirket samtidig.

FHI beskriver den smittereduserende effekten av symptomatisk testing for alle i sitt underlag. I vedlegg 1 beskriver de den faglige begrunnelsen for symptombasert testing fremfor testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer og

tilsvarende nære over 16 år. De konkluderer med at en overgang til testing kun av personer med symptomer, vil gi noe lavere smitteverneffekt og sannsynligvis øke antall smittede per dag ved smittetoppen med 5-20 prosent. Med de forutsetningene de legger til grunn for deres beregninger, finner de likevel at antall genererte sykedager ved smittetoppen sannsynligvis vil være maksimalt 153 600, mot at den sannsynligvis vil være 214 000 ved tilleggtesting av asymptomatiske husstandsmedlemmer og tilsvarende nære over 16 år. Dette fordi asymptomatiske personer som er smittet, ikke vil oppdages og derved heller ikke ha behov for å gå i isolasjon. Med denne endringen vil kun smittede med symptomer bli oppdaget og derved ha plikt til isolasjon. For ytterligere informasjon om FHI sine beregninger, se deres underlag.

FHI skriver videre at smitemønsteret er noe annerledes nå enn tidligere i pandemien. Asymptomatiske personer smitter langt færre enn det personer med symptomer gjør. Videre regner FHI med mindre smitte fra presymptomatiske personer på grunn av at den aktuelle befolkningen i hovedsak er vaksinert.

Helsedirektoratet legger FHI sitt faglige underlag til grunn, og støtter deres konklusjon om at det er mulig å erstatte dagens testanbefaling av husstandsmedlemmer og tilsvarende nære med en anbefaling om test kun av personer med symptomer. Det er, som FHI også skriver, behov for å ha en isolasjonsplikt eller anbefaling om isolasjon i et visst antall dager, dersom test ved symptomer skal ha noen smitteverneffekt.

Flere europeiske land endrer nå fortløpende på TISK-tiltakene og det velges ulike testanbefalinger:

- Danmark har en anbefaling om test på dag tre for husstandsmedlemmer og tilsvarende nære og øvrige nærkontakter.
- Sverige endret sine anbefalinger 9. februar og anbefaler nå ikke testing for allmennheten generelt, men at helsepersonell og pasienter innenfor helse- og omsorgstjenesten skal teste seg ved symptomer.
- I Storbritannia er det krav til isolasjon og test med PCR dersom man har definerte symptomer på covid-19. Uvaksinerte nærkontakter over 18 år skal teste seg med PCR dersom en i husstanden har testet positivt. Isolasjon kan forkortes fra 10 -5 dager ved to negative hurtigtester fra dag 5
- Nederland anbefales test ved symptomer, nærkontakter og personer i samme husholdning som ikke har fått boosterdose og er over 18 år skal i karantene og kan forlate karantene ved negativt testresultat.
- Island anbefales test ved symptomer, for husstandsmedlemmer avhengig av vaksinasjonsstatus gjelder testing med PCR og karantene.

Et viktig moment i vurderingen av å endre teststrategi, er hensynet til personer som vil kunne bli alvorlig syke. Selv om omikronvarianten gir mindre alvorlig sykdom enn deltavarianten, vil fortsatt deler av befolkningen kunne bli alvorlig syke ved SARS-CoV-2 smitte. Dette gjelder spesielt personer med nedsatt immunforsvar og/eller andre underliggende sykdommer. Personer med større fare for utvikling av alvorlig sykdom finnes i alle deler av befolkningen, også på arbeidsplasser. Det vil være ønskelig at lettelsers gjøres på en slik måte at også barn og voksne med risiko for å utvikle alvorlig sykdom med omikronvarianten, føler seg trygge og ivaretatte. I oppdrag 619 drøftes råd til denne delen av befolkningen. I en periode med fortsatt høyt smittepress, vil det imidlertid være vanskelig for disse personene å beskytte seg selv i alle situasjoner.

Videre kan det vurderes om det vil være behov for å informere befolkningen om at det fortsatt kan være situasjoner hvor det er hensiktsmessig å teste asymptomatiske personer. Dette kan f.eks. være aktuelt ved innleggelser i sykehus, før kirurgiske inngrep osv. Det kan også komme situasjoner der personer selv ønsker å teste seg selv om de ikke har symptomer, f.eks. i møte med personer med økt risiko for alvorlig sykdom. Når vi etter hvert skal over i en fase der befolkningen selv skal vurdere risiko for smitte, er det behov for å gjøre dette på en måte som befolkningen kan forstå og er komfortable med.

**Konklusjon:** Helsedirektoratet støtter FHI i at man nå kan gå over til symptombasert test for alle. Hvor lenge symptomatisk testing bør opprettholdes, drøftes nedenfor under alternativ 2. Det vil være usikkerhet rundt når toppen av bølgen er nådd i hele landet. Vi foreslår at det gjøres en ny vurdering om 3-4 uker når vi har mer kunnskap

om utviklingen i omikronbølgen og vi har sikret at vi har fått på plass test-systemer som ivaretar befolkningens behov. Uansett valg av test-strategi fremover, vil informasjonen til befolkningen om at vi er i ferd med å gå over til testing kun på klinisk indikasjon være viktig.

#### *Jevnlig testing i helsetjenesten*

FHI anbefaler som hovedregel at jevnlig testing utgår. De anbefaler spesielt at jevnlig testing av uvaksinerte og delvaksinerte i helse- og omsorgstjenesten utgår. De fleste i helse- og omsorgstjenesten er grunnvaksinert og har fått oppfriskningsdose. Det ser imidlertid ut til at deres beskyttelse mot å bli smittet og smitte videre er kortvarig slik at forskjellen mellom vaksinerte og uvaksinerte er mindre i dagens situasjon med omikronvarianten enn den var tidligere med deltavarianten. Basert på FHI sitt underlag, bør Helsedirektoratets covid-19 retningslinje om munnbindbruk og jevnlig testing av uvaksinert helsepersonell derfor revideres eller avvikles. Inntil dette er gjort, gjelder fortsatt denne retningslinjen.

FHI anbefaler videre at det kan være behov for jevnlig testing i helse- og omsorgstjenesten etter en lokal risikovurdering, både i testalternativ 1 og 2:

*"Ved helseinstitusjoner/sykehusavdelinger med særskilt høy risiko for alvorlig covid-19, kan det etter en lokal risikovurdering vurderes å iverksette jevnlig testing av ansatte og screening av pasienter uavhengig av vaksinasjonsstatus mens smitten fortsatt er høy".*

Helsedirektoratet støtter denne vurderingen.

Alternativ 2: Testing kun på klinisk indikasjon for den generelle befolkningen, men anbefaling om test ved symptomer for enkelte grupper, inkludert ansatte og besøkende i helse- og omsorgstjenesten

FHI har i tidligere oppdragsbesvarelser anbefalt en overgang til testing på klinisk indikasjon i normal hverdag. I underlaget til 618B anbefaler de en overgang til testing på klinisk indikasjon allerede når vi er på toppen av smittebølgen om ca. 2-3 uker, men at dette forsterkes med en anbefaling om test ved symptomer der konsekvensen av smitte er størst. Ansatte og besøkende i helse- og omsorgstjenesten og ev andre kritiske funksjoner anbefales fortsatt å ha lav terskel for symptombasert testing i en overgangsfase mens smitten er høy. I en normal hverdag skal det i utgangspunktet ikke være behov for testing av smittevern hensyn. SARS-CoV-2 vil fortsatt være til stede, men det er et mål at denne skal håndteres av helsetjenesten på linje med andre sykdommer.

FHI drøfter effekten av testing som smittevernstiltak i sitt underlag. Effekten av tiltak er avhengig av smitteutbredelsen på det aktuelle tidspunktet. Et tiltak på toppen av en smittebølge vil ha lavere effekt enn det samme tiltaket på starten av en bølge. De skriver også at det tar flere uker fra et smitteverntiltak fjernes til dette får full effekt på smitten i samfunnet. Se for øvrig FHI sitt underlag.

Tidspunktet for overgang til testing på klinisk indikasjon, kan være vanskelig å ta stiling til da det er stor usikkerhet rundt den videre utviklingen av pandemien. Ifølge de risikovurderingene som foreligger, er det sannsynlig at smittetoppen ligger 2-3 uker foran oss. Det er imidlertid stor usikkerhet i disse anslagene. Toppen vil sannsynligvis treffe forskjellig i ulike deler av landet, og det er usikkert om vi vil vite når vi faktisk er på toppen. Helsedirektoratet vurderer derfor at disse antakelsene alene ikke bør ligge til grunn når vi velger å endre test-strategi. Vi drøfter det videre nedenfor.

Befolkningen har i to år vært vant til at det er viktig å vurdere om en selv eller andre er smittet av SARS-COV-2, ikke fordi de må oppsøke helsehjelp, men fordi det er viktig å unngå å smitte andre. Videre er befolkningen opplært i at det er viktig å holde seg hjemme fra jobb når man er smittet og at det er nødvendig å vite om man har vært/er smittet før utenlandsreiser osv. Det har vært rigget et stort apparat for testing utenfor det vanlige helsetilbudet.



Dette gjør at befolkningen har mulighet til å få stilt diagnosen på egenhånd, uten å ha behov for helsehjelp i vanlig forstand.

I en normal hverdag der det ikke lenger er behov for testing for SARS-CoV-2 som smittevernstiltak, vil behov for testing avgjøres av helsepersonell i forhold til videre behandling. Det er sannsynlig at denne overgangen vil kreve noe tid. FHI beskriver dessuten i sitt underlag at det i en slik overgangsfase vil være behov for noe mer symptomrettet testing i visse grupper. Helsedirektoratet støtter FHI i at det vil være behov for en overgangsfase mellom symptomrettet testing og testing kun på klinisk indikasjon og at det kan være behov for å videreføre anbefalingen om testing på symptomer i noen grupper. Helsedirektoratet vil løfte frem at det kan være aktuelt å åpne for symptomrettet testing også for andre grupper. Selv om det ikke lenger er nødvendig utfra smittevernet å teste seg ved symptomer, kan det fortsatt være mulig å opprettholde en anbefaling eller eventuelt ha en mulighet for å teste seg ved symptomer. En gradvis avvikling av test ved symptomer vil la befolkningen få lov til å venne seg til en hverdag der covid-19 ikke er noe man ikke trenger å forholde seg så mye til.

Det er også noen andre konsekvenser av å slutte med testing ved symptomer midt under omikronbølgen, som bør vurderes. Konsekvensen av en diagnose er ikke alltid mulig å vurdere i løpet av de første dagene når diagnosen er lettest å stille. Vi har ikke rukket å drøfte dette i detalj før denne besvarelsen, men har fått innspill fra behandlere som er involvert i rehabiliteringen av pasienter med senfølger etter covid-19. De sier blant annet:

*"Fagfeltet fysisk medisin og rehabilitering følger mange pasienter over tid etter gjennomgått covid-19 sykdom. Vi mener en endret teststrategi vil ha negative konsekvenser for den pasientgruppen som har senfølger etter mild/moderat sykdom. Slik vi vurderer det vil de største konsekvensene av manglende testing merkes på muligheten til å forske og generere kunnskap fra nåværende sykdomsbølge.*

*"Etter oppdrag fra HOD har alle de regionale helseforetak opprettet senfølgeklinikker. Dette er et tilbud til Covid-19 pasienter med senfølger som har vart over tid. Det er inkludert i oppdraget at det skal drives følgeforskning på senfølgeklinikkene. For de pasientene som har et alvorlig forløp med innleggelse på akuttstusykehus vil en endring i teststrategi «kun med testing ved behov for helsehjelp» ha liten betydning."*

Innspillet er vedlagt i sin helhet. Basert på dette innspillet bør det vurderes om det vil være hensiktsmessig for befolkningen å sikre så god kunnskap som mulig om senfølger og behandlingsmuligheter gjennom omikronbølgen. Vi har også vært i kontakt med en annen behandler av barn og unge med senfølger etter covid-19. Denne behandleren mener at bortfall av diagnose av luftveisagens ikke vil påvirke den behandlingen disse pasientene vil få. Dette er ikke i motsetning til innspillet over der det understrekes at man kan gå glipp av viktig kunnskap som vil kunne komme pasienter til gode i den videre behandlingen.

Et annet moment som vi ikke har rukket å utrede grundig i denne besvarelsen, er behovet for diagnostikk av covid-19 i forhold til yrkessykdom og forsikringsaker. Dette bør også vurderes før man fjerner tilbudet om test ved symptomer.

Vi vet foreløpig ikke hvordan behovet for helsehjelp på grunn av covid-19 vil bli i en normal hverdag etter omikronbølgen. Dersom mange fortsatt er bekymret og ønsker å vite om de har covid-19 eller ikke, vil det kunne bli en stor belastning på fastlegetjenesten som kan bli utfordrende mange steder. I oppdrag 626 drøftes dette:

*"Helsedirektoratet leverte 10.12.21 forslag til Helse- og omsorgsdepartementet om endring i Stønadsforskriften om hvordan fastleger kunne ta kveldstakst ved konsultasjoner ved legekantoret etter klokken 16.00. Dette ble utredet på oppdrag fra HOD med hensikt å tilrettelegge for at fastlegeressursene kunne benyttes mer fleksibelt og legevakter kunne avlastes i forbindelse med covid-19-arbeid. Ifølge siste tilbakemelding fra departementet til avdeling helserefusjoner i Helsedirektoratet ble det ikke gjennomslag for forslaget. Dette temaet kan igjen vise seg å bli aktuelt, med tanke på økende smitte i samfunnet, behov for å*

*benytte legeressurser på kveldstid og spesielt dersom det på sikt legges opp til testing på klinisk indikasjon ved symptomer på covid-19. I en slik situasjon er det sannsynlig at det vil bli stor pågang på legetjenestene i kommunene. Et element som kan påvirke pågangen på å få test på klinisk indikasjon er at EUs koronasertifikat gir en gyldighetsperiode på 180 dager ved bekreftelse av covid-19 med PCR-analyse."*

Det er også viktig å ta med i betraktningen av det fortsatt for personer med risiko for alvorlig forløp vil være behov for rask diagnose og derfor test på symptomer for å kunne iverksette behandling i tide. En videreføring av testsentre i en periode, vil sannsynligvis kunne avlaste fastlegene noe. Det vil også kunne sikre likebehandling slik at ikke bare ressurssterke personer som har mulighet til å betale for test, har mulighet til å teste seg ved Det vil dessuten fortsatt for en del være behov for å få bekreftet eventuell SARS-CoV-2 smitte for koronasertifikat før reiser osv. Spesielt vil dette være gjeldende for de som ikke har fått tre vaksinedoser. Et testtilbud for denne delen av befolkningen, bør vurderes.

