

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Krisestab HOD  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref.: Covid-19 oppdrag 620  
Vår ref.: 22/3964-6  
Saksbehandler: Christian Borgen Lindstad  
Dato: 10.02.2022

## Brev om svar på covid-19 oppdrag nr. 620 fra Helse- og omsorgsdepartementet - Overvåkning av covid-19 del 1

Svar på dette oppdraget finnes vedlagt.

### Oppsummering:

- Etatene beskriver hvordan covid-19-pandemien og kapasiteten i helsesektoren kan overvåkes i tiden fremover. I dette deloppdraget fokuserer vi mest på overvåkning på kortere sikt gjennom omikronbølgen.
- Endringer i testsystemet medfører at smitteutbredelsen ikke kan overvåkes like tett som tidligere i pandemien. Det er vanskelig å anslå hvor mange som blir smittet i Norge fremover.
- FHI beskriver bl.a. hvordan man kan
  - Følge Covid-19 forekomst over tid, sted og i ulike grupper og beskrive sykdomsbyrden og alvorlighet for å vurdere og evaluere tiltak
  - oppdage og monitorere nye SARS-CoV-2-varianter i tidlig fase slik at vi kan vurdere risiko og eventuelt justere tiltak
  - Overvåke vaksineeffekt for å vurdere vaksinestrategier
- HelseDirektoratet drøfter indikatorer for kapasitet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Det gis bl.a. en utfyllende beskrivelse av hvordan kommunene via statsforvalterne rapporterer på en rekke situasjonsbildeindikatorer, og hvordan systemet evalueres og justeres løpende.
- Det er etablert systemer for regelmessig å utarbeide data og statistikk for status og utvikling i de delene av primærhelsetjenesten det finnes data på.
- Det beskrives indikatorer for kapasitet i spesialisthelsetjenesten og hvordan kapasiteten overvåkes per i dag.
- Vi redegjør for kilder til sykefraværstatistikk totalt og for covid-19.
- I tillegg drøfter vi overvåkning av medikamentsikkerhet- og beredskap.

### HelseDirektoratet

Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester  
Christian Borgen Lindstad

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20  
Org.nr.: 983 544 622 • [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) • [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Svaret på oppdraget er utarbeidet i dialog med FHI. Besvarelsen fra FHI finnes som eget vedlegg.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.  
direktør

Helen Brandstorp  
direktør

*Dokumentet er godkjent elektronisk*

Kopi:  
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd

# Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 620 - Overvåking av covid-19. Deloppdrag 1: overvåkning på kort sikt

## Oppsummering

- Etatene beskriver hvordan covid-19-pandemien og kapasiteten i helsesektoren kan overvåkes i tiden fremover. I dette deloppdraget fokuserer vi mest på overvåkning på kortere sikt gjennom omikronbølgen.
- Endringer i testsystemet medfører at smitteutbredelsen ikke kan overvåkes like tett som tidligere i pandemien. Det er vanskelig å anslå hvor mange som blir smittet i Norge fremover.
- FHI beskriver bl.a. hvordan man kan
  - Følge Covid-19 forekomst over tid, sted og i ulike grupper og beskrive sykdomsbyrden og alvorlighet for å vurdere og evaluere tiltak
  - oppdage og monitorere nye SARS-CoV-2-varianter i tidlig fase slik at vi kan vurdere risiko og eventuelt justere tiltak
  - Overvåke vaksineeffekt for å vurdere vaksinestrategier
- Helsedirektoratet drøfter indikatorer for kapasitet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Det gis bl.a. en utfyllende beskrivelse av hvordan kommunene via statsforvalterne rapporterer på en rekke situasjonsbildeindikatorer, og hvordan systemet evalueres og justeres løpende.
- Det er etablert systemer for regelmessig å utarbeide data og statistikk for status og utvikling i de delene av primærhelsetjenesten det finnes data på.
- Det beskrives indikatorer for kapasitet i spesialisthelsetjenesten og hvordan kapasiteten overvåkes per i dag.
- Vi redegjør for kilder til sykefraværstatistikk totalt og for covid-19.
- I tillegg drøfter vi overvåkning av medikamentsikkerhet- og beredskap.

Svaret på oppdraget er utarbeidet i dialog med FHI. Besvarelsen fra FHI finnes som eget vedlegg.

## Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

### Oppdrag 620 Overvåking av covid-19

#### Bakgrunn

De negative konsekvensene og omfanget av Covid-19-pandemien i Norge forventes å avta i perioden fremover, og de registrerte smittetallene vil være mindre pålitelige når testaktiviteten endres. Det er likevel et behov for å overvåke situasjonen, slik at man har mulighet til å gjøre tiltak dersom det er behov for det.

Folkehelseinstituttet skal i henhold til smittevernloven " (...) overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser, drive forskning på smittevernområdet og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap". Helsedirektoratet skal i henhold til samme lov " (...) gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter denne loven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helsedirektoratet skal innhente kunnskap fra Folkehelseinstituttet og legge denne kunnskapen til grunn for sine vurderinger".

Det vil være behov for å overvåke både smitteutbredelsen inkludert alvorlig sykdom og dødsfall av covid-19 og det virologiske bildet. Dette har FHI ansvar for. Det vil også være relevant å se til anbefalinger fra WHO og ECDC. I tillegg

er det behov for en overvåking av helsesektorens kapasitet og eventuelle ressursproblemer. Dette har Hdir har ansvar for.

### Oppdrag

HOD ber Hdir og FHI om å beskrive hvordan covid-19-pandemien og kapasiteten i helsesektoren, med spesielt fokus på primærhelsetjenesten, bør overvåkes i den nærmeste perioden. Videre ber departementet om en vurdering av hvilke indikatorer for kapasitet i kommunale helse- og omsorgstjenester som finnes i dag, hvilke indikatorer som etter etatenes vurdering bør utvikles og hvordan man kan videreutvikle og bedre analysere rapporteringene fra statsforvalterne, slik at informasjonen kan brukes på et strategisk nivå. Kapasitetsvurderingen må ta hensyn til behandlingstilbudet til alle pasientgrupper. HOD ber videre om en vurdering av hvordan vi skal overvåke covid-19 på lengre sikt.

Frist: Overvåking på kort sikt: 10. februar kl. 12.00. Overvåking på lengre sikt: Samkjøres med strategien og besvares samtidig med den leveransen.

Vi ber Helsedirektoratet opplyse om kontaktperson for oppdraget i sin besvarelse.

Kontaktperson i HOD: Siri Helene Hauge, epost: [siri-helene.hauge@hod.dep.no](mailto:siri-helene.hauge@hod.dep.no)

### Kontaktperson i Helsedirektoratet

Christian Borgen Lindstad: [christian.borgen.lindstad@helsedir.no](mailto:christian.borgen.lindstad@helsedir.no)

### Bakgrunn

Som beskrevet i oppdragsteksten, har Helsedirektoratet og FHI ulike roller med hensyn til å følge med for å kunne følge opp. FHI følger med på smittesituasjon og sykdomsbyrde, utviklingen, vaksinasjon og nye virusvarianter, mens Helsedirektoratet følger med på kapasitet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten både i og utenom alle typer kriser. Informasjon om status i både spesialisthelsetjenesten og kommunene i kriser innhenter Hdir bl.a. gjennom egne rapporter via RHF'ene og statsforvalterne. Disse rapportene inngår blant annet i det nasjonale krisehåndteringssystemet som skal sikre nødvendig nasjonal oversikt og kontroll, uavhengig av type krise og situasjon.

Helsedirektoratet har i kriser en koordinerende rolle for helsetjenesten (jmf. Nasjonal helseberedskapsplan). Dette gjør at direktoratet må ha lett tilgang til god informasjon for å kunne følge med og følge opp både normalsituasjonen, sikre situasjonsforståelse under kriser og har forutsetninger for å kunne gjøre risiko- og konsekvensvurderinger fremover i tid samt et godt grunnlag for å vurdere og igangsette adekvate tiltak på kort og lang sikt.

Det er ifølge FHIs risikovurdering fra den 9. februar usikkert hvor langt vinterbølgen er kommet. Epidemien vokser saktere nå enn i januar, men effekten av BA.2-varianten og fjerningen av de kontaktreduserende tiltakene 1. februar kan gi ny økning. Det ser imidlertid ikke ut til at BA.2 gir mer alvorlig sykdom eller mindre vaksinebeskyttelse enn BA.1

FHI regner med at epidemien vil øke enda noen uker, eventuelt med noe utflating i vinterferieukene, før denne bølgen snur og når et lavt nivå i slutten av mars. Det er imidlertid vanskeligere å følge smitteutbredelsen nå når testaktiviteten og bekreftelse av positive selvtester er trappet ned. Sykeligheten i form av belastning på primær, og ikke minst spesialisthelsetjenesten, oppstår med forsinkelse i forhold til smitten (selv om andelen smittede som utvikler alvorlig sykdom er redusert). Mange vil bli borte pga. sykdom samtidig. Videre skriver FHI at det er vanskelig

å vurdere risikoen for en influensaepidemi, men at byrden fra en eventuell influensaepidemi trolig blir liten denne sesongen. Det er utfordrende å forutse den eksakte belastningen på helsetjenestene og samfunnet.

Muligheten for nye virusvarianter er fortsatt et stort usikkerhetsmoment. Det er stor smittespredning i verden som langt overgår tidligere smittenivåer. Dette resulterer i en tilsvarende økning i antall mutasjoner og varianter som oppstår løpende. I tillegg kan spesielt muterte varianter oppstå ved langvarig infeksjon hos immunsupprimerte personer, og potensielt også i dyr. Samtidig er en økende andel av verdens befolkning immunisert, hvilket vil gi evolusjonsmessige fortrinn til virusvarianter som omgår vaksineeffekt/immunitet etter gjennomgått sykdom. Økende immunisering sammen med fortsatt stor smittespredning kan legge forholdene til rette for spredning av nye varianter som kan omgå vaksineeffekt – det er således sannsynlig at nye *spredningsdyktige* varianter vil oppstå. I tillegg kan svekket immunitet over tid øke risikoen for gjennombruddsinfeksjoner på sikt.

FHI skriver i sin risikovurdering fra den 09.02.22 at etter vinterbølgen må vi regne med en ny bølge av denne varianten, trolig til høsten eller vinteren, eller en bølge av en ny variant allerede i sommerhalvåret. Befolkningens grunnimmunitet vil sannsynligvis beskytte godt mot alvorlig sykdom, uansett variant.

Trolig vil altså vaksinasjon og gjennomgått sykdom gi beskyttelse mot alvorlig sykdom også ifm. fremtidige varianter, selv om varigheten av slik immunitet er uviss. Imidlertid vil selv små forskjeller i effekt mot alvorlig sykdom (f.eks. 10-20 % reduksjon) kunne få store konsekvenser i form av sykkelighet dersom mange smittes over kort tid. Det har hittil vist seg svært vanskelig å forutsi virusets evolusjon, og vi har ingen garanti for at fremtidige varianter vil være mindre virulente enn omikron. Erfaringer fra høsten 2021 viser at risikobildet kan endre seg raskt.

Helsedirektoratet vurderer at det fortsatt er betydelig usikkerhet knyttet til epidemiens videre utvikling, herunder hvilken belastning covid-19 vil utgjøre på samfunnet og helsetjenestene. Norge har nå gått bort fra en lavinsidensstrategi, og målet er å holde samfunnet mest mulig åpent. Dette innebærer at infeksjonssykdommer igjen vil få muligheten til å spre seg som "normalt" – selv om vi kan håpe at gode smitteforebyggende vaner opprettholdes også i en normal hverdag.

Vi legger til grunn at sykdomsbyrden ved Covid-19 ofte kommer på toppen av annen infeksjonsbyrde. Denne erkjennelsen bør ligge til grunn for overvåkning og beredskapsplanlegging, eksempelvis i forbindelse med kapasitet i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Oppdraget er todelt. I dette oppdraget vurderes overvåkning av pandemien og kapasiteten i helsetjenestene på kort sikt (gjennom den aktuelle omikronbølgen). I neste deloppdrag er bedt vurdert hvordan pandemien bør overvåkes på lengre sikt, sett opp mot oppdrag 610 om langsiktig strategi.

## Andre relevante oppdrag

617 – om covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom

618 – vurdering av bruken av TISK fremover og lengden på isolasjonstiden

619 – råd og anbefalinger

622 – om innreisetiltak

626 – vurdering av situasjon og tiltaksnivå

610 – om strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien

## Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

FHIs vurdering er vedlagt.

## Oppsummering:

### **Formål med overvåkingen**

Formålet med overvåkingen er å få en løpende situasjonsforståelse og skaffe kunnskap for å vurdere risiko samt foreslå og evaluere tiltak. Behovene og mulighetene vil endre seg over tid.

Vi besvarer i dette oppdraget spørsmål knyttet til korttidsstrategien for overvåkingen. I del to vil vi omtale en mer langsiktig strategi for den samlede overvåkingen (oppdrag 610).

### **Endret overvåking på kort sikt, februar - mars**

Situasjonen med omikron og dagens høye immunitet i befolkningen har medført endringer i håndteringen som også påvirker overvåkingen og behovene. Endringer i testsystemet har stor betydning for overvåking og kunnskapsanalyser, nå sist ved endringer for bruk av bekreftende test for positive selvtester som påvirker MSIS-tallene og gi større skjvhet i hvem som registreres.

I den kommende perioden vil vi nå i større grad ha fokus på å bruke informasjon fra flere kilder for å få et helhetlig bilde av omfang av smitte og trend, og vi vil også bruke modellering for å se de ulike kildene i sammenheng.

Datakildene vi vil bruke mer de nærmeste ukene er:

- Helseundersøkelsene (MoBa, Norflu og andre) og Symptometer,
- Data om konsultasjoner i primærhelsetjenesten og innleggelse av og med covid-19,
- i tillegg til tall i MSIS, SYSVAK og Beredt-C19..

Framover vil grundige trendanalyser basert på kildene nevnt over presenteres i ukesrapporten, mens daglige tall på bl.a innleggelse og konsultasjoner i primærhelsetjenesten vil presenteres i dagsrapport, på nettsider og på sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten.