Den videre utviklingen av pandemien er fortsatt usikker. I sin oppdaterte risikorapport av 9. februar, beskriver FHI sannsynligheten for nye smittebølger med nye varianter i høst og vinter, men også kanskje allerede til sommeren. Beredskap for å oppskalere test for smittevernformål vil derfor være nødvendig en god stund fremover.

**Konklusjon:** Helsedirektoratet er enig med FHI i at det er en målsetning å gå over til testing på klinisk indikasjon i en helt normal hverdag. Vi er også enige i at det kan være behov for en overgangsfase slik den beskrives av FHI i alternativ 2, men er usikre på tidspunktet for overgang og når nødvendige forutsetninger er til stede. Vi anbefaler derfor at det gjøres en ny vurdering om 3-4 uker når vi har mer kunnskap om utviklingen i omikronbølgen og vi har sikret at vi har fått på plass test-systemer som ivaretar befolkningens behov.

## Isolasjon

Skal isolasjon ved sykdom være en forskriftsfestet plikt eller en anbefaling?

I dag er det plikt til isolasjon forskriftsfestet etter covid-19 forskriften §7:

### **§ 7. Plikt til å isolere seg ved bekreftet smitte**

*Personer som er bekreftet smittet av SARS-CoV-2, men ikke har symptomer skal isolere seg i 4 døgn beregnet fra tidspunktet test med positivt resultat for SARS-CoV-2 ble avlagt. Personer som er bekreftet smittet av SARS-CoV-2 og har symptomer skal isolere seg i minimum 4 døgn fra symptomene startet. Isoleringen skal ikke avbrytes før personen har vært feberfri i minst 24 timer, uten å bruke febernedsettende medisiner. Å isolere seg innebærer å oppholde seg i egen bolig eller på et annet egnet oppholdssted der det er mulig å unngå nærkontakt med andre, med enerom, eget bad, og eget kjøkken eller matservering, isolert fra andre, så langt som mulig også fra andre i samme husstand.*

FHI skrev i sitt underlag til oppdrag 609 at isolasjonsplikten bør opprettholdes også i lavt nivå, men at det kan vurderes å gjøre denne om til anbefaling om å holde seg hjemme når man er syk med covid-19. Helsedirektoratet anbefalte i det samme oppdraget å opprettholde forskriftsfestet isolasjon på lavt nivå, men at lengden på isolasjonstiden burde justeres dersom faglig kunnskap tilsier det. Isolasjonstiden er nå justert ned til 4 døgn. I normal hverdag med økt beredskap anbefalte FHI kun normale råd om å holde seg hjemme når man er syk, men ikke nødvendigvis ved lette symptomer. I underlaget til dette oppdraget opprettholder FHI denne vurderingen, og anbefaler en slik endring ved neste justering av tiltaksnivå.

Helsedirektoratet er enig i at det er et mål å kunne omgjøre isolasjonsplikten til en anbefaling. Tidspunktet for en slik endring bør vurderes ut fra en totalvurdering av situasjonen der konsekvensene både for den smittede, for arbeidsgiver/arbeidsliv og sårbare personer vurderes. Vi drøfter derfor en slik endring nedenfor.

Isolasjon av smittede personer er et målrettet og godt smittevernstiltak som er enkelt for befolkningen å forholde seg til og som vil begrense videre smitte fra smittede personer. Så langt i pandemien har vi erfart at forskrifter følges

i større grad enn anbefalinger. En plikt til isolasjon gir den smittede også en rett til å være hjemme i isolasjonstiden, noe som er enkelt for den smittede å forholde seg til. Ved annen sykdom vil man i hovedsak ha rett til å være hjemme fra jobb kun i den perioden man er arbeidsufør. Vanligvis betyr det i den perioden man har mye symptomer og kanskje en ekstra dag for å sikre at man er frisk. Dersom isolasjonstiden ikke lenger er en plikt, vil det kunne være utfordrende for noen arbeidstakere å få lov til å holde seg hjemme i hele den anbefalte isolasjonstiden.

Arbeidstakere kan føle seg presset til å gå på jobb, og derved smitte andre. Det samme vil kunne være aktuelt for skoleelever og studenter der fravær vil kunne føre til at man ikke får godkjent undervisningen. Disse utfordringene kan sannsynligvis løses ved god og tydelig informasjon til befolkningen generelt og arbeidsgivere og skoler spesielt, evt med tilrettelegging for utvidet bruk av egenmelding dersom det er nødvendig. Det kan også være hensiktsmessig å vente med å omgjøre isolasjonen til en anbefaling til vi er på det tidspunktet i pandemien at man bare skal holde seg hjemme mens man er for syk til å gå på jobb, og ikke skal isolere seg hvis man har lite/ingen symptomer.

En omlegging fra isolasjonsplikt til anbefaling om isolasjon, vil også kunne få betydning for sårbare personer, f.eks. personer med redusert immunforsvar, og andre som er utsatt for alvorlig sykdom ved SARS-CoV-2 smitte. Dersom isolasjonstiden overholdes i mindre grad, vil sannsynligheten for å bli smittet, nødvendigvis bli noe økt. Sårbare personer finnes i sykehus og på institusjoner der det er mulig å beskytte dem, men også på de fleste arbeidsplasser, i skoler og i barnehager. Det kan være behov for målrettede råd for disse gruppene og personene rundt dem dersom isolasjonsplikten omgjøres til en anbefaling.

For at arbeidstakere skal kunne holde seg hjemme i isolasjonstiden, er det nødvendig at de har rett til sykefravær og rett til sykepenger. Sykepenger ved covid-19 er hjemlet i *Midlertidig forskrift om unntak fra folketrygdloven og arbeidsmiljøloven i forbindelse med covid-19-pandemien* § 3-1. Denne gjelder per i dag til 30. juni 2022.

Helsedirektoratet har undersøkt hjemmelen til denne forskriften og kommet til at den forutsetter at covid-19 er en allmennfarlig smittsom sykdom for at forskriften skal gjelde. Dette bør imidlertid også avklares med Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Det er ikke et krav til isolasjon for å ha rett til sykepenger. Retten til sykepenger ved covid-19 følger av om arbeidstakeren må være borte fra arbeid (og ikke kan utøve arbeid hjemmefra) på grunn av covid-19 eller mistanke om slik sykdom. Hvis en person kan være i arbeid, til tross for covid-19 eller mistanke om slik sykdom, vil han/hun ikke ha rett til sykepenger. Vi mener derfor at en anbefaling om isolasjon ved covid-19 vil være tilstrekkelig til at retten til sykepenger opprettholdes, men at det kan bli endringer i dette dersom covid-19 ikke lenger er en allmennfarlig smittsom sykdom. I denne forbindelsen er det nødvendig å huske på at så lenge det er grupper som har anbefaling om test ved symptomer av smittevern hensyn, vil disse også ha en anbefaling om å holde seg hjemme i et visst antall dager. Dette kan bli utfordrende dersom retten til sykepenger bortfaller.

Isolasjonsplikten kan for noen oppleves som et inngripende tiltak. Spesielt for personer som ikke har mye symptomer, kan plikten til å holde deg inne i fire dager, oppleves som uforholdsmessig streng. En anbefaling om isolasjon vil være mindre inngripende, men også vanskeligere å følge dersom du selv ikke forstår nødvendigheten av det. En endring fra plikt til anbefaling om isolasjon, vil kunne redusere opplevelsen av at isolasjon er inngripende, og gjøre det enklere å gjøre tilpasninger for personer som av forskjellige grunner har vanskelig for å overholde isolasjonsplikten. Dette vil også være et skritt i retning av å normalisere håndteringen av covid-19 i befolkningen. De fleste av oss vet hvordan vi skal forholde oss ved andre sykdommer, når vi bør holde oss hjemme og når vi er friske nok til å gå på jobb/skole. Vi trenger å lære oss å leve med SARS-CoV-2 også. Dersom den videre utviklingen av pandemien følger det forløpet vi nå forventer med mye smitte, men med liten belastning på helsetjenesten, vil det være naturlig å heve alle smitteverntiltakene om relativt kort tid, men vi er usikre på om plikten til isolasjon bør heves samtidig. Vi går nå sannsynligvis inn i den største smittebølgen så langt i pandemien. Isolasjonsplikten er et av få smitteverntiltak som kan vurderes å beholdes også gjennom denne bølgen. Vi understreker uansett at det kan være nødvendig å gjeninnføre plikten til isolasjon dersom pandemien på nytt tar en ny vending, f.eks. ved introduksjon av en ny variant.

De fleste land har fortsatt en plikt eller anbefaling om isolasjon ved påvist covid-19-sykdom:

- Danmark har en anbefaling om selvisolasjon i fire dager dersom du ikke har symptomer eller kun har lette symptomer, men at isolasjonen anbefales opprettholdt så lenge man har betydelige symptomer. ([Hvis din test er positiv for covid-19 - Sundhedsstyrelsen](#)).
- Sverige endret sine anbefalinger 9. februar og anbefaler nå at du skal være hjemme fra arbeid, skole og andre aktiviteter så lenge du har symptomer på covid-19 [Stanna hemma om du är sjuk med symtom på covid-19 — Folkhälsomyndigheten \(folkalsomyndigheten.se\)](#),
- Storbritannia er det krav om 10 dagers isolasjon med mulighet for å teste seg ut med to repeterende tester fra dag 5
- Nederland har krav om isolasjon med lengde avhenger av hvilken kommune man bor i
- På Island skal man isolere seg i minst 5 dager, men kan avslutte isolasjon tidligere ved milde symptomer.

Konklusjon: I den perioden vi nå går inn i med enorm smittespredning og en overgang til symptombasert testing, vil det være naturlig å lette noe på isolasjonsplikten. Dette kan gjøres ved å "myke opp" forskriften noe med flere unntak, eller å oppheve plikten og gå over til en anbefaling. Så lenge vi anbefaler test ved symptomer, bør lengden på isolasjon være lik uansett om den er en plikt eller anbefaling, og det er nødvendig at befolkningen har mulighet til å gjennomføre den. Når vi så etter hvert går over til kun test på klinisk indikasjon uten noen form for test for smittevern, vil det være naturlig å ha en anbefaling om å holde seg hjemme når man er syk tilsvarende som for andre infeksjoner. Hvordan et slikt råd kan utformes, er beskrevet i oppdrag 619.

#### Unntak fra isolasjonsplikten for kohortisolering i helseinstitusjoner

Kohortisolasjon i helseinstitusjoner er noe som brukes der man har bekreftet at pasientene er smittet med det samme agens, f.eks. SARS-CoV-2, og det ikke er kapasitet til å isolere på enerom. Helsetjenesten er vant til å vurdere når dette er nødvendig, hensiktsmessig og smittevernfaglig forsvarlig. Et unntak fra isolasjonsplikten for kohortisolering i helsetjenesten vil derfor ikke redusere smittevernet ved isolasjonen. Dersom isolasjonsplikten videreføres, bør det gis unntak for kohortisolering i forskriften. FHI beskriver dette i egen leveranse om smittevernråd i helseinstitusjoner direkte til HOD.

#### Forslag til forskriftsregulering

##### § x – Særlige regler om kohortisolering i helseinstitusjoner

Pasienter i helse og omsorgsinstitusjoner, som har fått positivt testresultat for SARS-CoV-2, kan gjennomføre isolasjon i kohorter i tilfeller der det ikke er kapasitet til å isolere på enerom.

#### Smittesporing

I dagens TISK-strategi er smittesporing i hovedsak overlatt til indeks selv. FHI skriver i sitt underlag at de ikke anser det som formålstjenlig eller nødvendig at personer som får påvist SARS-CoV-2 varsler sine øvrige nærkontakter om at de kan være utsatt for smitte. Smitten i samfunnet generelt gjør at risikoen for smitte i den generelle befolkningen nærmer seg risikoen for smitte for nærkontakter, og smittesporing vil ikke lengre være et effektivt tiltak.

Konklusjon: Helsedirektoratet støtter denne vurderingen og anbefaler at det ikke lengre opprettholdes et råd om at indekspasient skal varsle sine nærkontakter. Uavhengig av om dette rådet bortfaller antar vi at en del fortsatt vil velge å kontakte sine nærmeste nærkontakter ved smitte. Kommunene bør vurdere å bistå med smittesporing ved større utbrudd for eksempel i sykehjem.

#### Karantene

I dagens TISK-strategi er karantene fjernet og byttet ut med et testregime.

## Konsekvenser for TISK-strategien når covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom

Når covid-19 ikke lenger defineres om en allmennfarlig smittsom sykdom, faller de fleste covid-19 forskriftens bestemmelser bort, og alle TISK tiltak kan kun være anbefalinger. Det bør i denne sammenheng vurderes om tilgang til selvtester skal være gratis, eller om dette skal dekkes av den enkelte.

Juridiske og økonomiske konsekvenser når covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom er omtalt under.

### Oppdaterte scenarier for testforbruk

Testbehov og etterspørsel etter tester drives av utbredelsen av smitte i befolkningen og de til enhver tid gjeldende testkriteriene, samt individenes egeninteresse i avklare eller påvise sykdomsstatus. Eksempelvis kan bekymring for sykdom eller sekundærfordeler av sykdom øke etterspørselen etter testing uavhengig av testkriterier. Erfaringer så langt i pandemien har vist at det er krevende å forutsi bruken av selvtester og etterspørselen har til tider overgått tilgjengeligheten. Det er derfor lagt ned store ressurser i å anskaffe betydelig volumer med antigen hurtigtester og selvtester. Det er inngått avtaler om leveranse på nærmere 80 millioner selvtester i perioden fra nyttår og frem til og med uke 12. Totalt i pandemien er det anskaffet 95 millioner selvtester og 15 millioner hurtigtester for profesjonell bruk.

Helsedirektoratet har etablert rutiner for å prioritere, fordele og overvåke beholdningen av selvtester. En uforutsigbar leveransesituasjon fra leverandør medfører at det er vanskelig å planlegge for leveranse av selvtestene og det har derfor i perioder vært kommuner som har opplevd å være i en mangelsituasjon. De siste ukene har store leveranser, i størrelsesorden 6 – 8 millioner selvtester ankommet ukentlig, og det er sendt ut tilsvarende volumer ukentlig til regionale mottakspunkter. Tilgangen på selvtester synes per i dag å være tilfredsstillende for å dekke behovet nasjonalt i tråd med testkriteriene- og anbefalingene. Imidlertid kan befolknings etterspørsel etter tester påvirkes av flere ting enn smittepress, testkriterier og anbefalinger. Enkelte kommuner melder nå om fulle lagre og utfordringer med å kunne motta flere tester. Kommunene rapporterer ukentlig på antall tester på kommunale lager via statsforvalterenes fellesløsning, og ved siste rapportering 7. februar rapporteres det om 9,1 millioner hurtigtester på kommunale lager, noe som er en økning på over 2 millioner fra uken før.

### Estimert testforbruk

Forbruket av tester i perioden fremover vil avhenge av hvilket alternativ for testing som besluttes, samt grad av etterspørsel og tilgjengelighet i befolkningen. Uavhengig av om det besluttes å gå over til symptomatisk testing eller klinisk testing, evt. en kombinasjon av disse ved at det opprettholdes anbefaling om symptomatisk testing for enkelte grupper vil testbehovet reduseres betydelig fra dagens testregimer.

FHI har basert på en forventet smitteutvikling de nærmeste ukene følgende estimering av testbehovet fremover gitt overgang fra dagens testregimer til symptomatisk testing.

Tabell 1: testforbruk per uke og testforbruk totalt ved test ved symptomer og av husstandsmedlemmer (dagens TISK-innretning) eller kun test ved symptomer (alternativ 1) basert på antatt smitte i samfunnet fremover.

Testforbruk				
uke	antall smittede per dag	Dagens ordning	Alternativ 1: symptombasert testing	Symptomer i befolkningen
7	100 000	3 098 565	430 320	10 %
8	110 000	3 408 422	430 320	10 %
9	100 000	3 098 565	430 320	10 %
10	80 000	2 478 852	387 288	9 %
11	60 000	1 859 139	344 256	8 %

12	40 000	1 239 426	301 224	7 %
13	20 000	619 713	172 128	4 %
14	10 000	309 857	129 096	3 %
15	5000	238 992	86 064	2 %
<b>Total testforbruk</b>		16 351 532	2 711 016	
<b>Kostnad</b>		654 061 278	108 440 640	

Det vises til FHI sitt underlag for hvilke faktorer som ligger til grunn for beregninger i modellen.

Dersom og når det vurderes som riktig å gå over til test på klinisk indikasjon vil testbehovet reduseres ytterligere enn det som er vist i tabell 1, da det i all hovedsak vil være PCR-basert testing som skal utføres. FHI anbefaler at det i en overgangsperiode kan være aktuelt med noe symptomatisk testing av enkelte grupper, som for eksempel helsepersonell. Behovet for tester til denne gruppen vil uansett ikke utgjøre de store volumene, og det er derfor ikke laget egne estimater for testbehov her.

#### Rutiner for utdeling og befolkningens egen oppfatning

Erfaringer så lang har vist at det reelle testforbruket nødvendigvis ikke gjenspeiler estimatene og at det er flere faktorer som påvirker det faktiske testforbruket. Befolkningens adferd og testforbruk varierer. Forbruket av tester er avhengig av:

- Informasjon ved utdeling og om kommunene gjennomfører utdeling i tråd med testkriterier og anbefalinger
- Tilgjengelighet på testene
- informasjon til publikum om hvordan og når testene skal brukes
- befolkningens egen oppfatning av hvordan og når testene skal benyttes
- om informasjonen som utleveres er forståelig for befolkningen

Erfaringen siste uke er at den smittevernfnaglige beregningen for hvor mange tester det er behov for synes å ligge lavere enn antall tester som er etterspurt, uten at det foreligger eksakte tall for dette. Vi har ikke kjennskap til hvor mange tester som oppbevares hjemme hos folk, men antar at etter hvert som det blir en metning i "markedet" også vil være en betydelig andel tester tilgjengelige i husstandene. Det kan ut fra den ukentlige rapporteringen på lagerstatus se ut som om etterspørselen etter tester de siste ukene begynner å bli mettet.

Befolkningens egen oppfatning av hvordan og når testene skal benyttes er sannsynlig en av de kraftigste driverne for behovet for tester. Kombinasjonen av at testene deles ut gratis og relativt hyppig skifte av krav eller anbefaling for testing kan bidra til at bruk av testene ikke justeres like raskt ned som endringer i nasjonale krav eller anbefalinger. Det kan være god økonomi i å være aktiv i å informere om rett bruk av testene.

#### Lager og planlagte leveringer

Som fremstilt ovenfor vil testbehovet fremover bli betydelig redusert som følge av endringer i testregimene. Det er fortsatt forventninger om store leveranser inn til nasjonalt lager de kommende ukene, se tabell 2. Frem til nå har Helsedirektoratet ukentlig sendt ut tilsvarende volumer som har kommet inn på lageret. Gitt endringer i testregimer og testbehov fremover må det gjøres en vurdering om det skal sendes ut tilsvarende store volumer ukentlig til kommuner og regionale lagre eller om det er mer hensiktsmessig å bygge opp lagre nasjonalt eller regionalt for beredskap til høsten eller senere smittebølger.

Ved en overgang til symptomatisk testing fremover estimeres forbruket av selvtester til og med uke 15 til 2,7 millioner for hele perioden. Dette forutsetter at tester blir brukt etter indikasjon og at kommunens praksis med utlevering følger testkriteriene. Selv om det reelle testforbruket blir høyere enn estimatene bør vi uansett se og etterstrebe en betydelig reduksjon i testforbruket fremover. Det er en viss bekymring knyttet til at det blir en

overflod av tester liggende ubenyttet i husstandene fremover i stedet for å at disse blir bevart for senere beredskap. Det anbefales derfor at det er en tydelig kommunikasjon ut til kommuner og befolkningen om testkriterier og hva som er indikasjon for å få gratis utlevert tester.

Oversikten under viser de forventede leveransene på allerede eksisterende avtaler om kjøp av hurtigtester, både selvtest og tester for profesjonell bruk. Som oversikten viser, vil det fra uke 7 og frem til uke 12 komme leveranser i størrelsesorden 42 millioner selvtester. Sett opp mot estimert testforbruk frem til uke 15 som er på 2,7 millioner tester vil det ankomme tester som langt overgår det estimerte forbruket. I tillegg forventes det at det bygges ytterligere lagerbeholdninger i kommunene ved at det denne uken sendes ut 8,2 millioner tester til kommunene, samtidig som det planlegges for utsendelse av i overkant av 6 millioner selvtester neste uke.

Tabell 2 Oppdatert leveranseplan uke 1-12 Nasjonalt Felleslager (NFL)\*

Forventet ankomstuke	Antall selvtester	Antall prof.teste
1	3 740 120	750 000
2	2 268 260	1 425 600
3	5 275 130	1 574 400
4	7 172 256	
5	8 862 954 (1 076 512 færre enn forespeilet)	
6	6 061 680	
7	15 116 770	
8	4 789 443	
9	1 954 000	
10	10 918 000	
11	3 634 500	
12	5 711 160	
<b>SUM uke 1-12</b>	<b>75 504 273</b>	<b>3 750 000</b>

\*Leveranseplanen endrer seg nesten daglig fra NFL. Bekreftet mottatte leveranser er markert med grønt.

## Konsekvenser for egenandel m.m. når covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom

Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege gir i § 3 nr. 7 fritak for egenandel for undersøkelse, behandling og kontroll for allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det innebærer at en pasient ikke skal betale egenandel for legebesøk dersom pasienten har grunn til å anta seg smittet, eller at legen får mistanke om at pasienten er smittet av en allmennfarlig smittsom sykdom.

Dersom covid-19 ikke lenger skal defineres som allmennfarlig smittsom sykdom innebærer det at pasienter som hovedregel må betale egenandel både i primær- og spesialisthelsetjenesten ved covid-relatert helsehjelp. Dette vil gjelde ved enkel pasientkontakt, konsultasjoner og testing (hurtigtest og PCR).

Dagens ordning med egenandeler har en todelt funksjon. Ordningen skal til en viss grad virke dempende på etterspørsel og den skal bidra til offentlige inntekter. For at utgiftene ikke skal bli for belastende for enkeltindivider er det innført en ordning med egenandelstak som gjelder på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Folketrygdloven med tilhørende forskrifter har bestemmelser om skjermingstiltak. Dette er regulert i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3. Dette gjelder blant annet ved:

- Ved behandling av barn under 16 år betales det ikke egenandel
- Frikort for helsetjenester får man når en har betalt over et visst beløp i egenandeler. Med frikort slipper du å betale egenandeler for resten av kalenderåret. Dette følger av egenandelsforskriften § 2 nr. 1.

Enkelte pasientgrupper, slik som barn og gravide er fullstendig fritatt fra å betale egenandeler, for å sikre at ingen blir hindret fra å motta helsehjelp av økonomiske hensyn.

Formålet med bestemmelsene om fritak fra egenandelbetaling ved allmennfarlige smittsomme sykdommer er hensynet til å begrense alvorlig smitte og ha kontroll på smitten. Terskelen for å oppsøke lege skal derfor være lav.

Omikron er en mildere virusvariant av covid-19 enn mange av de andre virusvariantene. Selv om den er veldig smittsom, er sykdomsforløpet for de fleste relativt mildt samtidig som mange er fullvaksinerte og derved har mindre risiko for alvorlig forløp ved smitte. Samtidig har fortsatt relativt mange risiko for utvikling av alvorlig sykdom ved covid-19 smitte. Det er sannsynlig at behandlingstilbudet for disse pasienter innen kort til vil utvides, slik at det er viktig at de får stilt en diagnose tidlig og slik får igangsatt behandling i tide. Slik vi vurderer det er det ikke større grunn for å unnta denne sykdommen fra å betale egenandel enn andre sykdommer med tilsvarende eller større alvorlighet. Helsedirektoratet anbefaler derfor at det ikke bør være et generelt egenandelsfritak for undersøkelse og



behandling av covid-19 dersom sykdommen ikke lenger er å anse som en allmennfarlig smittsom sykdom. Dette må det imidlertid tas konkret stilling i lys av den aktuelle smittesituasjon på tidspunktet for endring av covid-19s rettslige status. Vi viser til oppdrag 617 hvor det ikke legges opp til endring av at covid-19 er en allmennfarlig smittsom sykdom nå.

Dersom covid-19 ikke lenger skal anses å være en allmennfarlig smittsom sykdom, og det allikevel er ønskelig å frita pasientene for egenandel for undersøkelse og behandling av covid-19, vil det kreve endring i stønadsforskriften. Det er mulighet å innføre en egen bestemmelse om at det skal ytes stønad etter honorartakstene ved covid-19. Et slikt egenandelsfritak kan innføres i stønadsforskriften med hjemmel i smittevernloven § 6-2, som gir anledning til å fastsette forskrifter om at tiltak eller tjenester skal være uten kostnad for personer som er smittet eller i fare for å bli smittet med en smittsom sykdom. Et egenandelsfritak kan for eksempel tilføyes som et nytt punkt i stønadsforskriften § 3.

### Testing

Testing for covid-19 er i dag gratis, og behandlere refunderes utgifter for testing etter takster i stønadsforskriften.

PCR-test for covid-19 refunderes ved at behandler tar takst 701a. Dersom covid-19 ikke lenger skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom vil egenandelen for denne taksten være kroner 59,- av et honorar på kroner 64,-. Det ble under pandemien innført en egen takst, 701h, for hurtigtest/antigentest covid-19. Denne taksten kan kreves ved bruk av hurtigtest for covid-19. Taksten kan kun kombineres med takst 701a der det også blir gjort ordinær PCR-test i samme kontakt. Takst 701h har ingen egenandel, kun refusjon på kroner 60,-. Dersom covid-19 ikke lenger skal defineres som allmennfarlig smittsom sykdom, vil dette allikevel være en ren refusjonstakst og det vil ikke avkreves egenandel. Det er ingen egenandel knyttet til analysen i laboratoriet.