Kommunenes behov for styringsindikatorer og Kommunelegehåndboka må også oppdateres og ses i sammenheng som støtte til kommunenes arbeid og situasjonsvurdering.

Vi vil i februar også igangsette styrket landsdekkende virusovervåking for flere luftveisagens i primærhelsetjenesten, noe som vil supplere annen generell overvåking og mer målrettet overvåking inn mot spesialisthelsetjenesten. Dette vil ses i sammenheng med internasjonale data på virusvarianter

Det vil de kommende ukene være viktig å følge med på belastning, kapasitet og fravær i helsetjenestene. Dette beskrives av Helsedirektoratet.

### **Forbedring og utvikling av overvåkingen på mellomlang sikt**

#### Analyse og presentasjon

- Det er behov for bedre presentasjonsverktøy for overvåkingen. Anonym statistikk fra flere kilder kan kombineres og visualiseres i dynamiske dashboard-løsninger for bedre situasjonsbilde. Dette bør utvikles også for mer langsiktig bruk i beredskapssituasjoner og andre behov

#### Data inn:

- Symptometer og helseundersøkelsene må styrkes ved å blant annet rekruttere inn nye deltakere for å sikre mer oppdaterte, robuste og representative data. De nye deltakerne bør rekrutteres inn så snart som mulig for Symptometer, og det bør vurderes om hyppigere, ukentlige data fra helseundersøkelsene er mulig.

Endring i testsystem har også store konsekvenser for kunnskapsanalyser og mer langsiktige analyser av effekter av pandemien. Det er behov for å se nærmere på hvilke konsekvenser dette har for kunnskaps-produksjon fremover, samt hvordan datainnsamling kan sikres for å ivareta kunnskapsbehovet på kort og lang sikt.

### **Overvåking på lengre sikt**

Flere deler av overvåkingssystemet har blitt styrket under pandemien. Det er identifisert flere områder med store muligheter for forbedring, og det er behov for en helhetlig gjennomgang for å styrke overvåkingen for pandemier basert på erfaringene fra covid-19. Det må utarbeides en strategi for overvåking og kunnskapsbehov på lengre sikt, der covid-19 både ses sammen med styrking av influensaovervåkingen og andre luftveisinfeksjoner, og samtidig belyse behovet for å ha beredskap for oppskalering og forsterket overvåking. Det er også behov for å få på plass bedre digitale løsninger for effektiv og sikker innsamling, deling, nyttiggjøring og tilgjengeliggjøring av overvåkingsdata, som beskrevet i strategi for digital beredskap. Dette vil belyses ytterligere i oppdrag 610.

## Helsedirektoratets vurdering

Oppdraget: HOD ber Hdir og FHI om å beskrive hvordan covid-19-pandemien og kapasiteten i helsesektoren, med spesielt fokus på primærhelsetjenesten, bør overvåkes i den nærmeste perioden. Kapasitetsvurderingen må ta hensyn til behandlingstilbudet til alle pasientgrupper. HOD ber videre om en vurdering av hvordan vi skal overvåke covid-19 på lengre sikt.

I dette deloppdraget fokuserer vi på overvåking av pandemien på kortere sikt (gjennom omikronbølgen). Vi beskriver også "langsommere" parametre enn dag-til-dag- overvåking da disse også kan bidra til et helhetsbilde. Enkelte av momentene som beskrives her vil overlapse med overvåking på lang sikt.

Jf. oppdragstekst og roller, ligger det primært til FHI å vurdere overvåking av smitteutbredelsen inkludert alvorlig sykdom og dødsfall av covid-19 og det virologiske bildet. Det ligger primært til Hdir å vurdere videre overvåking av helsesektorens kapasitet, eventuelle ressursproblemer og beredskap.

Overvåking på kort sikt vil avhenge av den videre utviklingen av pandemien og innretning på tiltakene, slik FHI skriver i sin besvarelse på dette oppdraget. Det er derfor avhengigheter til andre relevante oppdrag som er listet opp i begynnelsen av besvarelsen.

## Primærhelsetjenesten

Samhandling med statsforvalterne og ukentlig rapportering til Helsedirektoratet (m.fl.)

*Helsedirektoratets ukentlige møter med statsforvaltere, FHI, DSB, Udir., Bufdir og RHF-ene m. flere*

Helsedirektoratet har hatt ukentlige fellesmøter med statsforvaltere, FHI, DSB, Udir. Bufdir fra mars 2020 til dags dato. Siste måneder har også RHF-ledelser deltatt i møtene for å styrke samhandling mellom RHF-er, statsforvaltere og kommunene. Hensikten med møtene er å skape felles situasjonsforståelse, dialog og samhandling mellom statsforvaltere, kommuner, RHF-er, DSB, FHI, Udir. og Bufdir m. flere.

Tema i møtene er gjensidig dialog om utfordringsbildet og tiltak knyttet til pandemien. Tema kan være forventninger fra HOD til kommunene, endringer i strategi, innreisetiltak, TISK-systemer og saker fra kommunenes ukentlige rapportering. Helsedirektoratet, FHI og DSB bruker møtene til å få statsforvalterne til å følge opp myndighetenes politikk og faglige føringer ut i kommunene. På den andre siden bringer statsforvalterne viktige erfaringer fra kommunenes covid-19 håndtering og ukentlige rapportering inn i møtene.

*Den ukentlige CIM-rapportering fra kommunene til statsforvaltere og Helsedirektoratet*

Kommunene har fra mars 2020 hver uke rapportert til Statsforvaltere og Helsedirektoratet etter mal i DSB-CIM på situasjonsbilde, samfunnskritiske funksjoner, spesielle utfordringer, iverksatte tiltak og media saker mm.

Rapporteringen i CIM er en overordnet situasjonsrapport på alle samfunnsområder og helse, og pågår fortsatt.

### *Ny STAF-rapporteringsløsning for bedre oversikt over kommunenes pandemihåndtering ble etablert februar 2021*

Gjennom pandemien har Helsedirektoratet ønsket å et bedre situasjonsbilde av viktige områder innen helse, smittevern, TISK mm. hvor det er viktig å ha fokus og oversikt over tid. Helsedirektoratet ved beredskapsavdelingen og daværende fagdirektør Svein Lie og statsforvalternes fellesadministrasjon (STAF), fikk derfor fra februar 2021 igangsatt en ny ukentlig STAF-rapporteringsløsning på en rekke helseindikatorer for alle embetene. For å få etablert STAF-rapporteringsløsningen, har Helsedirektoratet og STAF fått bistand fra ressurspersoner hos Statsforvalterne i Oslo og Viken og i Vestland, som allerede hadde gode erfaringer med liknende rapporteringsløsning tidligere i pandemien. STAF-løsningen er et supplement til situasjonsrapporten i CIM. Tema og sårbarheter fra rapportering tas opp i møtene med statsforvaltere for vurdering av oppfølgende tiltak.

### *Organisering av STAF-rapporteringsløsningen*

Helsedirektoratet er STAFs oppdragsgiver. STAF og Helsedirektoratet har opprettet et prosjekt for STAF-rapportering. Prosjektet er organisert ved en styringsgruppe og en prosjektgruppe.

Styringsgruppa består av en representant fra STAF, leder av Helsedirektoratets beredskapsavdeling, Lone Merete Solheim (Statsforvalteren i Rogaland), Harald Rasmussen (DSB) og Asbjørn Lund (Statsforvalteren i Innlandet).

Prosjektgruppa består av Tove Einan Linde (STAF), Menno Hoekstra (STAF), Per Vallner (Statsforvalteren i Oslo og Viken, GIS), Maren Heldal (Statsforvalteren i Oslo og Viken), Gro Aandahl-Sørgård (Statsforvalteren i Nordland, ass fylkeslege), Anne Grete Robøle (Statsforvalteren i Vestland, fagdirektør), Audun Nygaard (Hdir, beredskap) og Lene Berge (Statsforvalteren i Telemark og Vestfold, miljøavdelinga) og Øystein Hveding (Hdir). Prosjektgruppen er tillagt ansvar for oppdateringer mm. i rapporteringsløsningen. Helsedirektoratet ved Øystein Hveding, spesialist i samfunnsmedisin, er Helsedirektoratets fagperson for det helsefaglige innholdet i løsningen, samhandler med Helsedirektoratets avd. analyse og tilser at rapporteringsløsningen oppdateres i samsvar med pandemiens utvikling.

### *Hensikten med den ukentlige STAF-rapporteringen*

- Gi kommunene oversikt over det lokale covid-19 situasjonsbilde, risiko i situasjonsbilde, behov for lokale tiltak, behov for personell og materielle kapasiteter, refleksjon over egen krisehåndtering og beredskap for nye virusvarianter. Rapporteringen skal skje i dialog mellom kommunens ledelse, operative ledere og kommunelege
- Gi statsforvaltere og Helsedirektoratet informasjon om det nasjonale situasjonsbilde regionalt- og nasjonalt mht. kapasiteter i kommunale helsetjenester, hvilken risiko smitten utgjør for å overbelaste tjenestene, hvilke tiltak kommunene har iverksatt og om kommunene har beredskap for nye virusvarianter/økt smitte.

STAF-rapporteringen på helseområdet skal gi Statsforvalteren et godt grunnlag for sammenstilling av den ukentlige situasjonsrapporten som sendes på samordningskanalen til nasjonale myndigheter (både DSB og Hdir). STAF-løsningen tas også i bruk av kommunene og Statsforvalterne, slik at man lokalt og regionalt også har et godt situasjonsbilde. STAF-rapporteringen tenkes evaluert og videreført etter pandemien i regi av STAF, Hdir og DSB.

### *Indikatorer i STAF-rapporteringen*

Indikatorer oppdateres regelmessig i samsvar med endringer i pandemi strategi, TISK og covid-19 forskriften mm. Det rapporteres i "et beredskapsperspektiv" på en rekke situasjonsbildeindikatorer, risiko, tiltak og beredskap. Indikatorer per dags dato:

- Situasjonsbildeindikatorer det rapporteres på i den enkelte kommune er;
  - Smitte - insidens i kommunen
  - Ant. inneliggende pasienter med covid-19 i kommunale institusjoner
  - Tilgang til personell og kritisk kompetanse
  - Fastlege kapasitet
  - Legevakt kapasitet
  - Helsestasjon kapasitet



- Skolehelsetjeneste kapasitet
- Utskrivningsklare pasienter kapasitet
- Institusjoner og hjemmetjenester kapasiteter
- Kommunelegefunksjonen kapasitet/tilgjengelighet
- Helseområder som er spesielt utfordrende
- Testkapasitet
- Smittesporing kapasitet
- Vaksinerings kapasiteter og evt. utfordringer
- Lager av selvtester og profesjonelle tester i kommunene
- Tilgang til smittevernutstyr, vaksineutstyr og medisiner
- Hvilken risiko det er for at smitten i kommunen neste 1-3 uker vil utgjøre en betydelig sykdomsbyrde i befolkningen eller kunne overbelaste kapasiteter i kommunens helsetjenester og helseforetak
- Hvilke smitteverntiltak som er iverksatt i kommunen;
  - Nivå i trafikklysmodeill i skolene
  - Grunnleggende smitteverntiltak
  - Forsterkede smitteverntiltak
  - Kontaktreduserende tiltak
  - Tiltak for å beskytte sårbare grupper i helseinstitusjoner
  - Lokal forskrift hjemlet i smittevernloven § 4-1
  - Om kommunene klarer å håndtere situasjonen med eget personell
- Om kommunen har beredskap for å kunne håndtere omikron smittebølgen, og om kommunen har forberedte planer for rask om-disponering og mobilisering av personell

Til hvert spørsmål gis kommunene en omfattende veiledning i hvordan de kan svare, og hva som menes med ulike svaralternativer for kapasitet, som 'god', 'utfordrende' eller 'kritisk'. Indikatorene det rapporteres på, oppdateres regelmessig for å gi et ønsket situasjonsbilde tilpasset pandemisituasjonen. Valg av svaralternativer følger kjente systemer for beredskapsrapportering, er drøftet bredt i Helsedirektoratets analyseavdelinger og tilpasset informasjonen i FHI kommunelegehåndboka om risikovurderinger og tiltak. Innholdet i svaralternativene er gjentakende definert og tydeliggjort for kommunene.

Kommunenes svar i rapporteringen kan fremstilles visuelt ved lettleste karttegninger og grafer som viser siste 8-10 ukers trender. Kart og grafer kan fremstilles regionalt for hvert fylke eller nasjonalt for hele landet. Det er således lett å følge utviklingen og trender over tid. På denne måten kan statsforvaltere og Helsedirektorater bygge inn kartdata i egne kartportaler eller analysere/visualisere informasjonen i egne kartbilder. Rapporteringsløsningen slik den er utformet i praksis (med brukergrensesnitt) samt eksempel på datafremstilling, er vedlagt besvarelsen.

Målet er at rapporteringsløsningen skal bidra til å effektivisere og forenkle rapporteringsarbeidet på flere måter. Statsforvalteren får en rask oversikt over kritiske forhold i kommunene som krever snarlig oppfølging. Videre får statsforvalter oversikt over utfordringer i kommunene som forenkler analyse og sammenstilling før videreformidling til sentrale myndigheter. Kommunene vil ha tilgang til sine ukentlige rapporter. Samtidig får man systematisert og tilgjengeliggjort data til senere bruk på en god måte.

Den visuelle STAF- rapporteringsløsningen er i utgangspunktet basert på den løsning SFOV har benyttet siden april 2020, og som har fungert godt. Dette er en start på en felles utvikling av løsningen hvor det er tenkt å evaluere og justere innholdet i tråd med tilbakemeldinger etter at løsningen har blitt tatt i bruk. Målet er at rapporteringen på helseområdet skal bli enklere og gi en bedre samlet regional og nasjonal oversikt.

De innsamlede data om beredskap situasjonen i kommunene er merket med § 21 unntatt offentlighet. Dataene må behandles deretter. Alle rapporterte data og kartdata er lagt opp til bruk intern i Statsforvalterens nett. Hdir og FHI har lesetilgang til dataene.

### *Indikatorer som bør utvikles videre i STAF-løsningen*

Dette vurderes løpende av Helsedirektoratet ved Ø. Hveding, avd. beredskap, avd. analyse og samfunn og STAF-prosjektgruppe der FHI også er med. Oppdateringer skjer i samsvar med endringer i covid-19 TISK-strategi mm.

### *Videreutvikling av analysene i STAF-rapporteringen*

Helsedirektoratet arbeider kontinuerlig med å bedre kvaliteten på data i rapporteringen. Helsedirektoratets avdeling for analyse bistår nå med sin kompetanse til stadig forbedringer av datagrunnlag og analyse av dataene. STAF-prosjektgruppe bidrar også som før med sine ressurser til forbedring av STAF-løsningen. Hver uke rapporterer ca. 335 kommuner i løsningen, og informasjonen i løsningen har allerede i flere måneder vært til stor strategisk nytte.

## Svartid og antall innringere legevakt og AMK-sentralene

Når det gjelder situasjonen i kommunehelsetjenesten, så finnes det i dag kun én indikator som kan høstes i sanntid, hver dag, og dette er "Svartid og antall innringere legevakt". Det rapporteres på antall besvarte og ubesvarte anrop, og andelen som besvares etter 2 eller etter 10 minutter. Alle legevaktsentraler i Norge inngår i datagrunnlaget. Antall telefoner sier noe om hvor travelt det er. Svartiden sier noe om kapasiteten inne på legevakten.

Tilsvarende avsnittet over, rapporteres det også tilsvarende på anrop til AMK-sentralene (beskrives her under hovedoverskrift "primærhelsetjenesten" grunnet likhet med denne indikatoren). Det høstes antall anrop, median svartid og andel besvart innen 10 sekunder og median svartid). Alle AMK-sentraler i Norge inngår i datagrunnlaget. Antall telefoner sier noe om generell pågang, og svartid sier noe om kapasiteten på sentralen(e). Svartid på medisinsk nødnummer en en nasjonal kvalitetsindikator. For befolkningens trygghet er det viktig at telefoner til det medisinske nødnummeret 113 besvares raskt, slik at de får tilgang på rask, fagkyndig og koordinert helsehjelp i akutsituasjoner.

Disse indikatorene bør det fortsatt følges med på, da de raskt fanger opp endringer i befolkningens behov for og bruk av legevakt og akutt. Denne bør også inngå i et langsiktig "følge med" opplegg. Disse to indikatorene for AMK og legevaktsentraler, tenkes etter hvert videreført som del av det nasjonal kvalitetsindikatorsystemet.

## Følge med analyser basert på registerdata og andre kvantitative kilder ved overvåkning av kapasitet og aktivitet i primærhelsetjenesten

Helsedirektoratet har etablert systemer for regelmessig å utarbeide data og statistikk for utvikling og status i de deler av primærhelsetjenesten det finnes data på i denne krisen.

Det er kun for allmennlegetjenester det er tilstrekkelig hyppig frekvens på innrapportering som muliggjør en mer løpende (ukentlig, månedlig) overvåkning av utviklingen. På grunn av et visst etterslep i rapporteringen er det kun mulig å se utviklingen frem til noen uker tilbake i tid. Dette gjelder følgende følge-med systemer:

- **Aktivitet hos fastleger og legevakt (ukentlig med tidslegg)**

Datakilde er KUHR (regningsdata med takster). Det gjøres uttak av data hver mandag. Siden rapporteringen fra fastleger og legevakt gjennom KUHR først er tilnærmet komplett etter 4 uker vises utviklingen frem til 4 uker tilbake i tid. Det sammenlignes med tilsvarende perioder i 2019 og 2020. Følgende indikatorer utarbeides:

- Kontakter og konsultasjoner hos fastleger og på legevakt. Det skilles også mellom e-konsultasjoner og ordinære konsultasjoner
- Konsultasjoner med R-diagnoser (luftveisplager) og med P-diagnoser (psykisk) hos fastleger og på legevakt.

- **Rekruttering og kapasitet i fastlegeordningen (månedlig følge med, rapporter hvert kvartal)**

Det er etablert et system for å følge med på situasjonen i fastlegeordningen som del av Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Det lages rapporter hvert kvartal, men det følges med på en del hovedtall per måned. Datagrunnlaget er FLO (administrative data fra fastlegeordningen med flere ulike kilder) og KPR/KUHR. Noe av kilden i FLO oppdateres kontinuerlig, men datagrunnlaget for følge med-statistikken oppdateres månedlig/kvartalsvis.. KPR/KUHR oppdateres løpende, men data tas ut per kvartal. Følgende data/indikatorer utarbeides, med særskilt fokus på FLO-data:

- Antall unike fastleger utvikling over tid (kvartal), og fordelt på kjønn og alder, geografi
- Antall fastlegelister og listeplasser, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi
- Antall og andel lister med fast lege utvikling over tid (kvartal) og etter geografi
- Antall og andel lister som er ubesatt (uten fast lege) og antall og andel ubesatt lenger enn 1 år, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi.
- Antall og andel (liste)innbyggere på lister uten fast lege og antall og andel på lister som har vært ubesatt lenger enn 1 år, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi.
- Antall og andel ledige plasser på lister, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi
- Gjennomsnittlig og median listelengde utvikling over tid (kvartal) og etter geografi
- Andel lister med listelengde større enn 1000 listeinnbyggere, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi
- Antall og andel lister med bruk av vikarer, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi
- Samlet antall dager med vikar korrigert for stillingsprosent, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi
- Antall og andel fastleger med spesialisering, utvikling over tid (kvartal) og etter geografi.
- Antall søkere og tilsatte i LIS-1 stillinger per halvår.
- Bruk av økonomiske virkemidler (grunntilskudd, ALIS-tilskudd, mm), utvikling over tid (kvartal) og etter geografi.
- I tillegg inngår aktivitetsdata, men der vil den ukentlige oppdateringen beskrevet over dekke det meste med hyppigere frekvens.

I forbindelse med følge med aktiviteter under handlingsplanen for allmennlegetjenesten er det jevnlig dialog med relevante aktører, herunder statsforvaltere, som bidrar med viktig og supplerende informasjon om utvikling og status i allmennlegetjenestene.

## Helse CIM – Nasjonalt system for deskriptiv rapportering og situasjonsvurdering

CIM er et nasjonalt tverrsektorielt system for situasjonsbeskrivelse og rapportering eiet av DSB, hvor det aggregeres et nasjonalt situasjonsbilde gjennom sektorvis rapportering som aggregeres og sammenstilles. Under pandemien rapporteres det på ukentlig basis, men rapporteringen kan også skje hyppigere. Systemet er ikke koblet til andre datakilder og baserer seg derfor på manuelt innlagt informasjon fra f.eks. kommuner, helseforetak, SF og RHF. Rapportering i CIM bør videreføres på både kort og lang sikt da dette inngår som del i den nasjonale rapporteringen fra alle sektorer.

## Spesialisthelsetjenesten

Parametere for overvåking av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten

### Innledning

Fra spesialisthelsetjenesten vil det i en krisesituasjon være aktuelt å følge med på helsetilbudet til alle pasientgrupper, i forbindelse med nåværende pandemi vil det si covid-19 pasienter og alle andre pasientgrupper. For ulike typer pasienter vil det være aktuelt å se på hele behandlingsskjeden fra før pasienten kommer til sykehus, under

sykehusoppholdet, til oppfølging i etterkant av utskrivelse. Ved kapasitetsbrist vil helsetjenesten tvinges til å prioritere mellom pasienter ut fra prioriteringskriteriene alvorlighet, forventet nytte og ressursbruk ved behandling. En slik prioritering vil medføre at akutte tilstander vil prioriteres foran planlagt aktivitet som gir mindre prognosetap ved utsettelse. Det er derfor aktuelt å følge med på både akutte og planlagte tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten.

Overvåkning av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten kan ha ulike formål og gjøres på forskjellige måter. Prinsipielt kan man skille mellom oppdaterte opplysninger som innsamles, sammenstilles og tolkes under en krise, og opplysninger som sammenstilles i etterkant av en krise. Oppdaterte opplysninger kan brukes taktisk som beslutningsgrunnlag i en krisehåndtering og påvirke utfallet av en krise. Opplysninger innhentet i ettertid kan benyttes til å vurdere konsekvenser av en gjennomgått krise, planlegge videre respons og for framtidig kriser. For begge typer informasjon kan man se på pasientrelaterte utfallsmål (sykelighet, dødelighet osv.) og/eller helsetjenesterelaterte utfallsmål (fristbrudd, pasientbelegg osv.) og bruke opplysningene til forskning.

#### *Pasientrelaterte utfallsmål*

Pasientrelaterte utfallsmål egner seg for å besvare spørsmålet hvordan går det med pasientene? Her vil det være aktuelt å se på ulike parametere som ventetid på behandling, kvalitet på behandlingen, og hvilke pasientresultater som oppnås i form av sykelighet, dødelighet osv. I tillegg kan det innhentes informasjon fra pasientene om hvordan de opplever forhold knyttet til helse og sykdom og effekt av behandling (inkluderer mål på symptom, funksjon, helse og livskvalitet), og pasienten sine erfaringer i møte med helsetjenesten. Her kan man se på endringer i grupper av pasienter over tid og på subgrupper som for eksempel barn eller intensivpasienter.

I forbindelse med nåværende pandemi er det aktuelt å se på pasientrelatert utfallsmål for covid-19 pasienter og alle andre pasientgrupper innenfor somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Opplysningene kan innhentes fra eksisterende datakilder som for eksempel Norsk pasientregister og/eller beredskapsregisteret Beredt C19. Det kan også innhentes annen type informasjon fra andre nasjonale datakilder og/eller i forbindelse med forskning. For å oppsummere kunnskap kan det være aktuelt å gjennomgå erfaringer fra andre land og å gjøre systematiske kunnskapsoppsummeringer.

Direktoratet vurderer det slik at oppgaven med å følge med på covid-19 pasientene i hovedsak er lagt til Folkehelseinstituttet, mens det for øvrige pasienter ligger til helsetjenesten å følge med på pasientrelaterte utfallsmål. For videre beskrivelse av dette vil direktoratet vise til Folkehelseinstituttets faglige underlag.

#### *Helsetjenesterelaterte utfallsmål*

Helsetjenesterelaterte utfallsmål egner seg for å besvare spørsmålet hvordan går det med helsetjenesten? Her vil det være aktuelt å se på om helsetjenesten har tilstrekkelige ressurser i form av lokaler, sengeplasser, utstyr, personell og kompetanse til å håndtere de pasientene som til enhver tid trenger nødvendig helsehjelp.

I en behandlingsskjede kan man før sykehusinnleggelse se på svartider på medisinsk nødtelefon (se nærmere beskrivelse av dette over) og utrykningstid i ambulansetjenesten. Under sykehusoppholdet kan man følge pasientbelegg på sengeposter og intensivavdelinger ved ulike helseforetak og fordelingen mellom akutt og planlagt aktivitet. Etter sykehusoppholdet kan det være aktuelt å følge ventetid på rehabilitering og/eller poliklinisk oppfølging. For pasienter med kroniske tilstander kan en se på fristbrudd og ventetider på planlagt virksomhet som polikliniske konsultasjoner og elektive kirurgiske inngrep. Det kan også innhentes data for å følge med på ressursituasjonen i forhold til personell og nødvendig utstyr. I tillegg kan det innhentes informasjon fra helsepersonell om hvordan de ansatte opplever en krise og forhold knyttet til sykdom, symptomer, arbeidsevne og livskvalitet. Etter hvert som pandemien utvikler seg og kunnskapsgrunnlaget knyttet til covid-19 øker kan det være aktuelt å følge nye parametere. For eksempel er det nå aktuelt å følge barnepopulasjonen tett siden det er observert i andre land at virusvarianten omikron fører til relativt mange barn innlagt på sykehus og intensiv sammenliknet med tidligere virusvarianter.

I tillegg til objektiv informasjon som angitt over kan en innhente situasjonsbeskrivelser fra sykehusene i form av skriftlige opplysninger og/eller muntlige fremstillinger av hvordan status er. Man kan også følge beredskapsnivåene ved helseforetakene som vil være en indikator på sykehusenes administrative respons på en krise.

Direktoratet vurderer det slik at oppgaven med å følge med på kapasitet i spesialisthelsetjenesten og eventuelle ressursproblemer ligger til Helsedirektoratet. Hovedpunkter i hvordan dette bør gjøres fremover er gjengitt nedenfor.

#### Nåværende modell for oppdatert overvåkning av helsetjenesten

##### *Objektive kilder til informasjon fra spesialisthelsetjenesten*

##### Covid-19 pasienter

- Daglig antall covid-19 pasienter innleggende på sykehus på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig antall nye covid-19 pasienter innlagt på sykehus på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig antall covid-19 pasienter innleggende på intensiv på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig antall covid-19 pasienter innleggende med invasiv respiratorbehandling på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig antall covid-19 pasienter døde på sykehus siste døgn på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå

##### Alle pasienter

- Daglig antall nye øyeblikkelig-hjelp pasienter innlagt på sykehus på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig antall pasienter inneliggende på somatiske sykehus på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig antall pasienter inneliggende i intensivavdeling på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig fordeling mellom akutte og planlagte døgnopphold på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Ukentlig antall planlagte somatiske døgnopphold på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå sammenliknet med tilsvarende uke i 2019

##### Helsetjenesten

- Daglig antall og andel tilgjengelige somatiske sykehussenger på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig antall og andel tilgjengelige intensivsenger på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå
- Daglig trafikk til Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) sitt nødnummer 113
- Ukentlig beleggsprosent på barneavdelinger på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå

##### *Innhenting av annen informasjon fra spesialisthelsetjenesten*

- Beredskapsnivåer ved helseforetakene
- Nedtrekk av planlagt aktivitet innenfor ulike fagfelt på døgn-, dag- og poliklinisk behandling
- Skriftlig rapportering om situasjonsbilde ved helseforetakene med underpunktene

1. Situasjonsbilde herunder underpunktene
  - a. Driftssituasjonen
  - b. Bemanningssituasjonen
  - c. Testkapasitet
  - d. Smitteverutstyr
  - e. Medisinsk forbruksmateriell og medisinsk utstyr
  - f. Legemidler
2. Mediebilde og budskap
3. Tiltak som er iverksatt
4. Forventet utvikling
5. Tiltak som vurderes iverksatt

- Muntlig formidling av utfordringer ved helseforetakene

## Oversikt over kortsiktige parametere for overvåkning av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten

Det kan innhentes oppdatert objektive opplysninger og subjektive situasjonsbeskrivelser for å overvåke kapasiteten i spesialisthelsetjenesten på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. En oppsummering av opplysninger som i dag følges er angitt i tabellen under. Det er satt inn fotnoter til informasjon som publiseres offentlig.