Dersom covid-19 ikke lenger skal anses som en allmennfarlig smittsom sykdom vil pasienten etter dagens regelverk måtte betale egenandel. I et tilfelle der covid-19 ikke er å anse som en allmennfarlig smittsom sykdom, og det fremdeles er et ønske og en anbefaling om at befolkningen skal teste seg, bør det vurderes fritak for egenandel for testing. Dette vil i så fall kreve en endring i stønadsforskriften for leger. En mulig løsning vil være å føye til et nytt punkt i § 3 for egenandelsfritak for testing for covid-19, eventuelt med hjemmel i smittevernloven § 6-2.

En vurdering av om testing fremdeles skal anbefales dersom covid-19 ikke skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom må gjøres ut fra en vurdering av hvordan situasjonen eventuelt er på det tidspunktet.

### Særlig om legemidler

Det kan etter forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. § 4 ytes stønad til antiinfektive legemidler (i ATC-kode J) til behandling av allmennfarlig smittsomme sykdommer. For personer i særlig fare for å bli smittet i Norge, kan det også ytes stønad til legemidler til forebygging av allmennfarlig smittsomme sykdommer. Utlevering av legemidler etter § 4 er unntatt egenandelbetaling.

Antiinfektive legemidler i ATC-gruppe J kan i dag forskrives direkte på blå resept etter § 4 av lege for behandling av Covid-19. Det er ingen krav til at legemidlet skal ha markedsføringstillatelse for bruken, eller være markedsført i Norge. For stønad etter § 4 er det heller ingen krav til at prioriteringskriteriene for bruken av legemidlene skal være oppfylt, herunder ingen krav til metodevurdering. Videre ble det i januar 2022 gjort en endring om at det kun ytes stønad til behandling eller forebygging av covid i tråd med faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet.

Staten, via Helsedirektoratet, har kjøpt inn, eller forpliktet seg til kjøp av to ulike covidlegemidler til bruk utenfor sykehus, og som er tenkt finansiert via blåreseptordningens § 4 (i den grad de anbefales brukt i faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet). Ettersom Helsedirektoratet eier disse legemidlene, så vil det innebære at håndtering av salg til, og prisfastsettelse hos grossist og apotek, vil måtte avtales mellom Helsedirektoratet og apotekgrossistene/-

kjedene. Dette arbeidet er godt i gang for å sikre tilgang til de begrensede volumene med legemidler som vil bli tilgjengelig i løpet av 2022.

Hvis Covid-19 ikke lenger skal anses som allmennfarlig smittsom sykdom, vil det ikke kunne ytes stønad til forebygging eller behandling av legemidler etter § 4. Stønad etter blåreseptforskriften kan imidlertid ytes til slik behandling etter § 2 (forhåndsgodkjent refusjon) og § 3 (individuell stønad). Dekning etter §§ 2 og 3 er, i motsetning til § 4, ikke unntatt egenandel. For stønad etter §§ 2 og 3 er det krav om at prioriteringskriteriene skal være oppfylt for den aktuelle bruken av legemidlet. Det er i hovedsak også krav om at det må gjennomføres en metodevurdering av nye legemidler før det kan ytes stønad etter disse to paragrafene. Inntil en metodevurdering er gjennomført, og det er dokumentert at prioriteringskriteriene er oppfylt, vil det ikke kunne ytes stønad etter disse paragrafene. En metodevurdering tar normalt mange måneder å gjennomføre. Det vil også kreve at legemiddelprodusenten (MT-innehaver) utarbeider en slik dokumentasjon. Pasienters tilgang til legemidler til behandling eller forebygging av Covid-19 med refusjon etter blåreseptforskriftens §§ 2 og 3, vil som følge av metodevurderingskravet ta vesentlig lenger tid enn stønad etter § 4. Pasienter må, inntil en metodevurdering er utført og det kan gis refusjon etter § 2 eller § 3, betale alle utgiftene til legemidlet selv. De to aktuelle legemidlene koster omtrent 5000-6000 kroner per kur. Den store kostnaden vil i praksis innebære at de fleste ikke vil få tilgang til behandlingen. Som følge av utviklingen av pandemien vil det heller ikke være gitt at det vil være noe videre behov for legemidlene etter at en metodevurdering er gjennomført, dersom denne tar lang tid.

**Utfordringen med å ikke lenger klassifisere Covid-19 som en allmennfarlig smittsom sykdom er primært ikke bortfall av fritak fra å betale egenandel for legemidlene, men å kunne få legemidlene med offentlig refusjon.**

Dersom Covid-19 ikke lenger skal klassifiseres som en allmennfarlig smittsom sykdom, kan man sikre mulighet til fortsatt å kunne yte stønad etter § 4 ved å føre opp legemidler til forebygging og behandling av Covid-19 i tabellen over smittsomme sykdommer som det kan gis refusjon til etter. Det vil kreve en forskriftsendring.

Alternativt må det gjøres et unntak fra det forskriftsfestede kravet om at en metodevurdering skal være gjennomført før det kan gis refusjon etter § 2 eller § 3 i blåreseptforskriften. Det vil trolig måtte gjøres via en instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet. Da arbeidet med å inngå avtaler med apotekgrossistene om håndtering og salg av covidlegemidlene staten har inngått avtaler om å kjøpe inn, er godt i gang, så er det viktig å kunne ha en forutsigbarhet i muligheten til å kunne sikre pasienter rask tilgang til legemidlene med offentlig refusjon. Det gjøres best gjennom fortsatt finansiering som allmennfarlig smittsom sykdom etter blåreseptforskriftens § 4.

#### Økonomiske og administrative konsekvenser

Et eventuelt egenandelsfritak vil etter vår vurdering ikke medføre noen administrative konsekvenser.

Når det gjelder økonomiske konsekvenser så vil et egenandelsfritak potensielt kunne medføre mindre inntekter for staten i form av innbetalte egenandeler. Hvilket omfang vil avhenge av smittesituasjonen og testregimet fremover.

#### Andre forskrifter som regulerer pasientbetaling

Det er ulike forskrifter som også regulerer egenandeler og betaling i helsetjenesten. Dette er forskrift om godtgjørelse for å yte poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (poliklinikkforskriften), forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter og forskrift om betaling fra pasientar for poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetenesta. Vi viser til svar på oppdrag 527 samt 617 for redegjørelse av hvilken betydning allmennfarlige smittsomme sykdommer har for pasientbetaling. Dersom det vurderes nødvendig at ulike tjenester fortsatt bør være uten kostnad for den enkelte kan det innføres særregulering i disse forskriftene med hjemmel i § 6-2.

## Helsedirektoratets konklusjon/ anbefaling

Helsedirektoratet støtter FHI i at man nå kan gå over til symptombasert test for alle. Hvor lenge symptomatisk testing bør opprettholdes avhenger av de forhold som er drøftet. Det vil være usikkerhet rundt når toppen av bølgen er nådd i hele landet. Vi foreslår at det gjøres en ny vurdering om 3-4 uker når vi har mer kunnskap om utviklingen i omikronbølgen og vi har sikret at vi har fått på plass test-systemer som ivaretar befolkningens behov. Uansett valg av test-strategi fremover, vil informasjonen til befolkningen om at vi er i ferd med å gå over til testing kun på klinisk indikasjon være viktig.

Uansett valg av test-strategi fremover, vil informasjonen til befolkningen om at vi er i ferd med å gå over til testing kun på klinisk indikasjon være viktig.

I den perioden vi nå går inn i med enorm smittespredning og en overgang til symptombasert testing, vil det være naturlig å lette noe på isolasjonsplikten. Dette kan gjøres ved å "myke opp" forskriften noe med flere unntak, eller å oppheve plikten og gå over til en anbefaling. Så lenge vi anbefaler test ved symptomer, bør lengden på isolasjon være lik uansett om den er en plikt eller anbefaling, og det er nødvendig at befolkningen har mulighet til å gjennomføre den. Når vi så etter hvert går over til kun test på klinisk indikasjon uten noen form for test for smittevern, vil det være naturlig å ha en anbefaling om å holde seg hjemme når man er syk tilsvarende som for andre infeksjoner.

Helsedirektoratet støtter FHI sin vurdering om at det ikke er formålstjenlig at personer som har fått påvist SARS-CoV-2 varsler sine nærkontakter når det er utsatt for smitte. Kommuner bør fortsatt vurdere å bistå med smittesporing ved større utbrudd for eksempel i sykehjem.

Endringer i testregimet vil medføre et betydelig redusert forbruk av selvtester fremover. Forventede leveranser på selvtester de kommende ukene vil overgå det som er det estimerte forbruket av tester. Testforbruket bør justeres i tråd med de nye kriteriene for testing gjennom god kommunikasjon og informasjon både til befolkningen og til kommuner.

Befolkningens egen oppfatning av hvordan og når testene skal benyttes er sannsynlig en av de kraftigste driverne for behovet for tester. Det kan være god økonomi i å være aktiv i å informere om rett bruk av testene.

Fremtidige utsendelser bør justeres i tråd med endringer i testregimet, og at det tas sikte på å tilpasse lokale lagre basert på oppdaterte vurderinger, og at fordeling av tester ivaretar dette. Det bør planlegges for å bygge opp et nasjonalt lager av selvtester for å ha i beredskap ved en eventuell ny smittebølge til høsten. Lagerbeholdningen bør være så robust at det er tilstrekkelig til et forbruk på 4-6 uker [REDACTED]

Helsedirektoratet anbefaler at det ikke innføres et generelt unntak for egenbetaling for undersøkelse og behandling hos lege for covid-19 i et tilfelle der covid-19 ikke anses som en allmennfarlig smittsom sykdom. Vi ser likevel gode grunner for at testing skal være unntatt egenandel for befolkningen dersom det anbefales testing.

COVID-19

## Oppdrag fra HOD nr. 618 B – om vurdering av bruk av TISK fremover og lengde av isolasjon

10. Februar 2022



### Oppdragstekst:

*Del B: TISK og isolasjon fremover*

*I tillegg skal FHI og Hdir vurdere hvordan og eventuelt om vi skal fortsette med TISK ved et forhøyet smittensnivå. Vurderingen skal inneholde hvilke indikasjoner som skal legges til grunn for å vurdere avvikling av ulike elementer i TISK-strategien, herunder hvor lenge isolasjon bør være en forskriftsfestet plikt, hvor lenge det er hensiktsmessig å drive utstrakt testing, om behovet for kohorter eller andre tiltak i sykehus og om konsekvensene for TISK-tiltak når covid-19 ikke lenger defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Det vises til oppdrag 617 om en fornyet vurdering av dette. Hdir og FHI skal også samarbeide om å oppdatere scenarier for testforbruk basert på de anbefalingene som gis knyttet til indikasjon for test i dette oppdraget, og gi en oppdatert vurdering av behovet for ytterligere anskaffelser av tester.*

*Det bes også om en vurdering av om undersøkelse og behandling, inklusive testing (prøvetaking) og evt andre tjenester hos lege fortsatt skal være fritatt for egenandel, hvis Covid 19 ikke lenger skal defineres som en allmennfarlig smittsom sykdom. Det bes i så fall om forslag til hvordan dette skal reguleres, herunder behovet for endring i stønadsforskriften (Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege). Det bes også om vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser.*

*Frist del B: torsdag 10. februar*

*Kontaktpersoner i HOD:*

*KTA: Hanne Lundemo og Øystein Ellingsen*

*FHA: Siri Helene Hauge*

## Folkehelseinstituttets vurdering

### Innhold

Oppsummering.....	2
Anbefaling for ny innretning av TISK .....	3
Innledning.....	4
Smitteverntesting eller testing på klinisk indikasjon.....	5
TISK de nærmeste ukene.....	6
Vurdering av ulike alternativer for ny innretning av TI(SK).....	6
<b>Testing</b> .....	6
Alternativ 1 .....	7
Alternativ 2 .....	8
Tabeller med beregninger av smittespredning, fravær og kostnader ved alternativ 1 og 2 .....	11
<b>Isolasjon: forskriftsfestet plikt eller anbefaling</b> .....	13
<b>Smittesporing</b> .....	14
Testforbruk.....	15
Kohortisolering og andre smitteverntiltak i spesialisthelsetjenesten.....	16
Vurdering av sosiale konsekvenser .....	16
Merknad .....	16
Vedlegg 1: Faglig begrunnelse for symptombasert testing fremfor testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer og tilsvarende nære > 16 år .....	17
Vedlegg 2: Bakgrunn for beregninger av smittespredning og konsekvenser ved de to ulike alternativene for testing.....	19
Vedlegg 3: Utkast til råd ved symptombasert testing (alternativ 1) .....	21

### Oppsummering

- I denne oppdragsbesvarelsen vurderes innretningen av TI(SK) for smittevernformål.
- Effekten av tiltak er avhengig av hvor i smittebølgen Norge befinner seg, og planlagt varighet av tiltakene. Tiltak ved toppen av en smittebølge har langt lavere effekt enn det samme tiltaket vil ha i starten av en bølge, både på antall syke ved toppen av bølgen og totalt antall syke gjennom bølgen. Når toppen av en smittebølge er nådd, er det lite sannsynlig at lettelser i TI(SK)-tiltakene vil ha nevneverdig betydning for antall smittede eller syke (også alvorlige) ved smittetoppen eller totalt gjennom omikronbølgen.
- Det drøftes to forskjellige testinnretninger som begge kan vurderes i sammenheng med eventuelt andre tiltak og hvor i bølgen vi befinner oss ved planlagt iverksettelse. De forskjellige innretningene har fordeler og ulemper hva angår både smitteverneffekt og tiltaksbyrde (for individ og samfunn).

- FHI anbefaler at vi på nåværende tidspunkt går over til testalternativ 1: symptombasert testing av alle. Testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer avvikles. Alternativet bør benyttes i en kort overgangsperiode i 2-3 uker. Når smittebølgen når toppen anbefaler FHI overgang til alternativ 2.
- Isolasjonsplikten bør avvikles og erstattes med råd om å holde seg hjemme. Testinnretning og isolasjon (råd om å holde seg hjemme) må ses i sammenheng. Positiv test bør følges opp med en anbefaling om å holde seg hjemme et bestemt antall dager for at testing skal ha en smitteverneffekt.
- Smittesporing, som i dag primært er beskjed fra personer med positiv test til øvrige nærkontakter, bør avvikles, da det ikke lenger vurderes til å ha en tilleggseffekt på smittebegrensning.
- Beredskap for testkapasitet må inngå i overordnet strategi for pandemihåndteringen. Det er beskrevet i andre oppdrag.
- Endring i testinnretningen vil få konsekvenser for overvåkingen. Testing for overvåkingsformål beskrives i oppdrag 620.

*Siste del av oppdraget vedrørende egenandel og regulering dersom covid-19 ikke lenger er en allmennfarlig smittsom sykdom har FHI ikke omtalt i dette oppdraget. For FHIs vurdering av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom viser vi til oppdrag 617 der dette behandles og stønadsordninger omtales.*

## Anbefaling for ny innretning av TISK

**Testing:** Vi har beskrevet to alternativer for testing. Innen kort uansett bør planlegges for overgang til testing kun på klinisk indikasjon, i lik linje med diagnostikk ved andre luftveisinfectionsjoner.

### ***FHI anbefaler at vi på nåværende tidspunkt går over til alternativ 1.***

- **Alternativ 1:** Symptombasert testing av alle. Testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer avvikles. Alternativet bør benyttes i en kort overgangsperiode før overgang til alternativ 2, feks 2-3 uker frem til smittebølgen når toppen. Vil gi noe høyere smitteverneffekt enn alternativ 2, men vil også medføre høyere kostnader og totalt fravær. Det bør vurderes å kommunisere ut en planlagt overgang til klinisk testing innen noen uker.
- **Alternativ 2:** Testing kun på klinisk indikasjon for befolkningen allerede nå, samt fortsatt lav terskel for symptombasert testing for ansatte, besøkende og pasienter i helse- og omsorgstjenesten. Alternativ 2 vil gi noe lavere smitteverneffekt enn alternativ 1, men betydelig lavere kostnader og færre fraværsdager totalt.

Grundig vurdering av de to alternativene med fordeler og ulemper (spesielt med tanke på hvor i smittebølgen vi befinner oss når endringen iverksettes), beregninger av kostnader, fravær og testforbruk er beskrevet lengre ned i dokumentet.

**Isolering:** Bør i dagens situasjon være en anbefaling og ikke forskriftsfestet plikt. Må ses i sammenheng med testanbefaling.

**Smittesporing:** Personer som er smittet med SARS-CoV-2 trenger ikke lenger informere øvrige nærkontakter. Kommunal smittesporing i enkelte situasjoner kan være nødvendig.

**Karantene:** Utgikk 1. februar.

## Innledning

FHI leverte i oppdrag 601 og 609 forslag til innretning av TISK i fem ulike nivåer. Ved justering av tiltak 1. februar valgte man å benytte "Lavt tiltaksnivå" der både karantene og i stor grad også smittesporing ikke lenger anses hensiktsmessig. Gjenværende tiltak er nå testing av symptomatiske personer, testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer og tilsvarende nære > 16 år, råd om at personer med påvist SARS-CoV-2 informerer øvrige nærkontakter samt plikt til isolasjon.

I dette oppdraget behandles de ulike delene av TISK (især testing og isolasjon) sett i lys av *smitteverneeffekten*.

Testing som ledd i overvåkning er et annet formål enn smittebegrensning. Gjennom pandemien er smitteverntesting benyttet i overvåkingen. Endring av testregimet for smittevernformål vil derfor få konsekvenser også for overvåkning av pandemien, kunnskapsgenerering m.m. Vi viser til oppdrag 620 der overvåkning behandles nærmere.

I denne oppdragsbesvarelsen belyses mulige testinnretninger i den kommende perioden i omikronbølgen. Effekten, men også kostnaden av de forskjellige innretningene vurderes nærmere, men uavhengig av valgt innretning, bør det planlegges for overgang til testing på kun klinisk indikasjon innen nær fremtid. Det vil si, innen en nær fremtid bør målsetningen være å håndtere SARS-CoV-2 på lik linje med andre luftveisinfeksjoner og uten spesifikke TISK-tiltak.

I flere oppdrag har FHI beskrevet behov for styrket testkapasitet, både for PCR, profesjonelt tatt antigen-hurtigtest og selvtester. Kapasiteten får betydning for innretning og effekt av de samlede tiltakene i TISK, særlig i innledende fasen av en smittebølge. I den fasen av omikronbølgen vi er i nå, er det usannsynlig at det vil være behov for å øke testkapasiteten den nærmeste tiden, gitt utviklingen vi ser i Norge og andre land under omikronbølgen. Det er usannsynlig at økt testbruk vil kompensere eller begrense epidemiens utvikling i stor grad nå under denne bølgen, og kost-nytte forholdet er derfor annerledes nå enn tidligere.

Ekstra kapasitet for PCR analyser utenfor de kliniske mikrobiologiske laboratoriene vil være et viktig beredskapstiltak for uforutsett utvikling av pandemien og vil kunne øke testkapasiteten i Norge vesentlig uten at det går på bekostning av diagnostisk kapasitet. Dette er nærmere beskrevet i oppdrag 606.

*Vurdering av effekt av tiltak på nåværende punkt i smittebølgen.*

Ifølge beregningene i vedlegg 2, og FHIs siste modelleringsrapport <sup>1</sup> om omikron anslås det at Norge når smittetoppen innen noen få uker. Når et smitteverntiltak fjernes, tar det sannsynligvis flere uker før dette får full effekt på smitten i samfunnet. Studier fra flere land tyder på at ca. 60% av effekten av tiltaket er borte 3 uker etter avslutning <sup>2 3</sup>. Effekten av tiltak 3 uker før smittetopp er, slik

---

<sup>1</sup> [https://www.fhi.no/contentassets/e6b5660fc35740c8bb2a32bfe0cc45d1/vedlegg/nasjonale-og-regionale-rapporter/national\\_regional\\_model\\_02february\\_2022.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/e6b5660fc35740c8bb2a32bfe0cc45d1/vedlegg/nasjonale-og-regionale-rapporter/national_regional_model_02february_2022.pdf)

<sup>2</sup> Chan, L. Y. H., et al. (2021). "COVID-19 non-pharmaceutical intervention portfolio effectiveness and risk communication predominance." Scientific Reports 11(1): 10605.

<sup>3</sup> Li, Y., et al. (2021). "The temporal association of introducing and lifting non-pharmaceutical interventions with the time-varying reproduction number (R) of SARS-CoV-2: a modelling study across 131 countries." Lancet Infect Dis 21(2): 193-202.

modelleringsrapporten til FHI <sup>4</sup> også viser, sannsynligvis svært lav på både smittetopp og total sykdomsbyrde så lenge det uansett ikke planlegges for fortsatt strenge smitteverntiltak i lang tid fremover. Når data tyder på at smittetoppen er nær reduserer dette effekten ytterligere. Det er liten sannsynlighet for at lettelser i TISK tiltakene i uke 5 eller 6 vil ha nevneverdig betydning for antall smittede eller syke (også alvorlige) ved smittetoppen eller totalt gjennom omikronbølgen. Vår vurdering er derfor at de fleste TISK-tiltak kan lettes på nåværende tidspunkt.

### *Smitteverntesting eller testing på klinisk indikasjon*

All testing bør ha et formål, og forholdsmessigheten av smitteverntesting bør til enhver tid vurderes. Formål med testing for SARS-CoV-2 er beskrevet i tidligere oppdrag, blant annet oppdrag 580, men utdypes noe mer her:

#### **Testing på klinisk indikasjon**

En test som tas etter en vurdering av lege med formål å bekrefte eller avkrefte mistanke om sykdom. Man tar utgangspunkt i pasientens helse, i motsetning til smitteverntesting der man tar utgangspunkt i å avdekke en spesifikk smitte og hindre videresmitte. Svaret ved test på klinisk indikasjon kan få konsekvenser for videre medisinsk behandling og oppfølging. For SARS-CoV-2 vil dette kunne gjelde personer med alvorlige symptomer eller milde symptomer og høy risiko for å utvikle alvorlig sykdom. Høyest mulig sensitivitet for påvisning også av lave virusmengder er ønskelig, og det er vanligvis indikasjon for å undersøke mtp flere mikrober. Det bør derfor tas prøve til NAT (PCR f.eks) for klinisk testing. Hurtigtester bør være tilgjengelig for legekantor for rask diagnose for oppstart av antiviralia for utvalgte pasienter når det blir tilgjengelig. Det bør da tas hurtigtest og NAT (f.eks.PCR) samtidig.

#### **Smitteverntesting**

Test som tas for å oppdage smittede personer før eller mens de er smittsomme slik at de kan isoleres, videresmitte forebygges, og smittesporing kan starte dersom det vurderes nødvendig. For SARS-CoV-2 kan dette gjelde personer med og uten symptomer.

Smitteverntesting for SARS-CoV-2 kan videre deles inn i to kategorier:

- 1) *Smitteverntesting uavhengig av symptomer*. Bred smitteverntesting. Eksempel på dette er: testing av alle nærkontakter, jevnlig testing, innreisetesting etc. Dette er i stor grad allerede avviklet.
- 2) *Smitteverntesting ved symptomer (heretter kalt symptombasert testing)*. Mer målrettet smitteverntesting: kun personer med symptomer som kan være forenlig med covid-19. Omfatter flere personer enn testing på klinisk indikasjon. Her er terskelen for test lavere da man tester også personer uten risiko for alvorlig sykdom på bakgrunn av symptomer. Symptomene kan være lette eller mer uttalte. Har som formål å avdekke om symptomer skyldes SARS-CoV-2-viruset for å hindre videre smitte.

#### **Overvåking**

Overvåking av smittesituasjonen og vaksineeffekt har man hittil oppnådd med testing og sekvensering av prøver fra de ovennevnte kategorier. Nå har man i stor grad gått bort fra bred smitteverntesting, og mange smittede uten symptomer avdekkes ikke. Enhver endring i smitteverntesting vil også få konsekvenser for overvåkingen. Overvåking behandles i oppdrag 620 og omtales ikke ytterligere her.

---

<sup>4</sup> <https://www.fhi.no/contentassets/e6b5660fc35740c8bb2a32bfe0cc45d1/vedlegg/nasjonale-og-regionale-rapporter/modelling-scenarios-for-the-sars-cov-2-omicron-voc-26.01.2022.pdf>



## Endringer i teststrategi og vurderinger av oppfølging av sen følger etter c19/forskning

Det er stilt spørsmål fra enkelte fagmiljøer om endring av testinnretning, og etter hvert overgang til testing på klinisk indikasjon, vil kunne påvirke oppfølging/håndtering av senfølger etter covid-19. Siden vi gjennom hele pandemien har hatt en varierende andel mørketall av SARS-CoV-2 infeksjoner, og det aldri har vært mulig å diagnostisere alle smittede, kan ikke testresultat per se anvendes til dette formål alene. Det er svært sannsynlig at andelen udiagnostiserte er betydelig høyere i dagens smittesituasjon, og det forventes at større delen av befolkningen vil bli smittet i løpet av den pågående omikronbølgen. Teststrategien har vært endret flere ganger ilet de siste to årene, og bør hensyntas ved forskning/oppsummering av kunnskap. FHI mener at en nasjonal testinnretning ikke bør bestemmes etter hvilken påvirkning det vil kunne ha på enkelte forskningstema.

## TISK de nærmeste ukene

Den til enhver tid ønskede smitteverneffekten må ligge til grunn for vurderinger rundt avvikling av tiltak i TISK. Behovet for smittebegrensning må vurderes basert på belastningen på sykehus og øvrige helse- og omsorgstjenester sett opp mot den totale samfunnsbelastningen, inkludert byrden ved sykdom versus byrden ved tiltak på samfunnet i helhet, herunder offentlige tjenester, næringsliv og enkeltindividet.

I en situasjon med høy smitte, men lav sykdomsbelastning (omikron) vil behovet for smittebegrensning (ønsket smitteverneffekt) være lavere enn i en situasjon med høy sykdomsbelastning (delta). Dette er omtalt i risikovurderingen fra 26. januar 2022.

Testing kan ha ulike formål. Testing som ledd i TISK-innretningen har hovedsakelig hatt et smittevernformål. Testing i seg selv har liten eller ingen smittevernmessig effekt dersom en positiv test ikke følges opp med et nytt tiltak, det vil si råd om at den smittede holder seg hjemme. Der smitteverntesting omtales i oppdraget, inkluderes derfor påfølgende råd om å holde seg hjemme, som gir smittevernmessig effekt, men som også er en byrde, for individet og for samfunnet.

Antall reelle sykefraværsdager må ses opp mot fravær grunnet antall isolasjonsdager for friske individer (ingen eller lette symptomer) med påvist SARS-CoV-2-smitte. I følge FHIs beregninger, overstiger antall isolasjonsdøgn det estimerte sykefraværet på grunn av sykdom og ev. økt smitte, og FHI anbefaler at råd om testing av asymptomatiske nærkontakter bør avvikles, uavhengig av valg av testinnretning. For detaljerte vurderinger vises til vedlegg 1.