Hvilke parametere som følges	Objektive opplysninger	Subjektive situasjonsrapporter
Belastningen av covid-19 pasienter på sykehusene	Daglige antall inneliggende covid-19 pasienter på sykehus, intensiv og med invasiv respiratorbehandling <sup>1</sup>	Ukentlig beskrivelse av covid-19 belastningen ved helseforetakene og utviklingstrekk knyttet til dette
	Daglig antall nye covid-19 pasienter innlagt på sykehus <sup>1</sup>	
	Daglig antall døde covid-19 pasienter på sykehus <sup>1</sup>	
Totalbelastningen av alle typer pasienter (covid-19 og andre) på sykehusene	Daglige totalt antall inneliggende pasienter (covid-19 og andre) på sykehus og intensiv <sup>2</sup>	Ukentlig beskrivelse av totalbelastningen ved helseforetakene og utviklingstrekk knyttet til dette
	Daglig antall nye øyeblikkelig-hjelp pasienter innlagt på sykehus siste døgn	
	Daglig fordeling mellom akutte og planlagte døgnopphold på somatiske sykehusavdelinger	
	Ukentlig andel av planlagte døgnopphold på somatiske sykehusavdelinger i 2022 sammenliknet med samme kalenderuke i 2019	
Kapasiteten i spesialisthelsetjenesten til pasientbehandling av alle typer pasienter (covid-19 og andre)	Daglig antall og andel tilgjengelige somatiske sykehussenger	Ukentlig beskrivelse av driftssituasjonen ved sykehusene
	Daglig antall og andel tilgjengelige intensivsenger	
	Daglig trafikk til Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) sitt nødnummer 113	
	Ukentlig beleggsprosent på barneavdelinger	
Sykehusenes administrative respons på en krise		Ukentlig rapportering av beredskapsnivåer ved sykehusene
Helsetilbudet til pasienter som har behov for planlagt tilbud fra sykehusene	Ukentlig andel av planlagte døgnopphold på somatiske sykehusavdelinger i 2022 sammenliknet med samme kalenderuke i 2019	Ukentlig beskrivelse av nedtrekk av planlagt aktivitet innenfor ulike fagfelt på døgn-, dag- og poliklinisk behandling
Driftssituasjonen ved sykehusene	Daglig antall og andel tilgjengelige somatiske sykehussenger og intensivsenger	Ukentlig beskrivelse av driftssituasjonen ved sykehusene

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

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/totalt-antall-pasienter-innlagt-pa-sykehus-og-intensiv>

Bemannings situasjonen ved sykehusene	Se avsnitt om sykefravær under	Ukentlig beskrivelse av bemannings situasjonen ved sykehusene
Testkapasitet ved sykehusene	Ukentlig status på covid-19 analyser og prøvetakingsutstyr	Ukentlig beskrivelse av covid-19 testkapasiteten ved sykehusene
Smittevern utstyr ved sykehusene		Ukentlig beskrivelse av forsyningssituasjonen for smittevern utstyr ved sykehusene
Medisinsk forbruksmateriell og medisinsk utstyr ved sykehusene	Se avsnitt om internasjonal forsyningssituasjon under	Ukentlig beskrivelse av forsyningssituasjonen for medisinsk forbruksmateriell og medisinsk utstyr ved sykehusene
Legemidler ved sykehusene	Se avsnitt om medikamentsikkerhet under	Ukentlig beskrivelse av forsyningssituasjonen for legemidler ved sykehusene
Annet	Informasjon fra Folkehelseinstituttets ukerapporter om koronavirus og covid-19 <sup>3</sup>	Muntlig formidling av utfordringer ved helseforetakene på møter

Oversikt over langsiktige parametere for overvåkning av kapasiteten i spesialisthelsetjenesten

*Utvikling og status basert på månedsdata fra Norsk pasientregister (NPR)*

Utover daglig oppdaterte data for bl.a. antall pasienter totalt og for covid-19, har direktoratet utarbeidet 'følge med'-rapporter og etter hvert 'følge med'-data basert på månedsdata fra NPR. Dette er aggregerte anonyme data bestilt av RHF-ene som gir mulighet for å se på flere dimensjoner i aktivitetsutviklingen. Det har siden november 2021 vært hovedfokus på utvikling og status vedrørende henvisninger, avviste og ventetid for alle tjenesteområder (somatikk, psykisk helsevern og rus (TSB)). Det ses da nærmere på hele perioden 2019 til siste måned tilgjengelig. I tillegg til dette har det også blitt utarbeidet data for utviklingen i aktivitet for somatiske sykehustjenester, siden denne delen av spesialisthelsetjenesten særlig har blitt rammet av tiltak i forbindelse med pandemien. For somatiske sykehustjenester har følgende data blitt utarbeidet:

- Planlagte døgnopphold per måned i perioden 2019 til siste måned.
- Planlagte kirurgiske døgnopphold per måned i perioden 2019 til siste måned.
- Planlagte døgnopphold 2019-2021 etter hovedtilstandsgruppe (HDG).
- Ø-hjelp døgnopphold per måned i perioden 2019 til siste måned.
- Dagbehandlinger totalt per måned i perioden 2019 til siste måned.
- Planlagte polikliniske konsultasjoner per måned i perioden 2019 til siste måned.
- Antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter per måned i perioden 2019 til siste måned.

Ved behov ses det på regional utvikling og status.

Det er i tillegg mulig å utarbeide data for utvikling aktivitet for områdene psykisk helsevern og TSB. Innen psykisk helsevern kan det skilles mellom barn/unge og voksne.

Helsedirektoratet oppdaterer også månedlig statistikk for pakkeforløp kreft og pakkeforløp psykisk helsevern og rus (TSB), se [Pakkeforløp for kreft - Helsedirektoratet](#) og [Pakkeforløp for psykisk helse og rus - Helsedirektoratet](#).

<sup>3</sup> <https://www.fhi.no/publ/2020/koronavirus-ukerapporter/>

## Sykefravær

Det er behov for en bedre beskrivelse av belastningen av covid-19-pandemien for helsetjenestene og samfunnet for øvrig, herunder informasjon om sykefravær. I notatet viser vi oversikt over kilder til sykefraværstatistikk totalt og for covid-19.

SSBs statistikk om sykefravær (fjerde kvartal 2021 publiseres 3. mars)

SSB publiserer kvartalsvis statistikk om sykefravær. Det publiseres sykefraværspersent for helse- og sosialtjenesten i statlig- og kommunal sektor samlet og enkeltvis. Sykefraværet er både egenmeldt og legemeldt. Sykefravær for 3. kvartal 2021 ble publisert 2. desember og 4. kvartal 2021 publiseres 3. mars 2022. Tall fra SSB er derfor ikke egnet for å følge med under pandemien som grunnlag for vurdering av behov for tiltak.

## NAV statistikk for sykefravær

Nav oppdaterer ukentlig data for antall nye legemeldte sykefravær etter hoveddiagnose (ICPC), kjønn, alder, næring og fylke. Fra uke 3 2022 publiseres særskilt for fravær grunnet covid 19. Rapportene blir oppdatert hver mandag kl.12.<sup>4</sup> Tallene viser antall nye tilfeller og viser ikke egenmeldte, sykmeldinger som forlenger eksisterende sykmeldinger eller varighet på sykmeldte.

Halvparten (49 %) av alle nye sykmeldte (27 475/56 054 personer) ble i uke 5 sykmeldt med koronarelaterte diagnoser. Dette er en økning på 25 prosent (fra 22 468) fra uke 3 i 2022, men på samme nivå som uke 4 (27 790).

Tabell: Antall nye legemeldte sykefravær uke 5. 2019 - 2022

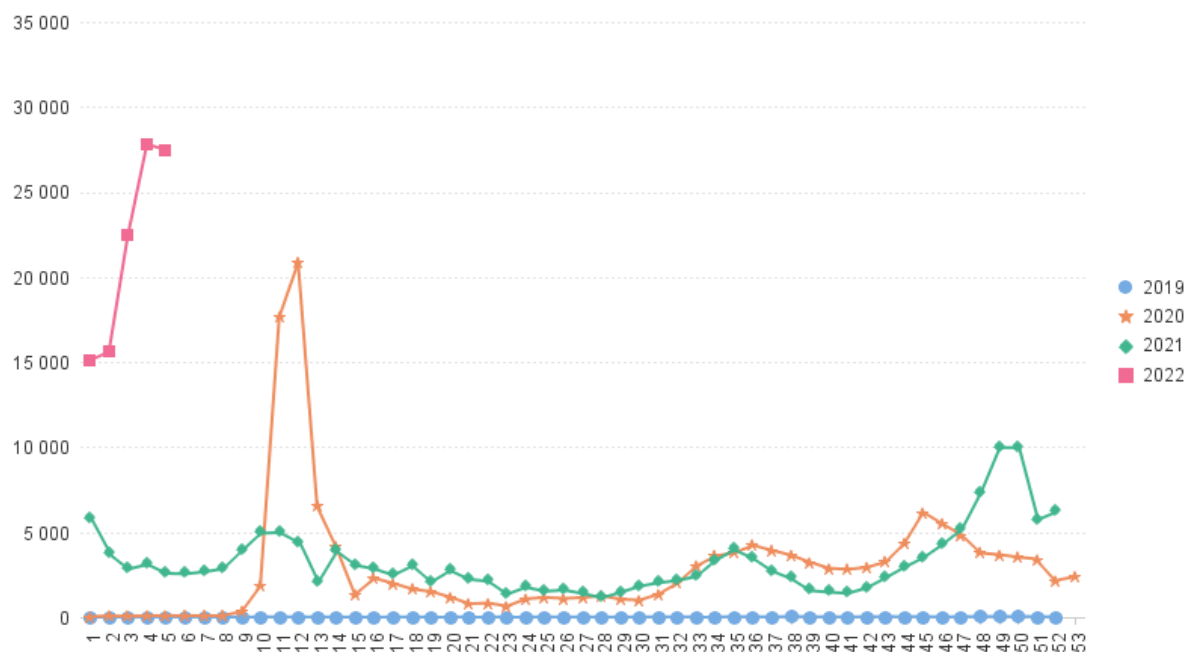
	2019	2020	2021	2022
Totalt antall nye sykefravær	34 977	33 711	28 047	56 054
<b>Koronarelatert i alt</b>	<b>21</b>	<b>98</b>	<b>2 663</b>	<b>27 475</b>
Covid-19 Bekreftet (R992)	*	*	655	23 852
Covid 19 (Mistenkt/sannsynlig (R991)	*	39	1 377	3 201
Engstelig for sykdom i luftveiene (R27)	*	29	398	222
Risiko for sykdom/ pålagt karantene (A23)	18	26	233	200
Influensa (R80)	2 953	2 066	90	284

Antall nye sykmeldte per uke 2019-2022

<sup>4</sup> Statistikken er ikke å anse som offisiell statistikk fra NAV. Den viser kun antall nye personer som blir sykmeldt per uke. Statistikken inkluderer ikke sykmeldinger som forlenger eksisterende sykefravær. Antall tapte og antall avtalte dagsverk er ikke med i statistikken og den viser derfor ikke sykefraværspersent. Statistikken blir korrigert bakover i tid ved senere publiseringer. (<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nye-sykmeldte-per-uke>)



Nye sykmeldte med covid-19 relaterte diagnoser - Antall



#### Informasjon fra Statsforvalterne og kommunene

Det stilles ikke spørsmål om sykefravær i rapporteringsskjema fra kommunene til Statsforvalterne, men det stilles spørsmål der de skal svare på om de har god, utfordrende eller kritisk "tilgang på personell og kritisk kompetanse". Det kan derfor gis et samlet tall for antall kommuner som opplever situasjonen utfordrende eller kritisk, men rapporteringen er noe mangelfull. I tillegg kan de kommentere om personellsituasjonen under mer åpne spørsmål om situasjonen de er i.

Tallene fra kommunene ble f.o.m. uke 51 systematisert og inngår i statusrapporten hver onsdag. Fra og med uke 3 2022 blir tallene med kartfunksjon publisert som del av ukesrapporten på helsedir.no hver torsdag.

#### Ekspertgruppe for samfunnsøkonomiske vurderinger av smitteverntiltak

Departementet har bedt om en delleveranse som ble publisert 1.februar. Her inngår analyse av tall fra NAV for antallet legemeldte sykefravær til og med uke 3 med covid-relaterte diagnoser. Det er også gjort en vurdering av hva disse tallene kan si om årsak til sykefraværet. Vurderinger av sykefravær vil også bli gjort i fremtidige leveranser fra ekspertgruppen.

#### Rapporteringen fra RHF til HOD/Hdir

Det er ønskelig med informasjon om sykefravær på profesjonsnivå og helseforetaksnivå.

RHFene rapporterer om situasjonen i sine helseforetak, men statistikk for sykefravær rapporteres ikke per i dag.

#### FHI

FHI presenterte i slutten av januar modelleringer av ulike scenarier for utvikling i sykefraværet fra covid-19 og andre luftveissykdommer fram til 30. mars.

FHI er nå i gang med å se på omfanget av legemeldt fravær hos forskjellige helsepersonell i historiske og nåtidsdata. Dette er imidlertid ikke sett opp mot fraværet generelt i befolkningen, men de ser på ulike grupper av helsepersonell.

## Kort om sykefravær internasjonalt

I Storbritannia har fraværstallene hos helsepersonell grunnet covid-19 gjennomgående vært svært høye, men det er nå en nedadgående kurve. [NHS England](#) har gjennom pandemien rapportert løpende på daglig sykefravær hos helsepersonell. Følgende data defineres ut fra "total number of staff absent from work through sickness or selfisolation from NHS Actute Trusts (an NHS trust that provides secondary health services within the English NHS)". Tallene viser en synkende trend fra 10. januar og frem til 30. januar (fra 82,075 den 10. januar til 67,238 den 30. januar 2022). Den synkende trenden må sannsynligvis ses i sammenheng med lavere smittetall i England som helhet.

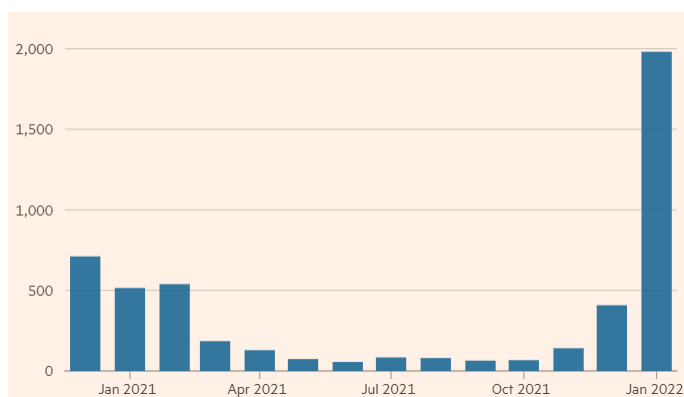
Hele ni av ti ansatte i NHS oppgir at sykefravær pga. covid-19 har hatt betydelig påvirkning på deres arbeidsplass, ifølge en [spørreundersøkelse](#) utført av YouGov. Utenfor helsesektoren har [Reuters](#) rapportert at 25 % av britiske bedrifter oppgir at long covid er hovedårsaken til langtidsfravær blant ansatte.

I **Danmark** er høyt sykefravær i helsetjenesten i økende grad blitt [problematisert](#) i forbindelse med full gjenåpning. En undersøkelse gjennomført av dansk overlegeforening har vist at 80 % av overleger opplevde et ekstraordinært høyt arbeidspress i januar grunnet fravær blant ansatte. Statens Serum Institut har rapportert at det i hovedstadsregionen alene venter 21,000 pasienter på utsatte operasjoner. Situasjonen beskrives også som kritisk i eldreomsorgen, hvor flere oppgaver må settes på vent grunnet manglende personell. I uke 5 ble 6 % av alle ansatte på danske pleiehjem registrert som smittet, en økning fra kun 0,5 % i uke 49.

I sin nyeste [statusrapport](#) fra 1. februar 2022 beskriver den danske Sundhedsstyrelsen at sykehusene opplever et betydelig sykefravær grunnet covid-19. Særlig akuttavdelingene opplever stort press. Til tross for flere utsatte operasjoner, vurderes det nå at presset på sykehusene er "lett avtagende" opp mot tidligere i januar. Dette må sannsynligvis ses i sammenheng med en nedgang i smittetall i samfunnet for øvrig.

I **Europa for øvrig** har presidenten i "the European Society of Intensive Care Medicine" [uttalt](#) at flere europeiske sykehus har sett fraværstall på opp til 20 % grunnet leger og sykepleiere som er nødt til å selv-isolere seg. Videre uttalte presidenten at opp til 80 % av rutineoperasjoner ved enkelte italienske sykehus var blitt utsatt eller avlyst.

Nedenstående graf fra [italienske myndigheter](#) viser daglig gjennomsnitt av helsepersonell som tester positivt for covid-19, og illustrerer at presset på helsetjenestene er langt større enn tidligere under pandemien:



## Medikamentsikkerhet - system/tiltak for oppfølging av tilgang og forsyning av legemidler med vekt på covid-19

I Norge ble det i forbindelse med covid-19 pandemien i løpet av våren 2020 initiert etablering av beredskapslagre rettet mot primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse beredskapslagrene er nå i ferd med og konsolideres og går over i en permanent fase. HOD har besluttet en forskriftregulert beredskapsplikt for primærhelsetjenesten og en avtalebasert beredskapsplikt for spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder oppfølging av forsyningssikkerhet i spesialisthelsetjenesten sender grossisten ukentlig rapporter som redegjør lagerstatus på legemidler som inngår i beredskapslagre, med blant annet forklaring på årsaker til manglende lagerfylling. Grossistadministrasjonen for sykehusapotekene monitorerer og har tett oppfølging av Fokuslisten, og Sjukehusapoteka Vest HF har tett oppfølging av status på B180-lageret.

Det er etablert ukentlige møter med flere instanser hvor også Helsedirektoratet møter, av dette kan det nevnes Mangelsenter, Sykehusinnkjøp, spesialistgruppen, forvaltningsgruppen m.m. Det foreligger et meget aktivt system og rapporteringsrutiner for oppfølging av beredskapslageret, for å forhindre og forebygge forsyningssvikt.

For primærhelsetjenestens rullerende legemiddelberedskapslagre er det etablert månedlige møter med de tre grossistene, og hyppigere møter ved behov. Oppfølgingen av legemiddellisten B180 primær oppleves som utfordrende og krevende. B180 sitt synspunkt er at forvaltningsarbeidet vil være noe mer forenklet, ved en forskriftsfesting av legemiddelberedskapskapen. Grossistene vil dermed få like rammer og krav for beredskap av legemiddelliste for B180 primærhelsetjenesten. Helsedirektoratets forvaltningsansvar er definert i utkast til høringsnotat om legemiddelberedskap som ble overlevert HOD desember 2021.

Permanent beredskapslagring av legemidler som omfatter hele helsetjenesten vil kreve god samhandling og kontinuerlig oppdatering med bakgrunn i helsetjenestens behov, endringer i forsyningssikkerhet og endringer i gjeldende behandlingsanbefalinger. Helsedirektoratet har et koordinerende ansvar for legemiddelberedskapskapen og har foreslått etablering av et Nasjonalt prioriteringsutvalg for legemiddelberedskap som omfatter hele helsetjenesten.

Forskrift om tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler, medisinsk utstyr og verneutstyr under covid-19 er en midlertidig forskrift og om forskriften opphører er det fare for at dette kan bidra til å svekke legemiddelberedskapskapen og tilgangen på enkelte legemidler

Danmark har et lovregulert system (Minerva) for å innhente data fra grossister og apotek, i tillegg til annet relevant data på nasjonalt nivå. Med dette har de mulighet til å innføre tiltak ift legemiddelforsyning, og bedre informasjonsflyt. Med en tilsvarende ordning i Norge vil det gi muligheter til å følge opp forsyningssikkerheten tettere på nasjonalt nivå (inkludert primærhelsetjenesten). B180 ser at det er et behov for elektronisk verktøy, som kan vise samlet nasjonal legemiddelberedskap.

## Bakgrunn

I Norge ble det i forbindelse med covid-19 pandemien i løpet av våren 2020 initiert etablering av beredskapslagre rettet mot primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter også 6 måneder rullerende lager til bruk i primær- og spesialisthelsetjenesten (prosjekt B180 i Helse Vest som gikk over til normal drift fra 1. des 2020). Helsedirektoratet fikk det overordnede ansvaret for å koordinere legemiddelberedskapskapen under covid 19. Dette omfattet både legemidler som er viktig for behandling av alvorlig syke med covid-19, samt andre legemidler som indirekte kan rammes av en mangel som følge av pandemien. Helsedirektoratet rapporterte status og tiltak HOD hver 14. dag frem til oktober 2021.

Helsedirektoratet har senere på oppdrag fra HOD foretatt en vurdering av behov, innretning og ansvar for et permanent beredskapslager av legemidler for primær- og spesialisthelsetjenesten. HOD har besluttet en forskriftregulert beredskapsplikt for primærhelsetjenesten og en avtalebasert beredskapsplikt for spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD utarbeidet et høringsnotat som blant annet omhandler ansvarsdeling og forskriftsfestet beredskapsplikt for primærhelsetjenesten. Permanent beredskapslagring av legemidler som omfatter hele helsetjenesten vil kreve god samhandling og kontinuerlig oppdatering med bakgrunn i helsetjenestens behov, endringer i forsyningssikkerhet og endringer i gjeldende behandlingsanbefalinger.

Helsedirektoratet har et koordinerende ansvar for legemiddelberedskapen og har foreslått etablering av et Nasjonalt prioriteringsutvalg for legemiddelberedskap som omfatter hele helsetjenesten. Det er foreslått at dette blir en videreføring av Spesialistutvalget B180 og også en erstatning for Nasjonal legemiddelberedskapskomite.

Avtalene som har vært inngått mellom grossistene og Helsedirektoratet for beredskapslager av legemidler under covid-19 pandemien inneholder bestemmelser rundt eksport når beredskapslager ikke er oppfylt. § 3 i Forskrift om tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler, medisinsk utstyr og verneutstyr under covid-19<sup>5</sup> pålegger legemiddelgrossister plikt til å melde fra til Legemiddelverket om eksport av legemidler som står på en liste angitt i forskriften. Dette er en midlertidig forskrift og om forskrifter opphører er det fare for at dette kan bidra til å svekke legemiddelberedskapen.

Innspill fra Legemiddelverket:

Følgende system/tiltak kan bidra til økt forsyningsikkerhet:

Regulering av parallelleksport: Dagens midlertidige fullmakter gir gode muligheter for å vurdere at eksport er trygt å gjennomføre, uten at pasientenes tilgang til medisiner påvirkes. MT innehavere får med dette signaler om at deres legemidler ikke forlater landet ved mangelsituasjoner. Erfaringen tilsier at de da strekker seg lengre for å supplere markedet tilstrekkelig (med norske og utenlandske pakninger) uten å kvotere. Ordningen bør derfor videreføres:

Rasjonering: Legemiddelverket mener at rasjoneringstiltakene har hatt god effekt. Rasjonering av kritiske legemidler uten alternativer på det norske markedet, gir mulighet til å fordele tilgjengelig beholdning rettferdig blant bestemte pasientgrupper.

Innsyn i grossistenes og apotekenes lagersaldo: Legemiddelverket vurderer at det i forbindelse med redusert tilgang på kritiske legemidler, er viktig raskt å kunne få oversikt over tilgjengelig lagerbeholdning hos grossister og i apotek i Norge. Innsyn i lagerbeholdning er en forutsetning for å kunne foreta tiltak som øker forsyningsikkerheten for viktige legemidler.

Innhente oversikt over status: Danmark har et lovregulert system (Minerva) for å innhente data fra grossister og apotek, i tillegg til annet relevant data på nasjonalt nivå. Med dette har de mulighet til å innføre tiltak ift legemiddelforsyning, og bedre informasjonsflyt. Med en tilsvarende ordning i Norge vil det gi muligheter til å følge opp forsyningsikkerheten tettere på nasjonalt nivå (inkludert primærhelsetjenesten).

Bedre rutiner og system for innmelding av mangelsituasjoner: Det er behov for å lage innmeldingsportal/rapporteringsystem for innmelding av mangelsituasjoner etter dagens standarder og situasjon. Det bør også vurderes å innføre overtredelsesgebyr overfor legemiddelprodusentene om de ikke overholder sin varslingsplikt ved avbrudd i legemiddelforsyningen. Sen innmelding medfører forsinkelser i innføring av tiltak for mangelsituasjoner, som igjen kan påvirke pasientsikkerheten.

Innspill fra Mangelsenteret

Monitorering for å følge med på legemiddelbruk under pandemien, både kvantitativt og kvalitativt, anses som meget viktig. Det er vesentlig å kunne følge legemiddelbruk ift behandling knyttet til pandemien for å identifisere behovene for tilgang til kritiske legemidler. Bruk av både salgsstatistikk og datakilder som viser faktisk legemiddelbruk er viktig i denne sammenheng. Når vi vet hva og hvor mye som brukes, er det kontaktene med aktuelle leverandører/grossist/B180/GA og Sykehusinnkjøp som er viktig.

Når det gjelder øvrige pasientgrupper og behovet for legemidler, kan det være noen situasjoner som krever årvåkenhet. Dette gjelder særlig der medikamenter som har definerte bruksområder også viser seg å ha en potensiell bruk inn mot behandling i pandemisammenheng. Et godt eksempel på dette er tocilizumab som anvendes

---

<sup>5</sup> Forskrift om tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler, medisinsk utstyr og personlig verneutstyr under covid-19: Forskrift om tiltak for å ivareta tilgangen til legemidler, medisinsk utstyr og personlig verneutstyr under covid-19 - Lovdata

hos RA-pasienter og i noen grad ved kreft (CAR-T behandling, spesifikke antistoffer) og som også har en anvendelse inn mot Covid-19. Her oppstår det en presset situasjon med økt etterspørsel som potensielt påvirker tilgangen for ordinær behandling. I en slik situasjon er det viktig å kunne følge bruken av medikamentet på de ulike områder som grunnlag for hensiktsmessig styring og prioritering.

Videre utdypning: Forsyningssvikt pga pandemien. Dette er en bestilling som går utover legemidler som faller inn under beredskapshensyn. Hvis for eksempel B180 tilsvarer kun utgjør 5-10% av årlig legemiddelbruk nasjonalt, vil pandemien kunne ramme legemiddelforsyningen også for de gjenværende 90-95%.

Legemidler utenfor B180. Her vil Sykehusapotekenes database ha god oversikt over helseforetakenes løpende forbruk. Sårbarheten kan vurderes kvalitativt i forhold til legemidlenes levetid og kritikalitet, dvs i hvilken grad andre legemidler kan erstatte det aktuelle legemiddel uten alvorlige negative konsekvenser. For primærhelsetjenesten er dette vanskeligere.