Effekten av tiltak er avhengig av hvor i smittebølgen Norge befinner seg og planlagt varighet av tiltaket. Tiltak ved toppen av en smittebølge har langt lavere effekt enn det samme tiltaket vil ha i starten av en bølge både på antall syke ved toppen av bølgen og totalt antall syke gjennom bølgen. I dagens situasjon er toppen av smittebølgen sannsynligvis noen få uker unna.

## Vurdering av ulike alternativer for ny innretning av TI(SK)

FHI vurderer her to alternativer for ny innretning av test-systemet og kommer med en anbefaling for isolasjon (å holde seg hjemme) og smittesporing. Karantene omtales ikke da det utgikk 1. februar.

### *Testing*

Under vurderer vi to ulike alternativer for testing basert på smitteverneffekt, syke- og isolasjonsfravær og kostnad. Testforbruk er beskrevet i eget avsnitt. Begge alternativene kan

vrurderes i den nærmeste tiden, men bør ses i sammenheng med eventuelt andre tiltak og hvor i bølgen vi befinner oss ved planlagt iverksettelse. På sikt bør covid-19 håndteres som andre luftveisinfeksjoner.

### Alternativ 1

*Testing kun ved symptomer (symptombasert testing) for hele befolkningen. Testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer avvikles. Alternativet bør kun brukes i en overgangsfase. Innen kort tid (når vi har nådd toppen av omikronbølgen), planlegges avvikling også av symptombasert testing og overgang til alternativ 2. Det bør vurderes å tidlig kommunisere ut en slik planlagt overgang.*

*Ved helseinstitusjoner/sykehusavdelinger med særskilt høy risiko for alvorlig covid-19, kan det etter en lokal risikovurdering vurderes å iverksette jevnlig testing av ansatte og screening av pasienter uavhengig av vaksinasjonsstatus mens smitten fortsatt er høy.*

**Formål med testingen:** Bidra til smittebegrensning i samfunnet og begrense smitte inn i helse- og omsorgstjenesten. Ved valg av symptombasert testing må det også foreligge råd om tid man skal holde seg hjemme i etterkant av positiv test, dersom testingen skal ha en smitteverneffekt.

I dag er det anbefalt testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer og tilsvarende nære > 16 år. Dette tiltaket vil trolig medføre større byrde på enkeltindividet og samfunnet de neste ukene enn dersom det avvikles. FHI anbefaler derfor at tiltaket avvikles helt (se vedlegg 1 for bakgrunnsinformasjon).

Symptombasert testing for hele befolkningen kan beholdes i en overgangsfase. Innenfor kort tid, når vi har nådd toppen av omikronbølgen, bør det planlegges avvikling av symptombasert testing og overgang til alternativ 2. Det bør vurderes å allerede kommunisere ut en slik planlagt overgang.

Det er utarbeidet konkrete råd til befolkningen som FHI mener bør være anbefalingene ved symptombasert testing, se vedlegg 3. De få som ev. fortsatt får anbefaling om jevnlig testing bør følge samme anbefaling som personer med symptomer om å holde seg hjemme ved positiv test.

#### Fordeler ved alternativ 1:

- Alternativ 1 har høyest smittereduserende effekt, særlig etter 3-4 uker, da man tester alle med symptomer. Se tabell 1.
- Vil ha en mindre tiltaksbyrde (sparte isolasjonsdøgn for friske personer) uten stor reduksjon i smittebegrensning i forhold til å beholde dagens innretning der husstandsmedlemmer og tilsvarende nære over 16 år testes uten symptomer (se vedlegg 1)
- Vil kunne dempe noe av smittespredningen og muligens flate ut kurven noe.
- Kan forhindre noe belastning på spesialisthelsetjenesten
- Vil bidra til bedre oversikt over omfang av smitte i befolkningen via Symptometer og kohortene
- Vil gi bedre oversikt for individer om smitte, og vil kunne være nyttig for vurdering av fremtidig behov for vaksinedoser.

#### Ulemper ved alternativ 1:

- Sannsynlig liten effekt på videre forløp av epidemien i Norge.
- Bred symptombasert testing med påfølgende isolasjonsregime på nåværende tidspunkt har sannsynligvis liten effekt på hvor høy smittetoppen blir.
- Så lenge symptombasert testing skal ikke videreføres i flere måneder vil det sannsynligvis heller ikke ha betydelig effekt på totalt antall smittede i omikronbølgen.
- I forhold til alternativ 2 vil det gi høyt antall fraværsdager for voksne og barn med mulige psykososiale og økonomiske konsekvenser. Se tabell 2.
- Stort ressursbruk på testing
- Ensidig fokus på covid-19.

#### Utfordringer / kommunikasjon ved alternativ 1:

- Råd mot risikogrupper og personer i kontakt med risikogrupper.
- Anbefalingen for hvordan man forholder seg til luftveissymptomer bør knyttes til symptomstyrke og ikke testresultat alene. Har man mye symptomer, men negativ SARS-CoV-2-test bør man likevel holde seg hjemme til man er bedre.
- Det holdes vedvarende fokus på SARS-CoV-2-smitte, samtidig som vi ønsker å dreie mot et mer helhetlig bilde av luftveissymptomer og -infeksjoner.
- Dersom dette innføres vil det mest sannsynlig være kortvarig, det kan føre til kommunikasjonsvansker med hyppige endringer.

#### Alternativ 2

*Testing kun på klinisk indikasjon for den generelle befolkningen. Ansatte og besøkende i helse- og omsorgstjenestene anbefales fortsatt å ha lavere terskel for symptombasert testing i en overgangsperiode mens smitten fortsatt er høy. Det kan være aktuelt med lavere terskel for testing ved symptomer for enkelte andre grupper der konsekvensen av utbrudd og høyt sykefravær er stor.*

*Ved helseinstitusjoner/sykehusavdelinger med særskilt høy risiko for alvorlig covid-19, kan det etter en lokal risikovurdering vurderes å iverksette jevnlig testing av ansatte og screening av pasienter uavhengig av vaksinasjonsstatus mens smitten fortsatt er høy.*

Formål med testingen: Begrense smitte inn i helse- og omsorgstjenesten og ev. andre kritiske funksjoner. Det må medfølge en anbefaling om antall dager man skal holde seg hjemme dersom tiltaket skal ha effekt.

Testing på klinisk indikasjon vil fange opp de som er så syke at de kontakter lege slik at de får riktig oppfølging/behandling på lik linje med andre smittsomme sykdommer.

For konkrete råd til befolkningen ved dette alternativet henvises til oppdrag 619. De gruppene som her anbefales symptombasert testing bør få råd om beskrevet i vedlegg 3 i denne besvarelsen. De få som ev. fortsatt får anbefaling om jevnlig testing bør følge samme anbefaling som personer med symptomer om å holde seg hjemme ved positiv test.

#### Fordeler ved alternativ 2:

- Alternativet vil sannsynligvis medføre et betydelig lavere antall fraværsdager og kostnader sammenlignet med alternativ 1 som tabell 2 viser, til tross for økt smitterisiko.
- Forbruk av hurtigtester går ned.
- Ved overgang til testing på klinisk indikasjon går man langt i å sidestille covid-19 med andre virus som kan gi luftveissymptomer og -sykdom.
- Mer målretting av ressurser og testbruk mot personer som er syke, der resultatet av testen får en konsekvens for videre oppfølging og behandling.
- Normaliseringseffekt.
- Vil sannsynligvis forhindre noe smitte inn i helse- og omsorgstjenesten og til risikogrupper ved at man tester ansatte, besøkende og pasienter (se tabell 1).
- Kan bidra til å forhindre smitte inn i andre samfunnskritiske virksomheter eller sårbare miljøer der symptombasert testing ev. vedholdes.

#### Ulemper ved alternativ 2:

- Smittetallene vil øke noe slik tabell 1 viser, muligens også innleggelsestallene, men det er lite sannsynlig at kapasiteten i helsetjenesten eller andre samfunnskritiske institusjoner vil bli negativt påvirket i noen stor grad i forhold til alternativ 1.
- Vil føre til noen økning i smitterisiko, særlig etter noen uker, sammenlignet med alternativ 1.
- Risiko for at mange vil oppsøke lege ved svært lette symptomer med mål om å testes for å avdekke om det foreligger SARS-CoV-2-smitte etter to år med fokus på dette. Kan medføre økt belastning på kommunehelsetjenesten/primærhelsetjenesten. Her kan et system for tilgjengeliggjøring av gratis hurtigtester i en overgangsperiode vurderes for å dekke behovet. Mange vil nok selv gå til innkjøp av selvtester på apotek eller andre steder.
- Hendelsen (bekreftet smitte med SARS-CoV-2) blir ikke registrert til bruk i koronasertifikat med mindre man er så syk at lege velger å teste på klinisk indikasjon, med de ulempene det kan ha for den enkelte.

#### Utfordringer / kommunikasjon ved alternativ 2:

- Det vil sannsynligvis i en overgangsperiode være en forventning i deler av befolkningen om at man skal få vite om man er smittet med SARS-CoV-2 eller ikke.
- I en normalsituasjon undersøker man ikke hvilket virus som forårsaker lette luftveisinfeksjoner, det undersøkes kun dersom personen er så syk at de oppsøker lege, og at lege vurderer det som hensiktsmessig å utføre mikrobiologisk diagnostikk.
- Anbefalingene for hvordan man bør forholde seg ved luftveissymptomer må være enkle, forståelige og universelle.
- En generell anbefaling om å holde seg hjemme ved sykdom vil redusere smitte med alle luftveispatogener inkludert SARS-Cov-2.

### *Om jevnlig testing av uvaksinerte og delvaksinerte i helse- og omsorgstjenesten*

Jevnlig testing av uvaksinerte og delvaksinerte i hele landet, jmf. Helsedirektoratets sterke anbefaling, vurderes ikke formålstjenlig i dagens situasjon. De fleste ansatte i helse- og omsorgstjenesten er grunnvaksinert og har fått oppfriskningsdose. Deres beskyttelse mot å bli smittet med SARS-CoV-2 kan se ut til å være kortvarig, og både vaksinerte og uvaksinerte kan dermed potensielt være smitteførende. For å forebygge/begrense smitte inn i helse- og omsorgstjenesten bør samme tiltak gjelde for alle ansatte uavhengig av vaksinasjonsstatus. Risiko for alvorlig covid-19 hos dem man ønsker å beskytte fra smitte (risikogrupper) i helse- og omsorgstjenesten vurderes nå relativt lav, grunnet høy vaksinasjonsdekning og immunitet i befolkningen. Tiltakene bør dermed vurderes etter en lokal risikovurdering, slik det legges opp til i forsterkede råd til helse- og omsorgstjenesten.

Forsterkede råd for kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten er beskrevet nærmere her:

- <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/kommunale-helse-og-omsorgsinstitusjoner/?term=&h=1#forsterkede-smitteverntiltak-ved-oekt-smitterisiko>
- <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/spesialisthelsetjenesten/?term=&h=1#forsterkede-smitteverntiltak-ved-oekt-smitterisiko>

*Tabeller med beregninger av smittespredning, fravær og kostnader ved alternativ 1 og 2*

Beregningen i tabell 1 og 2 er basert på en rekke usikre antakelser. Tallene må derfor ikke anses som nøyaktige prediksjoner, men sannsynlige forhold mellom de ulike alternativene. Det er antatt en svært høy etterlevelse i befolkningen på 80% (basert på tall fra Symptometer), dersom etterlevelsen er lavere vil både effekten og byrden av alternativ 1 gå ned, men effekten vil reduseres mer enn byrden.

Bakgrunn for beregninger av smittespredning og konsekvenser av de ulike alternativene finnes i vedlegg 2.

*Tabell 1: Økning i smittespredning ved alternativ 2 i forhold til alternativ 1.*

<b>Uker etter innføring</b>	<b>Alternativ 1: symptombasert testing for alle</b>	<b>Alternativ 2: symptombasert testing helsepersonell</b>
<b>1 uke</b>	Ref	2,1%
<b>2 uker</b>	Ref	4,2%
<b>3 uker</b>	Ref	6,4%
<b>Effekt etter 5 uker</b>	Ref	10,3%
<b>Effekt på smitte fra helsepersonell inn på helseinstitusjoner</b>	Ref	0%

Tabell 2: Konsekvenser av de ulike alternativene på fravær og kostnader.

	Alternativ 1: <b>symptombasert testing for alle</b>	Alternativ 2: <b>symptombasert testing helsepersonell</b>	Alternativ 2 mot 1
Antall fraværsdager generert per dag ved 100 000 smittede			
<b>Voksne</b>	101 277	54 101	53%
<b>Barn</b>	23 723	12 526	47%
<b>Total</b>	<b>128 000</b>	<b>66 628</b>	<b>52%</b>
Samfunnsøkonomisk kostnad per dag ved 100 000 smittede			
<b>Voksne</b>	61 778 859	42 258 962	68%
<b>Barn</b>	40 501 656	18 985 151	47%
<b>Total</b>	<b>102 280 514</b>	<b>61 244 113</b>	<b>60%</b>
Antall fraværsdager generert totalt ved 2 millioner nye smittede fra uke 5 og til juni			
<b>Voksne</b>	2025536	1082021	53%
<b>Barn</b>	534464	250530	47%
<b>Total</b>	<b>2560000</b>	<b>1332550</b>	<b>52%</b>
Samfunnsøkonomisk kostnad totalt ved 2 millioner nye smittede fra uke 5 og til juni			
<b>Voksne</b>	1235577170	845179246	68%
<b>Barn</b>	724529620	339623259	47%
<b>Total</b>	<b>1960106790</b>	<b>1184802505</b>	<b>60%</b>

### *Testing for personer i risikogrupper*

Personer som fortsatt er i risikogruppe for alvorlig covid-19 etter vaksinasjon kan ha indikasjon for legemiddelbehandling ved smitte. Disse gruppene bør anbefales videre symptombasert testing mtp å vurdere indikasjon for eventuell behandling. Innen kort tid vil det også bli peroral behandling for oppstart i primærhelsetjenesten bli tilgjengelig for pasienter med påvist covid-19 med risiko for alvorlig forløp. Hurtigtester bør tilgjengeliggjøres for å raskt kunne stille diagnose og vurdere indikasjon for å starte behandling i primærhelsetjenesten, for eksempel ved at legekantor har hurtigtester for dette formålet.