- Volumestimer fra slike kilder kan brukes til å si noe om risiko, om de kombineres med kvalitative og evt kvantitative data om legemidlenes viktighet/kritikalitet. B180 har verktøy for dette, og har gjort testevaluering av enkelte legemidler for å identifisere grad av kritikalitet i forhold til pasientbehandlingen.
- Mangelsenteret innhenter grossist og annen informasjon som forutsier og melder om konkrete mangler. Disse informasjonene kan brukes som del av en slik kartlegging, for å kunne indikere forventet risiko fram i tid (dekker ikke all risiko).
- Legemiddelverket følger legemiddelmangler, og har over tid kartlagt antall og alvorlighet. Det synes naturlig å bruke etablerte kanaler med god datakvalitet.
- Geopolitiske hendelser kan medføre forsyningssvikt. En kartlegging av vesentlige forsyningsveier for legemidler kan være del av en slik kartlegging. Dette vil inkludere sentrale produksjonsland/områder for både råstoffer og legemidler og sentrale forsyningsveier. Disse dataene krysses med geopolitisk kunnskap fra for eksempel UD.
- Erfaringer så langt under covid-19 pandemien

Ved å gå gjennom slike kilder kan de kanskje pekes på noen overordnede måter å følge forsyningssituasjonen for legemidler.

#### Innspill fra Sjukehusapoteka Vest ( B180)

Generelt kan det informeres at prosedyrer og rapporteringsrutiner overført fra B180 prosjekt til B180 drift, og opprettholdes.

#### B180 spesialisthelsetjenesten:

For å bedre forsyningssikkerheten, har spesialisthelsetjenesten etablert en liste over kritiske legemidler, Fokusliste (F30/F60/90), som inneholder ca. 600 varenummer med krav om utvidet grossistlager på 30, 60 eller 90 dager normalforbruk til sykehusene. Gjennom etablering av B180-lageret, har beredskapen for ca. 200 av de kritiske varenumrene i Fokuslisten blitt styrket ytterligere ved inkludering i B180-lageret og et økt krav om grossistlager til totalt 180 dagers normalforbruk. Grossisten sender ukentlig rapporter som redegjør lagerstatus på legemidler som inngår i beredskapslagre, med blant annet forklaring på årsaker til manglende lagerfylling. Grossistadministrasjonen for sykehusapotekene monitorerer og har tett oppfølging av Fokuslisten, og Sjukehusapoteka Vest HF har tett oppfølging av status på B180-lageret. Det er etablert ukentlige møter med flere instanser, av dette kan det nevnes Mangelsenter, Sykehusinnkjøp, spesialistgruppen, forvaltningsgruppen m.m. Det foreligger et meget aktivt system og rapporteringsrutiner for oppfølging av beredskapslageret, for å forhindre og forebygge forsyningssvikt. Det kan også nevnes at flere mangelsituasjoner er blitt avverget ved hjelp av B180 nasjonalt legemiddelberedskapslager, hvor B180 har frigitt legemidler fra beredskapslageret.

Behov for tiltak: B180 ser at det er et behov for elektronisk verktøy, som kan vise samlet nasjonal legemiddelberedskap.

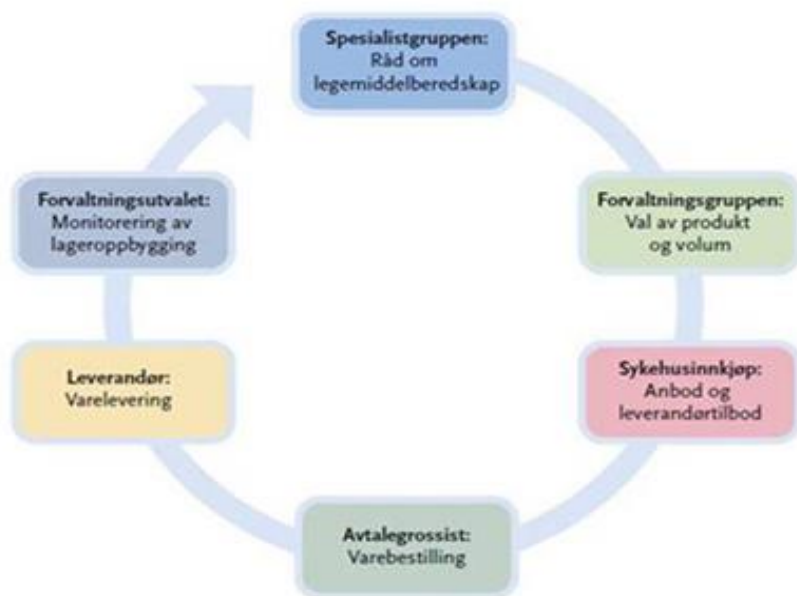
B180 primærhelsetjenesten: Oppfølgingssystemet for legemiddelliste for B180 primærhelsetjenesten er også overført til B180 drift. Det er etablert månedlige møter med grossister, og hyppigere møter ved behov. Oppfølgingen av legemiddellisten B180 primær oppleves som utfordrende og krevende, da 2 av 3 grossister har en avtale med B180, og 1 grossist forholder seg til Hdir-avtale (50-listen).

Behov for tiltak: B180 sitt synspunkt er at forvaltningsarbeidet vil være noe mer forenklet, ved en forskriftsfesting av legemiddelberedskapen. Grossistene vil dermed få like rammer og krav for beredskap av legemiddelliste for B180 primærhelsetjenesten.

Andre utfordringer/behov for tiltak: H-preparater, H-resept preparater hos grossistene, og H2022. Inndelingen beredskapslagre av H preparater per i dag, er omfattende. Tilbakemeldingene fra spesialistgruppen er at det oppleves uoversiktlig og fører til usikkerhet om nivå og omfang av beredskap på de forskjellige terapiområdene. B180 erfarer at forvaltningsarbeidet også er meget tid- og ressurskrevende. Innspill: Er det muligheter til konsolidering av H-resept beredskapslagre?

Figuren nedenfor viser arbeidsflyt i forvaltningen av B180:

## Arbeidsflyt i forvaltningen



## Vedlegg til malen

FHIs vurdering

Eksempel på kommunenes rapportering av situasjonsbilde

- Førsteside
- Nåværende rapporteringsparametre.
- Eksempel: siste ukes oppsummering av rapportering fra kommunene

COVID-19  
Oppdrag fra HOD nr. 620  
Overvåking av covid-19

31 Januar 2022



## Oppdragstekst

### **Bakgrunn**

*De negative konsekvensene og omfanget av Covid-19-pandemien i Norge forventes å avta i perioden fremover, og de registrerte smittetallene vil være mindre pålitelige når testaktiviteten endres. Det er likevel et behov for å overvåke situasjonen, slik at man har mulighet til å gjøre tiltak dersom det er behov for det.*

*Folkehelseinstituttet skal i henhold til smittevernloven " (...) overvåke den nasjonale epidemiologiske situasjonen og delta i overvåkingen av den internasjonale epidemiologiske situasjonen, utføre helseanalyser, drive forskning på smittevernområdet og sikre nødvendig vaksineforsyning og vaksineberedskap". Helseinspektoratet skal i henhold til samme lov " (...) gjennom råd, veiledning, opplysning og vedtak etter denne loven medvirke til at befolkningens behov for tjenester og tiltak blir dekket i forbindelse med smittsomme sykdommer. Helseinspektoratet skal innhente kunnskap fra Folkehelseinstituttet og legge denne kunnskapen til grunn for sine vurderinger".*

*Det vil være behov for å overvåke både smitteutbredelsen inkludert alvorlig sykdom og dødsfall av covid-19 og det virologiske bildet. Dette har FHI ansvar for. Det vil også være relevant å se til anbefalinger fra WHO og ECDC. I tillegg er det behov for en overvåking av helsesektorens kapasitet og eventuelle ressursproblemer. Dette har Hdir ansvar for.*

### **Oppdrag**

*HOD ber Hdir og FHI om å beskrive hvordan covid-19-pandemien og kapasiteten i helsesektoren, med spesielt fokus på primærhelsetjenesten, bør overvåkes i den nærmeste perioden. Videre ber departementet om en vurdering av hvilke indikatorer for kapasitet i kommunale helse- og omsorgstjenester som finnes i dag, hvilke indikatorer som etter etatenes vurdering bør utvikles og hvordan man kan videreutvikle og bedre analysere rapporteringene fra statsforvalterne, slik at informasjonen kan brukes på et strategisk nivå. Kapasitetsvurderingen må ta hensyn til behandlingstilbudet til alle pasientgrupper. HOD ber videre om en vurdering av hvordan vi skal overvåke covid-19 på lengre sikt.*

*Frist: Overvåking på kort sikt: 10. februar. Overvåking på lengre sikt: Samkjøres med strategien og besvares samtidig med den leveransen.*

*Vi ber Helseinspektoratet opplyse om kontaktperson for oppdraget i sin besvarelse.*

*Kontaktperson i HOD: Siri Helene Hauge, epost: [siri-helene.hauge@hod.dep.no](mailto:siri-helene.hauge@hod.dep.no)*



## Oppsummering

### **Formål med overvåkingen**

Formålet med overvåkingen er å få en løpende situasjonsforståelse og skaffe kunnskap for å vurdere risiko samt foreslå og evaluere tiltak. Behovene og mulighetene vil endre seg over tid.

Vi besvarer i dette oppdraget spørsmål knyttet til korttidsstrategien for overvåkingen. I del to vil vi omtale en mer langsiktig strategi for den samlede overvåkingen (oppdrag 610).

### **Endret overvåking på kort sikt, februar - mars**

Situasjonen med omikron og dagens høye immunitet i befolkningen har medført endringer i håndteringen som også påvirker overvåkingen og behovene. Endringer i testsystemet har stor betydning for overvåking og kunnskapsanalyser, nå sist ved endringer for bruk av bekreftende test for positive selvtester som påvirker MSIS-tallene og gi større skjevheter i hvem som registreres.

I den kommende perioden vil vi nå i større grad ha fokus på å bruke informasjon fra flere kilder for å få et helhetlig bilde av omfang av smitte og trend, og vi vil også bruke modellering for å se de ulike kildene i sammenheng.

Datakildene vi vil bruke mer de nærmeste ukene er:

- Helseundersøkelsene (MoBa, Norflu og andre) og Symptometer,
- Data om konsultasjoner i primærhelsetjenesten og innleggelser av og med covid-19,
- i tillegg til tall i MSIS, SYSVAK og Beredt-C19..

Framover vil grundige trendanalyser basert på kildene nevnt over presenteres i ukesrapporten, mens daglige tall på bl.a innleggelser og konsultasjoner i primærhelsetjenesten vil presenteres i dagsrapport, på nettsider og på sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten.

Kommunenes behov for styringsindikatorer og Kommunelegehåndboka må også oppdateres og ses i sammenheng som støtte til kommunenes arbeid og situasjonsvurdering.

Vi vil i februar også igangsette styrket landsdekkende virusovervåking for flere luftveisagens i primærhelsetjenesten, noe som vil supplere annen generell overvåking og mer målrettet overvåking inn mot spesialisthelsetjenesten. Dette vil ses i sammenheng med internasjonale data på virusvarianter

Det vil de kommende ukene være viktig å følge med på belastning, kapasitet og fravær i helsetjenestene. Dette beskrives av Helsedirektoratet.

### **Forbedring og utvikling av overvåkingen på mellomlang sikt**

#### Analyse og presentasjon

- Det er behov for bedre presentasjonsverktøy for overvåkingen. Anonym statistikk fra flere kilder kan kombineres og visualiseres i dynamiske dashboard-løsninger for bedre situasjonsbilde. Dette bør utvikles også for mer langsiktig bruk i beredskapssituasjoner og andre behov

#### Data inn:

- Symptometer og helseundersøkelsene må styrkes ved å blant annet rekruttere inn nye deltakere for å sikre mer oppdaterte, robuste og representative data. De nye deltakerne bør rekrutteres inn så snart som mulig for Symptometer, og det bør vurderes om hyppigere, ukentlige data fra helseundersøkelsene er mulig.
- 

Endring i testsystem har også store konsekvenser for kunnskapsanalyser og mer langsiktige analyser av effekter av pandemien. Det er behov for å se nærmere på hvilke konsekvenser dette har for

kunnskaps-produksjon fremover, samt hvordan datainnsamling kan sikres for å ivareta kunnskapsbehovet på kort og lang sikt.

### ***Overvåking på lengre sikt***

Flere deler av overvåkingssystemet har blitt styrket under pandemien. Det er identifisert flere områder med store muligheter for forbedring, og det er behov for en helhetlig gjennomgang for å styrke overvåkingen for pandemier basert på erfaringene fra covid-19. Det må utarbeides en strategi for overvåking og kunnskapsbehov på lengre sikt, der covid-19 både ses sammen med styrking av influensaovervåkingen og andre luftveisinfeksjoner, og samtidig belyse behovet for å ha beredskap for oppskalering og forsterket overvåking. Det er også behov for å for å få på plass bedre digitale løsninger for effektiv og sikker innsamling, deling, nyttiggjøring og tilgjengeliggjøring av overvåkingsdata, som beskrevet i strategi for digital beredskap. Dette vil belyses ytterligere i oppdrag 610.