For øvrige råd til risikogrupper, vises til besvarelsen i oppdrag 619.

### *Isolasjon: forskriftsfestet plikt eller anbefaling*

***Gitt dagens situasjon i epidemien, vurderer FHI at epidemien bør håndteres med gode råd og leveregler til befolkningen, ikke med lov og forskrift.***

Å endre plikt til isolering til råd om å holde seg hjemme står bedre i forhold til de endringer vi foreslår i de andre delene av innretning av TISK. Det har nevnts i tidligere oppdragsbesvarelser fra Helsedirektoratet at erfaringen har vært at plikter har bedre effekt enn anbefalinger. FHI mener at det smittevernmessig finnes lite kunnskap om en slik effekt av plikt sammenlignet med anbefalinger, og det er uklart om det faktisk resulterer i noen økt risiko for videresmitte. Befolkningen har allerede fått mye av ansvaret for å avdekke smitte, gi beskjed til nærkontakter og å gå i isolasjon selv. Befolkningen har vist en god evne til å følge råd, og en god forståelse av smitte og smittevern.

Det vurderes derfor som mindre sannsynlig, men også akseptabelt fra et helhetsperspektiv gitt dagens situasjon. Isolasjonsplikt er et inngripende tiltak for de som isoleres, og kan ikke lenger ansees som smittevernfaglig formålstjenlig i dagens situasjon.

**Folkehelseinstituttet anbefaler nå at forskriftsfestet plikt til isolasjon kan erstattes med anbefaling om å holde seg hjemme.** Befolkningen tar på den måten ansvar for egen smitte, på lik linje med andre luftveisinfeksjoner. Å endre isolasjon fra forskriftsfestet plikt til anbefaling om å holde seg hjemme, kan være et viktig signal for å signalisere overgangen til normal hverdag.

Anbefaling om å holde seg hjemme bør kommuniseres på en måte som er enkel, forståelig og hensiktsmessig i dagens situasjon. Anbefalingens innretning henger sammen med valg av testinnretning, og motsatt må innretning av testing henge sammen med isolasjonsinnretningen.

Dersom den generelle testingen i befolkningen går over til på klinisk indikasjon (alternativ 2), bør det allmenne rådet til befolkningen være å holde seg hjemme når man er syk, og at man kan gå på jobb, skole og annet dersom man er i bedre allmenntilstand. Slik vil man ha en naturlig smittebegrensende effekt, samtidig som unødvendig fravær minimeres. En slik ordning vil også være enklere å kommunisere til befolkningen.

Dersom man beholder symptombasert testing for befolkningen (alternativ 1), eller for helsepersonell (alternativ 2), kan dette innrettes som en anbefaling om å holde seg hjemme i en anbefalt tid når man har symptomer. Formålet er da å begrense smittespredning mer, men ulempene vil være et økt sykefravær der mange vil egentlig være friske nok å kunne gå tilbake til skole eller jobb.



### *Smittesporing*

**Det anses ikke lenger nødvendig at personer som får påvist SARS-CoV-2 varsler sine øvrige nærkontakter om at de kan ha vært utsatt for smitte.**

I dagens situasjon, med stor smittespredning og et åpent samfunn vil en lavere andel smittede fanges opp. Det betyr at risikoen for smitte i den generelle befolkningen nærmer seg risikoen for smitte for nærkontakter, og smittesporing vil ikke lenger være et effektivt tiltak. Det anbefales heller ikke lenger test av asymptomatiske personer, så en del av den tidligere smittesporingen vil gå tapt der og.

Det gjeldende rådet om at personer med påvist SARS-CoV-2 bør informere øvrige nærkontakter bør avvikles.

Dersom alternativet med symptombasert testing (alternativ 1) besluttes for håndteringen fremover, vil det gjeldende rådet om å ha lav terskel for testing ved symptomer være tilstrekkelig. De som er smittet bør ikke lenger bekymre seg for at de kan ha smittet andre (reduere stigma ved smitte). Det vil føre til en normalisering og bedret sameksistens med viruset.

Dersom alternativet med testing kun på klinisk indikasjon (alternativ 2) besluttes, bør rådet være å holde seg hjemme hvis man føler seg syk.

Vurderinger rundt bruk av Smittestopp-appen vurderes separat i oppdrag 628.

Kommunal smittesporing kan være aktuelt i enkelte situasjoner, eksempelvis som bistand ved sykehjemsutbrudd.

## Testforbruk

Alternativ 1 vil medføre en betydelig reduksjon i behov for hurtigtester fremover. Alternativ 2 vil ytterligere redusere dette behovet. Det vil også være en betydelig reduksjon av kostnader til PCR da behovet for bekreftende testing går ned

Tabell: testforbruk per uke og totalt ved testing ved symptomer og husstandsmedlemmer (dagens TISK-innretning), test ved symptomer (alternativ 1), test ved symptomer hos helsepersonell, basert på antatt smitte i samfunnet fremover. Det er her antatt at hver person med symptomer i snitt tester seg en gang.

Testforbruk					
uke	antall smittede per dag	Dagens ordning	Alternativ 1: symptombasert testing	Alternativ 2	Symptomer i befolkningen
7	100000	3098565	430320	28160	10 %
8	110000	3408422	430320	28160	10 %
9	100000	3098565	430320	28160	10 %
10	80000	2478852	387288	25344	9 %
11	60000	1859139	344256	22528	8 %
12	40000	1239426	301224	19712	7 %
13	20000	619713	172128	11264	4 %
14	10000	309857	129096	8448	3 %
15	5000	238992	86064	5623	2 %
Total testforbruk		16 351 532	2 711 016	177 408	
Kostnad		654 061 278	108 440 640	7 096 320	

## Kohortisolering og andre smitteverntiltak i spesialisthelsetjenesten

Leveres etter avtale i separat tilleggsleveranse.

## Vurdering av sosiale konsekvenser

Valg av testinnretning og tilhørende anbefaling om å holde seg hjemme ved positiv test kan tenkes å kunne medføre en sosial skjevhet i tiltaksbyrde for noen grupper, eksempelvis personer som ikke kan jobbe hjemmefra. I oppdragets siste del skal egenandel for covid-19-tjenester vurderes hvor innretningen kan gi skjevt utslag for ulike grupper avhengig av beslutningen. FHI har ikke omtalt denne delen, da det er utenfor vårt samfunnsoppdrag, men i FHI sin besvarelse av oppdrag 617 er dette nevnt.

## Merknad

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

## Vedlegg 1: Faglig begrunnelse for symptombasert testing fremfor testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer og tilsvarende nære > 16 år

### *Byrden på samfunnet og enkeltindividet:*

Økt smitte fremover vil føre til økt fravær med påfølgende byrde på enkeltindividet og samfunnet. Slik regelverket og rådene er nå vil store deler av dette fraværet skyldes tiltak, altså isolasjon, fremfor sykdom. Testing og isolering av asymptomatiske personer vil hindre videre smitte, men også føre til økt isolering av personer uten symptomer. Om avvikling av testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer og tilsvarende nære vil øke det sykdomsspesifikke fraværet like mye som tiltaksfraværet blir redusert er basert på våre beregninger lite sannsynlig. Byrden på enkeltindividet vil være langt høyere ved fortsatt testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer enn om dette avvikles.

### Effekt av testing av husstandsmedlemmer og tilsvarende nære:

Rundt halvparten av smittede vil være asymptomatiske og en andel av denne gruppen vil fanges opp med gjeldende teststrategi. Asymptomatiske smitter langt færre enn personer som får symptomer, isolering av denne gruppen er dermed mindre effektiv i å hindre smitte, men med den samme byrden for samfunnet og enkeltindividet som isolering av symptomatiske.

Presymptomatiske vil kunne fanges opp før de får symptomer og dermed redusere smitterisikoen fra dem. Studier fra tidligere varianter tyder på at 30-40% av smitten foregår før symptomstart, men det er sannsynlig at denne andelen vil være lavere i dagens situasjon da personer med etablert immunitet fra vaksine eller tidligere infeksjon sannsynligvis vil utvikle symptomer tidligere i infeksjonsfasen før virusmengden blir høy nok til å utgjøre en smitterisiko for andre. Foreløpige kunnskap om smitte med Omikron av fullvaksinerte støtter denne antakelsen.

### *Beregninger som ligger til grunn*

Beregningene er en forenkling av virkeligheten og gjort med en rekke usikre parametere. Tallene bør derfor ikke leses som eksakte prediksjoner, men som et sannsynlig forhold mellom isolasjonsdager ved to ulike teststrategier. Følgende forutsetninger ligger til grunn for våre beregninger i tillegg til befolkningsdata fra SSB:

- SAR innad i husstander: 40% [1]
- Presymptomatisk smitte for voksne i dagens situasjon: 0,2. Data fra tidligere varianter på uvaksinerte tydet på at andel presymptomatisk smitte lå mellom 30-40%. Det er sannsynlig at denne andelen er mindre for omikron for en i hovedsak vaksinert befolkning [2]
- Reduksjon i videre smitte fra nærkontakter som testes i forhold til kun symptombasert testing: 30% [2,3], Det er mulig at denne andelen er mindre for omikron for en i hovedsak vaksinert befolkning [4]
- Prosent av total effekt per uke etter avvikling, 20%
- Smitte fra asymptomatiske, 0,15
- Andel som tester seg av de med husstandsmedlem som tester positivt: 0,8
- Andel asymptomatiske: 0,5  
(<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19latestinsights/infections#symptoms> )
- Beregning av forskjell i smittetopp er basert på siste modelleringsrapport fra FHI, <https://www.fhi.no/contentassets/e6b5660fc35740c8bb2a32bfe0cc45d1/vedlegg/nasjonale-og-regionale-rapporter/modelling-scenarios-for-the-sars-cov-2-omicron-voc-26.01.2022.pdf>

- Antall totalt smittede i omikronbølgen: 4 000 000
- Totalt smittede så langt i bølgen 2 000 000

Ved 3-9% økt smitte før smittetopp nås vil endringen sannsynligvis øke antall smittede per dag ved smittetoppen med 5-20 %. Som tabellen viser vil genererte sykedager ved smittetoppen sannsynligvis maksimalt være 153 600 ved symptombasert testing alene, mens den sannsynligvis vil være 214 000 ved tilleggtesting av asymptomatiske husstandsmedlemmer og tilsvarende nære >16 år. Det vil altså sannsynligvis være færre personer borte fra arbeid ved smittetoppen med testing ved symptomer alene enn ved også å teste asymptomatiske husstandsmedlemmer. I tillegg vil avvikling av testing av asymptomatiske husstandsmedlemmer kunne spare over en million isolasjonsdøgn av asymptomatiske og presymptomatiske personer, og mange millioner hurtigtester.

Tabell: Konsekvenser av to ulike teststrategier:

Strategi	Testing av husstandsmedlemmer	Kun symptombasert testing
<b>Forventet økning i smitte ved antall uker etter avvikling</b>	ref	
<b>1 uke</b>	ref	3%
<b>2 uker</b>	ref	6%
<b>3 uker</b>	ref	9%
<b>Senere enn 5 uker</b>	ref	15%
<b>Mulig antall smittede per dag ved smittetopp</b>	100 000	120 000
<b>Antall dager i isolasjon generert hver dag ved smittetopp gitt ovenfor</b>	214 000	153 600
<b>Totalt antall isolasjonsdøgn ved 2 mill smittet</b>	4 288 000	2 560 000

- Lyngse, F.P., et al., *Transmission of SARS-CoV-2 Omicron VOC subvariants BA.1 and BA.2: Evidence from Danish Households*. medRxiv, 2022: p. 2022.01.28.22270044.
- Ferretti, L., et al. (2021). "Modelling the effectiveness and social costs of daily lateral flow antigen tests versus quarantine in preventing onward transmission of COVID-19 from traced contacts." medRxiv: 2021.2008.2006.21261725.
- Quilty, B. J., et al. (2021). "Quarantine and testing strategies in contact tracing for SARS-CoV-2: a modelling study." *The Lancet Public Health* 6(3): e175-e183.
- Torjesen, I., *Covid-19: Peak of viral shedding is later with omicron variant, Japanese data suggest*. *BMJ*, 2022. **376**: p. o89.

## Vedlegg 2: Bakgrunn for beregninger av smittespredning og konsekvenser ved de to ulike alternativene for testing

Antakelsene er basert på tilgjengelig på tall og beregninger fra SSB, ukesrapporter, tall fra Symptometer, modelleringsstudier og risikorapporter fra FHI, rapporter fra Office for National Statistics (ONS) og NHS, samlet vurdering av tilgjengelig publikasjoner på symptomer og omikron inkludert norske data.

Det hefter stor usikkerhet rundt mange av estimatene slik at resultatene bør ikke tas som eksakte prediksjoner, men en sannsynlig fordeling ved ulike alternativer.

Det antas en svært god etterlevelse av råd og regler i den norske befolkning (basert på tall fra Symptometer uke 4), dersom etterlevelsen er dårligere vil nytten av å opprettholde symptombasert testing, men også byrden av dem falle.

Beregninger er gjort med en enkel modell der de ulike sannsynlighetene og tallene kombineres basert på hva som ønskes undersøkt.

A: Andel med symptomer	10 %
B: Andel av de med symptomer som tester seg	80 %
C: Andel positive for SARS-Cov-2	43,50 %
D: Andel asymptomatiske	50 %
E: Andel med symptomer som føler seg syke	40 %
F: andel som føler seg syke som blir hjemme	80 %
G: Varighet syk	3,00
H: Sensitivitet Ag-hurtigtest	80 %
D: Redusert effekt etter 1 uke med bortfall av tiltak	20 %
E: Etter 2 uker	40 %
F: Etter 3 uker	60 %
G: Norges befolkning	5379000,00
H: Antall helsepersonell i helsetjenesten	352000,00
I: Smitte fra symptomatiske personer	60 %
J: Overholdelse av isolasjon	80 %
K: Antall personer per alderstrinn under 20	66059
L: Antall personer under 18 år	1123000
M: Andel smitte første 3 dager symptomstart	85 %
N: Andel smitte første 4 dager symptomstart	90 %
O: Totalt smittede av Omikron	4000000
P: Antall smittet Omikron så langt	2000000
Q: Dager i isolasjon (holde seg hjemme ved smitte)	4
R: Kostnad per dag 1-16	1684
S: Kostnad per dag 16-19	842
T: Kostnad voksne	1000
U: Andel som kan jobbe hjemmefra ved sykdom	20 %
V: Andel som kan jobbe hjemmefra ved isolasjon	39 %

Effekt av symptomatisk testing:  $B \cdot H \cdot I \cdot J \cdot N$

Effekt av hold deg hjemme når syk:  $E \cdot F \cdot I \cdot M$

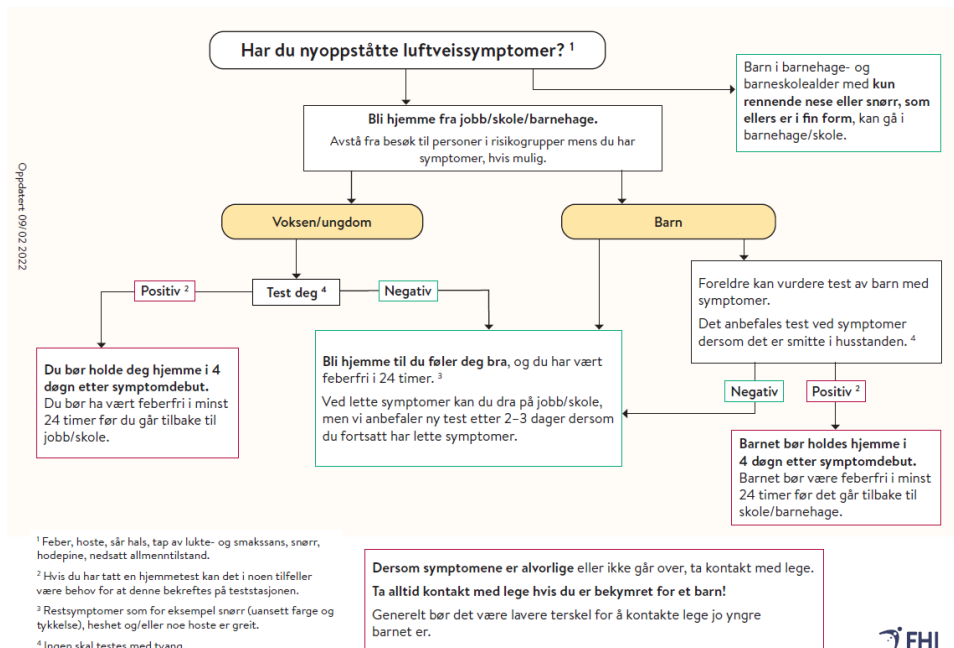
Fraværsdager ved råd om hjemme dersom syk:  $\text{antall smittede} \cdot (1-D) \cdot E \cdot G$

Fraværsdager ved symptomatisk testing:  $\text{antall smittede} \cdot B \cdot (1-D) \cdot H \cdot Q$

For kostnadsberegning er fraværsdager delt opp for ulike aldersgrupper og multiplisert med kostnader i R, S, T.

## Vedlegg 3: Utkast til råd ved symptombasert testing (alternativ 1)

### Råd ved nyoppståtte luftveissymptomer



### Til deg som skal ta koronatest

#### Dette bør du gjøre ved positiv covid-19-test

- Ved positiv test, uavhengig av testmetode, bør du holde deg hjemme i 4 døgn.
- Har du tatt en positiv selvtest hjemme, bør du registrere den i kommunens smittesporingsystem. Merk at en positiv selvtest ikke registreres på helsensorge.no, og vil ikke vises i koronasertifikatet.
- En positiv selvtest bør bekrefte med test på teststasjon dersom du er ufullstendig vaksinert, dvs. mangler oppfriskningsdose. Dersom du har fått oppfriskningsdose (booster) eller er grunnvaksinert og deretter har gjennomgått covid-19 siste 3 måneder er det ikke nødvendig med bekreftende test.
- Ta kontakt med helsetjenesten dersom du er bekymret for helsetilstanden din.

#### Dette bør du gjøre ved negativ covid-19-test

- Du bør bli hjemme til formen er god, og du har vært feberfri i 24 timer. Milde restsymptomer som rennende nese, snørr, heshet og noe hoste er greit.



- Ved vage symptomer kan du gå på skole/ jobb samme dag, men hvis symptomene blir verre bør du gå hjem.
- De fleste vil teste positivt rundt symptomstart. I noen tilfeller kan det ta noe lengre tid fra du får symptomer til selvtesten viser at du er smittet. Dersom du har vedvarende symptomer og negativ selvtest anbefales det at du tar ny test 2-3 dager senere. Er symptomene lette trenger du ikke holde deg hjemme i tiden mellom den første og andre testen, men dersom du har smitte i husstanden og har lette symptomer bør du
- Ansatte i helse- og omsorgstjenesten bør følge "[Råd om bruk av personlig beskyttelsesutstyr](#)".
- Ved mer alvorlige eller vedvarende symptomer bør du kontakte lege for vurdering.

#### Til deg som bor med en person som har fått påvist SARS-CoV-2

- Ha lav terskel for test ved symptomer.
- Ved nyoppståtte luftveissymptomer bør du følge disse rådene:
  - "[Hva skal du gjøre hvis du har nyoppståtte luftveissymptomer](#)"
  - "[Til deg som skal ta koronatest \(råd ved positiv og negativ test\)](#)"
- Du bør avstå fra kontakt med personer i risikogruppe dersom du får symptomer.
- Du bør vurdere å avstå fra besøk til personer i risikogrupper selv om du ikke har symptomer mens det er smitte i husstanden.

#### Isolasjon

##### *Til deg som har fått påvist SARS-CoV-2*

- Du bør holde deg hjemme i minimum 4 døgn fra symptomene startet og ha vært feberfri i 24 timer (ikke gå i barnehage, skole, jobb, ikke delta på arrangement).
- Du reduserer risiko for smitte til de andre i husstanden om du holder avstand eller evt benytter munnbind.
- Du kan oppholde deg utendørs (eks gå tur, leke) så lenge du holder avstand til andre enn dine husstandsmedlemmer.
- Du bør ikke gå på besøk eller ha besøk.
- Du bør unngå samvær med andre enn dine husstandsmedlemmer.
- Dersom det er personer med særlig økt risiko (feks alvorlig immunsvikt) for alvorlig covid-19 i husstanden bør det vurderes å avstås fra kontakt. Se fhi.no for øvrige råd til risikogrupper.
- Barns omsorgsbehov kommer først.

**U.off.**

## **Innspill til oppdrag 618B om behandling av pasienter med mulig senfølger etter covid-19**

**Fra:** Mari Klokkerud <[Mari.Klokkerud@sunnaas.no](mailto:Mari.Klokkerud@sunnaas.no)>

**Sendt:** tirsdag 8. februar 2022 15:31

**Til:** Ingebjørg Skrindo <[Ingebjorg.Skrindo@helsedir.no](mailto:Ingebjorg.Skrindo@helsedir.no)>

**Kopi:** Gro E Aasland <[AGRO@siv.no](mailto:AGRO@siv.no)>

**Emne:** SV: U.off. Senfølger etter covid-19

Hei,

Takk for at vi får komme med våre innspill relatert til en potensiell endret teststrategi. Gro Aasland og jeg har diskutert spørsmålet i dag og har følgende felles innspill:

Fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering følger mange pasienter over tid etter gjennomgått covid-19 sykdom. Vi mener en endret teststrategi vil ha negative konsekvenser for den pasientgruppen som har senfølger etter mild/moderat sykdom. Slik vi vurderer det vil de største konsekvensene av manglende testing merkes på muligheten til å forske og generere kunnskap fra nåværende sykdomsbølge. Vi vil utdype dette nærmere her.

Etter oppdrag fra HOD har alle de regionale helseforetak opprettet senfølgeklinikker. Dette er et tilbud til Covid-19 pasienter med senfølger som har vart over tid. Det er inkludert i oppdraget at det skal drives følgeforskning på senfølgeklinikkene. For de pasientene som har et alvorlig forløp med innleggelse på akuttstusykehus vil en endring i teststrategi «kun med testing ved behov for helsehjelp» ha liten betydning. Disse vil registreres på sykehuset, gis akuttbehandling og henvises videre til rehabilitering ved behov i etterkant. Forskning på behandling og intervensjon for de med alvorlig forløp vil fortsatt kunne gi klare svar om effekt for pasienter med senskader og senfølger etter covid-19.

Vi har gjennom pandemien sett en andel pasienter som henvises til vurdering og rehabilitering på grunn av vedvarende senfølger etter covid-19. Det er disse pasientene som i stor grad henvises (nesten 100%) til poliklinikkene ved de enkelte HF, til de regionale senfølgeklinikkene ved de enkelte RHF og til rehabiliteringsopphold på private rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med RHF'ene. Det er viktig å kunne generere valid kunnskap om denne pasientgruppen, bl.a. om hva som er vanlige senfølger (eksempelvis, fatigue, kognitive vansker, redusert lukt- og smakssans) og hva som er god behandling og rehabiliteringstiltak ved disse tilstandene. Kunnskap om denne pasientgruppen vil være viktig for oppfølging av Covid-19 gruppen over tid, samt ha overføringsverdi til andre pasientpopulasjoner. Det vil ha en alvorlig konsekvens for validiteten i forskningen og kunnskapsutviklingen hvis vi går bort fra testing (PCR og selvtester). Tester (PCR og selvtest) er en viktig inklusjonsfaktor for forskning og vil, selv om det er selvrapportert, gi en sikrere indikasjon på årsakssammenhengen mellom Covid-19 og følgetilstanden. Uten tester vil oppfølging av senfølger havne i samme kategori som den oppfølging som gis pasienter med utmattelsesproblematikk, utfordringer med kognitive utfall, hodepine, hjertebank, kroppsverk eller tungpust, nemlig som oppfølging av plager av ukjent årsak (MUPS). Da faller poenget med senfølgeklinikker etter covid-19 bort, det samme gjør oppfølgingen til denne pasientgruppa ved de enkelte HF, i private institusjoner og i kommunene. Det vil også gjøre det umulig å drive spesifikk følgeforskning på pasientgruppen som er valid. Det å ha et klart utgangspunkt for forståelse, forklaring og videre håndtering avhenger i stor grad av at vi vet hva som startet det (årsaken), dette vil vi da miste. Da vil vi også miste nyttig informasjon om hvilken type behandling som er mest effektiv for denne pasientgruppen og evt kunnskap som kan nyttiggjøres nå og ved en ny pandemi.

Vi er nå sannsynligvis snart på toppen av pandemien. Det vil være naturlig å vurdere bortfall av selvtesting når denne bølgen flater ut. Stopper man selvtesting før det vil viktig informasjon om denne virusvarianten gå tapt.

Vennlig hilsen

Gro Aasland, Klinikk sjef, Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering, Sykehuset i Vestfold HF (NB! Riktig mailadresse er: [AGRO@siv.no](mailto:AGRO@siv.no))

og

Mari Klokkerud, Leder, Regional kompetansetjeneste for rehabilitering Helse Sør-Øst (RKR), Sunnaas sykehus HF

Fra: Vegard Bruun Bratholm Wyller <[v.b.b.wyller@medisin.uio.no](mailto:v.b.b.wyller@medisin.uio.no)>

Sendt: tirsdag 8. februar 2022 11:44

Til: Ingebjørg Skrindo <[Ingebjorg.Skrindo@helsedir.no](mailto:Ingebjorg.Skrindo@helsedir.no)>

Emne: RE: Senvirkninger etter covid-19

Hei, takk for mail, alt vel her!

Helsehjelp til de med senvirkninger må etter mitt syn uansett baseres på deres subjektive plager. Hvordan man hjelper med disse plagene er nok ganske uavhengig av hvordan de er oppstått - med andre ord, jeg tror ikke det på noe tidspunkt vil bli aktuelt med en spesifikk post-COVID-19 syndrom-intervensjon som skiller seg nevneverdig fra intervensjoner mot andre post-infeksiøse følgetilstander (etter for eksempel EBV). Med andre ord: Tror ikke det er noe stort problem at man går bort fra testing ift. denne problemstillingen.

Beste hilsener,

Vegard