# Bakgrunn

## Formål med overvåkingen

Formålet med overvåkingen er å få en løpende situasjonsforståelse og skaffe kunnskap for å vurdere risiko samt foreslå, følge med på og evaluere tiltak. Behovet for informasjon vil endre seg over tid. I en overgangsfase fra en situasjon med stort behov for å kontrollere smittespredningen i samfunnet på grunn av store konsekvenser av smitte for den enkelte og for samfunnet til en mer endemisk fase må overvåkingen justeres i takt med utviklingen:

- Fra en fullstendig overvåking for å fange opp og følge opp flest mulig smittetilfeller og utbrudd raskt, og implementere smitteverntiltak rundt hvert tilfelle og utbrudd
- Til en overvåking for å følge med på situasjonen og utviklingen og oppdage ev. endringer som tilsier behov for å endre på tiltak/beredskap

Tabellen gir en oversikt over overvåkingsformål i dagens situasjon, og de ulike datakildene som er sentrale. Under tabellen beskrives dette nærmere

Formål	Befolkning	Primærhelse-tjenesten	Sykehusene	Indikator
<b>Beskrive smittesituasjonen og utviklingen</b>				
Følge forekomst og trend	Symptometer Helseundersøkelser (Kohortene)  Integrert sentinel overvåking av luftveivirus	sKUHR MSIS: se på uvaksinerte og alderskohorter VESUV?	Beredt C19: Innlagt pga. covid eller innlagt med covid (påvist v screening)  Intensivert sykehusovervåking av covid-19	Andel med symptomer, andel testet og andel med positiv test
Beskrive sykdomsbyrden, alvorlighet av sykdom			BeredtC19; NoPaR, NIR, NPR	
Beskrive immunitet i befolkningen	Blodbanker Seroprevalens-undersøkelser	Restsera	Restsera	Andel med immunitet fra infeksjon og vaksinasjon
<b>Oppdage, monitorere og risikovurdere virusvarianter</b>				
Raskt oppdage varianter og vurdere smitte-spredningspotensiale og risiko for alvorlig sykdom hos vaksinerte og uvaksinerte	Integrert sentinelovervåking av luftveivirus  Generell løpende nasjonal virologisk overvåking	Repr utvalg prøver til virusovervåking Målrettet løpende virologisk overvåking	Alle innlagte  Intensivert overvåking av sykehusinnlagte	Virusprøver fra generell og målrettet nasjonal virusovervåking.  Prøver fra unormale eller uventede utbrudd
<b>Monitorere vaksinasjon og vaksineeffekt</b>				
Vaksineeffekt mot smitte	Bruk av helseundersøkelser (kohortene) og Symptometer i BeredtC19 Vurdere test-negativ design og avgrense til enkelte grupper	MSIS-data, MSIS-lab database og SYSVAK data med befolkningsdata, yrkesdata i Beredt C19	MSIS-data, MSIS-lab database og SYSVAK data med befolkningsdata, sykehusdata,	Vaksine effekt
Vaksineeffekt mot alvorlig sykdom			Innleggelser og vaksinasjonsstatus i Beredt C19 Intensivere sykehusovervåkingen	Vaksine effekt  Virusforekomst blant vaksinerte og ikke vaksinerte innlagte
Beskrive vaksinedekning i ulike grupper	SYSVAK og BeredtC19			Andel vaksinerte

## Beskrive smittesituasjonen og utviklingen

Det har vært flere endringer i testsystem som medfører endringer i antallet som diagnostiseres, bekreftes og registreres i MSIS (se oversikt i ukesrapport). Fra og med 24.01.2022 falt anbefalingen om bekreftende PCR-test bort for personer som regnes som fullvaksinerte og har testet positivt på selvtest. Dette gjelder for personer som har mottatt en tredje vaksinedose, eller som har mottatt to doser koronavaksine og deretter gjennomgått covid-19 i løpet av de siste 3 månedene. Denne gruppen utgjør mer enn 60 % av befolkningen. I tillegg ble anbefaling om jevnlig testing fjernet den 28.1, og den 1.2 ble testplikt for alle ved innreise avviklet.

I tillegg til at PCR-test for SARS-CoV-2 anbefales der et slikt resultat har betydning for diagnostikk, differensialdiagnostikk og behandling, er det fremdeles anbefalt at personer som ikke regnes som fullvaksinerte tar en bekreftende PCR-test ved positiv selvtest slik at det kan bekrefte en immunologisk hendelse til bruk i koronasertifikat mv. Det er derfor sannsynlig at barn og ungdom vil være overrepresentert i registrerte covid-19-tilfeller ("smittetallet") i tiden fremover. Det er også mulig at andre grupper i mindre grad vil ta seg bryet med å bekrefte en positiv selvtest framover.

Dette medfører at det registrerte antall personer med påvist covid-19 ikke lenger vil gjenspeile trend av faktisk smitte i befolkningen slik at smittetrenden blir vanskeligere å vurdere. For modelleringen kan det påvirke de modellene som baseres på testing og MSIS-registreringer

I den kommende perioden vil vi bruke flere kilder for å vurdere utviklinger og trend, og vi vil bl.a også bruke modellering for å se de ulike kildene i sammenheng for bedre vurdering og presentasjon (se vedlegg for eksempler på foreløpige analyser). Dette vil presenteres i ukesrapporten.

Vi fortsatt ha gode daglige tall på bl.a. vaksinasjon, sykehusinnleggelser (med og uten covid-19 som hovedårsak), dødsfall av covid-19). Daglige tall vil fortsatt presenteres i dagsrapport, på nettsider og på sykdomspulsen for kommunehelsetjenesten, med fokus på innleggelsestallene og konsultasjoner i primærhelsetjenesten.

For å vurdere smittetrend vil vi se på følgende

### Testede og meldte tilfeller i enkelte grupper

- følge utviklingen i trend i antall meldte tilfeller i enkelte grupper i befolkningen som fortsatt anbefales testing i helsetjenesten
- bedre beskrive populasjonen som tester seg i helsetjenesten mtp aldersgrupper, vaksinasjonsstatus, risikogrupper, helsearbeidere etc
- følge antall nye covid-19 positive pasienter som legges inn på sykehus for andre årsaker enn covid-19
- Starter opp en styrket integrert nasjonal sentinel-overvåking for en rekke luftveisagens

### Legesøkningsatferd

- Informasjon om konsultasjoner på legekantor og legevakt der diagnose for covid-19 (R991, R992 og R33) er satt gjennom data fra KUHR. Det er usikkert hvor mye og hvordan legesøkning og diagnosekodene vil endres i forhold til den nye teststrategien fra 24.01.22, men det forventes at diagnosekoden Mikrobiologisk/immunologisk prøve vil synke i tiden fremover da denne ofte settes ved PCR test på teststasjoner. Egne framstillinger av de ulike diagnosekodene som gir covid-19 presenteres nå daglig og ukentlig på ulike plattformer.

### Symptomtrykk og covid-smitte

- Gjennom befolkningsundersøkelsene Symptometer og helseundersøkelsene (kohortene) MoBa og NorFlu (se vedlegg) følge smittetrykket i befolkningen gjennom indikatorer for luftveissymptomer, testaktivitet og andel positive deltakere, andel positive blant de testede og andel positive blant de testede med symptomer. For å sikre robusthet i analysene bør systemene forsterkes for å sikre god geografisk og aldersmessig representasjon ved å invitere flere deltagere og forenkle innrapportering. Det kan også være aktuelt å gjennomføre prevalensundersøkelser i Symptometer for bedre data på smittetrykket i befolkningen over tid.
- Data presenteres ukentlig i ukerapporten.

### **Alvorlighet av epidemien**

- Alvorlighet av epidemien presenteres ved daglige og ukentlige data for antall nye sykehusinnleggelser med covid-19 som hovedårsak, antall nye intensivinnleggelser og antall covid-19 assosierte dødsfall. Det forventes ikke at det vil bli en endring i testing for covid-19 blant sykehusinnlagte. Det er imidlertid usikkert om testing ved bruk av antigen hurtigtester på sykehjem vil føre til at færre tilfeller blir meldt til MSIS og dermed påvirke antall covid-19 assosierte dødsfall.
- Den intensiverte overvåkingen av sykehusinnlagte er i gang. Luftveisprøver fra alle innlagte i Norge skal sendes til referanselaboratoriet ved FHI

### Modellering

#### *Estimering av omfang og trend*

Modellering kan bidra til å estimere omfang og trend i smittesituasjonen, men betydelig bortfall av registrerte PCR-positive tilfeller i mange grupper medfører nå store begrensninger i mulighet for å tilpasse meningsfulle matematiske modeller. Modellene blir aldri bedre enn dataene de tilpasses til. Det er i kombinasjon med gode overvåkingsdata at avanserte analyser kan bidra mest til forståelsen av pandemiutviklingen.

Hvor mange som blir smittet i Norge er vanskelig å anslå siden test-system og dermed MSIS tall endres som beskrevet over. Man kan regne seg tilbake fra antall innleggelser eller dødsfall til antall smittede, men dette krever gode tall på sannsynlighet for innleggelse eller død etter bekreftet smitte. Det er i hovedsak data for omikron-varianten, før bortfall av PCR-testing i mange grupper, som er et mulig grunnlag for dette, og det er derfor avgrenset til et kort vindu rundt de første ukene av januar 2022. Antall dødsfall er antagelig for lave til å være av nytte, så tilbakeregning vil måtte baseres på sykehusinnleggelser. Dette vil trolig kunne gi et grovt inntrykk av smittetall i grupper av alder, vaksinestatus etc., men vil ha en åpenbar svakhet med at de ikke kan bekreftes annet enn i grupper hvor det fortsatt er god dekning med PCR-testing.

En mulighet for å lage mer robuste trendestimer er å sette sammen trender fra flere forskjellige datakilder. Dette kan gjøres siden en trend (eller et reproduksjonstall) er et relativt mål, og derfor ikke avhengig av at datakildene er kalibrert på samme måte. Så lenge forholdet mellom indikatoren man bruker til hvor mange som faktisk smittes holder seg konstant over tid kan man estimere trend selv om man ikke har gode tall på total insidens. For å se trendestimer fra flere datakilder i sammenheng har vi estimert trend fra insidens av bekreftede tilfeller og sykehusinnleggelser og fra prevalensestimater basert på symptometer, KUHR-data og fra andelen av totalt antall innleggelser som tester positivt for covid-19, men ikke er lagt inn med covid-19 som hovedårsak. Fra en prevalens

kan vi først regne ut en insidens og deretter beregne en trend. Disse sammenstilte analysene vil publiseres i ukerapportene<sup>1</sup> (se vedlegg)

### *Kortidsframskrivninger*

Kortidsframskrivninger av sykehusinnleggelse har så langt estimert sannsynlighet for innleggelse etter positiv test, forventet tid til innleggelse etc. for å beregne framskrivninger basert på registrerte smittetilfeller fram til dags dato. Grunnet bortfall av bekreftede smittetilfeller i flere grupper blir dette i helhet betydelig vanskeligere. I en overgangsperiode må vi vurdere fortløpende om dette fortsatt er hensiktsmessig. Det vil avhenge av en grad av stabilitet i testregimer som gir tilstrekkelig stabile data på smittetilfeller over tid. En foreløpig løsning er å kun gjøre korttidsframskrivninger for grupper hvor PCR-testing fortsatt utføres som tidligere, men dette vil kun gi et begrenset bilde av situasjonen.

### *Overvåking av virus og virusvarianter*

Ett av formålene med virusovervåkingen er raskt å avdekke om det kommer nye varianter med endring i egenskaper som gjør at risikovurdering og behov for overvåking eller håndtering endres, eller det er behov for oppdaterte vaksiner. Virusovervåkingen følger også nasjonal virusforekomst over tid.

Influenzavirus og SARS-CoV-2 overvåkes gjennom 1) generell representativ overvåking og 2) målrettet overvåking.

Alle de mikrobiologiske laboratoriene i Norge har plikt til å sende et representativt utvalg testpositive prøver til løpende nasjonal overvåking av virusforekomst og variantundersøkelse og funksjonsundersøkelser og for nasjonal biobank. Virus i de fleste mottatte positive prøver helgenomsekvenseres.

Dette er en del av den globale overvåkingen av influensa og covid-19. På grunnlag av slike analyseresultater bestemmes bl.a. sammensetningen av neste sesongs influensavaksine

- <https://www.fhi.no/sv/influenza/influensovervaking/overvakingssystemet-for-influenza/>
- <https://www.fhi.no/nettpub/veileder-for-mikrobiologiske-laboratorieanalyser/agens-a-a/influenzavirus/?term=&h=1>

**Den representative overvåkingen** er delt inn i et sentinel-system som vi kaller for fyrtårnsystemet for influensaovervåking og et utvalg tilfeldige prøver fra de mikrobiologiske laboratoriene.

Gjennom fyrtårnsystemet har referanselaboratoriet ved FHI avtale med en rekke geografisk representative almenpraktiserende leger som hver uke skal sende luftveisprøver på klinisk indikasjon til referanselaboratoriet for analyse for influensavirus og nasjonal overvåking. Sammen med prøven følger en rekke informasjonen om for eksempel symptomer, sykdomsstart og reiseinformasjon.

Dette sentinel-systemet har ikke vært mulig å opprettholde under pandemien fordi kommunale teststasjoner tok over det meste av testingen fra fastlegene. Det arbeides nå med å gjeninnføre slik overvåking, noe som avhenger av at bruken av primærhelsetjenesten og luftveisdiagnostikk normaliseres.

---

<sup>1</sup> <https://www.fhi.no/publ/2020/koronavirus-ukerapporter/>

<sup>2</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing/informasjon-til-mikrobiologiske-laboratorier/>

**Den målrettede overvåkingen** utgjør en mindre del av overvåkingen. I tillegg til et representativt utvalg av prøver innsendt hver uke til referanselaboratoriet ved FHI så skal de mikrobiologiske laboratoriene sende inn virus fra spesielle tilfeller. Dette kan for eksempel være tilfeller med alvorlig influensa/covidsykdom, tilfeller med mistanke om resistens mot antivirale medikamenter (oseltamivir/zanamivir), tilfeller med mistanke om vaksinesvikt, samt ved mistanke om smitte fra dyr (for eksempel svin eller fugl). Spesiell reisehistorikk kan også indikere at virus kan avvike fra dominerende stammer i vårt eget utbrudd.

Innsendingsplikten til de mikrobiologiske laboratoriene av et representativt utvalg av prøver ukentlig og en mer målrettet innsamling av spesielle tilfeller (spesiell klinikk, innreise, vaksinesvikt, spesielle utbrudd osv) er opprettholdt og har vært aktivt gjennom hele pandemien og vil også fortsette å være aktivt til tross for endringer i teststrategi. Denne overvåkingen er geografisk representativ og tidsriktig og gir en god oversikt over andel positive og trender i smitteutviklingen og virus og virusvariantforekomst. Alle innkomne prøver helgenomsekvenseres for å kunne karakterisere og dybdeanalysere virusene.

- <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing/informasjon-til-mikrobiologiske-laboratorier/?term=&h=1>

Når ikke alle prøver kan testes lenger er det svært nyttig med et sentinel-overvåkingssystemet for å følge smitte i befolkningen gjennom prøver fra primærhelsetjenesten slik vi har hatt for influensaovervåkingen. Når vi skal gå over til å teste mer på klinisk indikasjon så er det mulig å gjenoppta sentinelovervåkingssystemet også for covid-19. I løpet av februar måned vil referanselaboratoriet ved FHI starte opp et representativt fyrtårnovervåkingssystem for en rekke luftveisagens inkludert influensa og covid-19. Et geografisk representativt utvalg av fyrtårnleger vil på klinisk indikasjon sende prøver inn til utvidet differensial diagnostikk for påvisning av en rekke luftveisagens samtidig som de innsender en rekke informasjon om pasienten. Alle testpositive prøver for influensa og SARS-CoV-2 vil helgenomsekvenseres for nasjonal overvåking av virusvarianter og forekomst av virus.

Fra januar 2022 er kartleggingsundersøkelsen “intensivert overvåking av sykehusinnlagte” initiert av KVP gjennom den nasjonale virusovervåkingen. Alle landets sykehus skal sende luftveisprøver til referanselaboratoriet ved FHI for variantpåvisning og analyse. I tillegg vil tilgjengelig blodprøver analyseres for immunitet. Prøver fra innlagte er del av den generelle og målrettede nasjonale overvåkingen fra tidligere, men kartleggingsundersøkelsen skal bidra til at en høyere andel prøver fra innlagte inngår i overvåkingen.

### Seroprevalensundersøkelser og undersøkelser av cellulær immunitet

For å få bedre oversikt over immuniteten i befolkningen og vurdere hvor mange som kan ha vært smittet uten at det er registrert noe sted (mørketall) vurderes det å gjennomføre jevnlig seroprevalensundersøkelser og å følge utviklingen av cellulær immunitet.

I flere tiår har referanselaboratoriet ved FHI årlig overvåket immuniteten i befolkningen i Norge mot influensa gjennom seroprevalensundersøkelser ved å analysere antistoffer i restsera fra de mikrobiologiske laboratoriene. Dette systemet ble også tatt i bruk til analyser av immunitet mot covid-19 under pandemien. Vi har gjennom pandemien gjort regelmessige antistoffanalyser i slike restsera samlet inn fra de mikrobiologiske laboratoriene i alle deler av landet, der prevalens-estimatene har samsvart godt med øvrige data fra overvåkingen.

Resultat av denne type analyser blir vanskeligere å tolke i en godt vaksinert befolkning, og seroprevalensstudier vil ha mindre nytteverdi i denne fasen av pandemien. Teoretisk skal man kunne skille mellom immunrespons etter vaksine og gjennomgått infeksjon ved at antistoffer mot nukleokapsid-proteinet vil påvises kun hos de som har hatt infeksjon. Erfaringsmessig er det allikevel vanskelig å tolke disse dataene: Nivået av disse antistoffene faller raskere enn vaksineantistoffer, og man vil derfor ikke alltid fange opp infeksjoner som ligger langt tilbake i tid. Videre ser det ut til at antistoff-responser ved infeksjon hos vaksinerte er relativt svake. Det vil også være vanskelig å skille mellom førstegangsinfeksjon og reinfeksjoner.

Det er dermed usikkert hvor stor nytteverdi seroprevalensundersøkelser vil ha i overvåkingen av infeksjonsforekomst i denne fasen av pandemien. Men mer langsiktig, vil en videreføring av systemet der man også undersøker immunitet mot covid-19 i det veletablerte systemet for overvåking av immunitet mot influensa, kunne gi robuste og sammenliknbare data over tid og være et nyttig verktøy til å følge med på befolkningsimmunitet i årene fremover.

For å lage en god vaksinasjonsstrategi er imidlertid estimer av beskyttende immunitet og cellulær immunitet viktig. Dette gjelder både når man skal lage beredskapsplaner for vaksinasjon mot nåværende sirkulerende virusvarianter eller undergrupper av dem, og når man skal lage strategier som også tar hensyn til nye, mer fylogenetisk fjerne virusvarianter.

## Overvåke vaksineeffekt og grunnlag for fremtidig vaksinasjonsstrategi

Gjennombruddsinfeksjoner og vaksineeffekt overvåkes ved:

- Beskrivelse av SARS-CoV-2-infeksjoner, sykehusinnleggelse, innleggelser på intensivavdeling og covid-19 relaterte dødsfall per vaksinestatus sett i lys av tidligere covid-19 infeksjoner og alder
- Estimer av vaksineeffektivitet mot SARS-CoV-2-infeksjoner, sykehusinnleggelse, innleggelser på intensivavdeling og covid-19 relaterte dødsfall sett i forhold til tidsperiode, varianter og bakenforliggende faktorer. Dette gjøres både for hele befolkningen og relevante grupper (som helsepersonell, risikogrupper etc).

Med hyppige endringer i teststrategi, som nå sist der ikke alle tar bekreftende tester som meldes til MSIS, vil data i registrene endres og estimer av vaksineeffektivitet som ser på beskyttelse mot infeksjon være mer usikre. Da vil vaksineeffekt som benytter data relatert til alvorlig sykdom være mere sikre endepunkter i analysene og kanskje også de viktigste. Det vurderes i tillegg om det er nyttig å se på analyser av spesifikke grupper og kohorter. Det vil også være mulig å supplere data om smittede fra MSIS med andre indikatorer for SARS-CoV-2-infeksjoner fra andre kilder, for eksempel sKUH-data og kohortene. Ulike tilnærminger vurderes fortløpende. For både korrigere for bakenforliggende faktorer og identifisering av underpopulasjon vil være avgjørende tilgang til ulike registre, inkludert Folkeregister, NPR, MSIS, sKUH og mer.

Endringen i teststrategi gjør det også vanskelig å skaffe bakgrunnsdata for å planlegge fremtidig vaksinasjonsstrategi. Kunnskap om immunitet som oppnås som resultat av vaksinasjon og som resultat av gjennomgått sykdom er viktig for å planlegge fremtidig vaksinasjonsstrategi. Når testresultater ikke lenger gir et representativt bilde av gjennomgått infeksjon i befolkningen, er det behov for andre metoder for å kunne beskrive beskyttelse i befolkningen mot smitte med SARS-CoV-2, både nåværende og nye varianter.



## Følge vaksinedekning

For å bedre målrette tiltak for å nå ut med tilbud om vaksinasjon er det viktig å ha gode data på vaksinasjonsdekning i ulike grupper i befolkningen; aldersgrupper, geografi, fødeland, helsepersonell, risikogrupper, og grupper som er vanskelig å nå. Dette beskrives ved å bruke SYSVAK-data i Beredt C19 der andre relevante datakilder kan brukes i analysene.

## Oversiktstabell: oversikt over indikatorer, datakilder og presentasjon

Indikator	Beskrivelse	Hypighet	Kilde	Framvisning*
Symptom-trykk og covid-smitte	Andel i befolkning som oppgir luftveissymptomer siste uke og andel av disse som tester positivt for covid-19	Ukentlig	Symptometer Kohortene MoBA og NorFLU	Ukesrapport
Lege-konsultasjoner	Andel legekonsultasjoner for visse relevante syndromer av alle konsultasjoner	Daglig	sKUHR, legenes regningskort)	Ukesrapport Dagsrapport
Smittede	Antall nye bekreftede tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per uke (spesielle aldersgrupper, innlagte med covid e.l)	Daglig (kun en andel)	MSIS	Ukesrapport Dagsrapport
Innleggelser i sykehus og på intensiv	Antall nye innleggelser per dag/uke på grunn av covid-19 (og influensa)	Daglig	NoPar, NIR BeredtC19	Ukesrapport Dagsrapport
Dødsfall	Dødsfall meldt til MSIS eller hvor covid-19 er angitt på dødsattesten. Kun dødsfall med bekreftet prøve i MSIS inkluderes	Daglig	(MSIS) Dødsårsaksregisteret	Ukesrapport
Virusvarianter	Nye virusvarianter av bekymring	Ukentlig	Referanse-laboratoriet	Ukesrapport
Vaksinasjons-dekning	Andel vaksinerte, per aldersgruppe, kjønn, fødeland og yrkesgruppe	Ukentlig og daglig	Sysvak, BeredtC19	Ukesrapport Dagsrapport Alvis

\*det er også igangsatt arbeid med bedre presentasjon på nettsider, i form av dashboard

## Kommunenes behov

Kommunelegen skal overvåke epidemien i kommunen for å ha god situasjonsforståelse, oppdage uheldige trender og oppdage unormale eller uventede utbrudd og utbrudd i helseinstitusjoner. Resultatene er del av grunnlaget for å foreslå smitteverntiltak og gi råd til kommuneledelsen, helsetjenesten og befolkningen om smittevern, jf. smittevernloven § 7-2.

De epidemiologiske indikatorene og vaksinasjonsdekningen for sin kommune kan kommunelegen følge på Sykdomspulsen. I tillegg kommer kommunale systemer, varsler fra kommunens tjenester og helsepersonell og rapportering fra sykehuset. Den erfarne kommunelegen har også nær kontakt med relevante kommunale virksomheter (legevakt, fastleger, sykehjem, helsestasjon mv) for å kunne danne seg et samlet inntrykk av situasjonen.

Indikator	Beskrivelse	Kilde	Framvisning for kommunelegen
Symptomtrykk	Andel av kommunens befolkning som oppgir visse relevante symptomer siste uke	Symptometer	Sykdomspulsen (bare for større kommuner og for fylker)

Sykefravær	Andel kommunalt ansatte som er borte fra jobb på grunn av sykdom	Kommunalt system	Kommunal rapport
Lege-konsultasjoner	Antall legekonsultasjoner per uke i kommunen for visse relevante syndromer samt andel disse utgjør av alle konsultasjoner	KUHR	Sykdomspulsen
Smittede (insidens)	Antall nye bekreftede tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon per uke og andel positive	MSIS	Sykdomspulsen
Selvtester	Forbruk og antall selvmeldte positive (usikker verdi; prøves ut nå)	ReMin, FIKS eller tilsvarende	ReMin, FIKS eller tilsvarende
Dødsfall	Antall nye dødsfall av covid-19 og andre luftveisinfeksjoner per uke	Dødsårsaksregisteret og BeredtC19	Sykdomspulsen
Innleggelse i sykehjem	Antall nye innleggelse per uke på grunn av covid-19 og influensa og antall inneliggende	Sykehjemmene	Kommunalt system
Innleggelse i sykehus	Antall nye innleggelse per dag/uke på grunn av covid-19 og influensa og antall inneliggende	Sykehuset	Sykdomspulsen (bare for fylker), ev. direkte fra sykehuset
Utbrudd i sykehjem og andre sårbare grupper	Forekomst av utbrudd i sykehjem, hjemmetjenesten, rusmiljø, asylmottak, etc.	Varsler fra virksomhetene og helsepersonell	Direkte varsling i kommunen (MSIS-forskriften § 3-4)
Utbrudd i barnehager, skoler og i uvaksinerte grupper	Forekomst av utbrudd i barnehager, skoler og i uvaksinerte grupper	Varsler fra virksomhetene og helsepersonell	Direkte varsling i kommunen (MSIS-forskriften § 3-4)
Vaksinasjons-dekning	Andel vaksinerte, eventuelt per aldersgruppe, kjønn, fødeland og yrkesgruppe	Sysvak	Sykdomspulsen

Flere av indikatorene gir også kunnskap om belastningen på kommunens tjenester som følge av større fravær eller større etterspørsel. Kommunen må imidlertid ha på plass flere andre systemer for å følge belastningen på tjenestene.

Vi vil fortsette å utvikle Sykdomspulsen slik at den gir enda bedre data for kommunelegen. Vi vil også fullstendig revidere Kommunelegehåndboka for å tilpasse den til den nye situasjonen.

Vi arbeider også i prosjektet for digital beredskap med forslag til en fullstendig modernisering av MSIS slik at kommunelegen sikres mer detaljert informasjon om tilfeller av alle meldingspliktige sykdommer. Den gamle ordningen med papirmeldinger til FHI med kopi til kommunelegen fungerer svært dårlig. En ny ordning vil kreve juridiske og tekniske endringer slik at kommunelegen får oppdatert oversikt og nødvendige detaljer.

### Internasjonal overvåking

Som norsk kontaktpunkt for ECDC og WHO bidrar Folkehelseinstituttet med norske data til den internasjonale overvåkingen og tolkning av disse dataene. Vi bidrar også med data til internasjonale databaser for gensekvenser.

Videre er Folkehelseinstituttet kontaktpunkt for EUs varslingsystem EWRS og WHO's varslingsystem under IHR samt ECDCs mange sykdomsnettverk og varsler gjennom disse om hendelser i Norge og mottar varsler om hendelser andre steder. Varslene inngår sammen med annen informasjon i instituttets risikovurderinger.

Folkehelseinstituttet følger den internasjonale situasjonen gjennom ECDC og WHO's rapportering og gjennom rapporteringen fra søsterinstitutter i særlig interessante land, som de nordiske. Vi deltar også i flere nettverksmøter i regi av EU, ECDC og WHO på ulike tema, inkludert overvåking og virologi, der status for smittesituasjonen og aktuelle varianter diskuteres.

### Behov for kunnskap utover den epidemiologiske situasjonen

I oppdraget vises det til FHIs ansvar i smittevernloven, og overvåkingen av den nasjonale epidemiologiske situasjonen på kort sikt er beskrevet over. I tillegg har FHI med hjemmel i Helseberedskapsloven opprettet Beredt C19, hvor kunnskap om sykdomsbyrden, effekter av pandemien og tiltakene mot den på befolkningens helse, helsetjenester og andre konsekvenser på samfunnet, inklusive nyttekostnadsanalyser fremskaffes løpende som støtte i håndteringen av pandemien. Beredt C19 ble opprettet i mars 2020 i tett samarbeid med Helsedirektoratet og har vært sentral i både overvåking og kunnskapsanalyser.

Endring i testsystem vil også ha store konsekvenser for ulike kunnskapsanalyser som gjøres der, og det vil være nødvendig framover å vurdere hvordan kunnskapsbehovet framover kan dekkes ved endringer i testsystemet.

### Overvåking på lengre sikt

I del to av oppdraget er vi bedt om å vurdere overvåkingen på sikt. Dette vil vi komme tilbake til i arbeidet med strategi i oppdrag 610.

### Merknad

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

## Vedlegg

### Fra UTKAST til ukesrapport

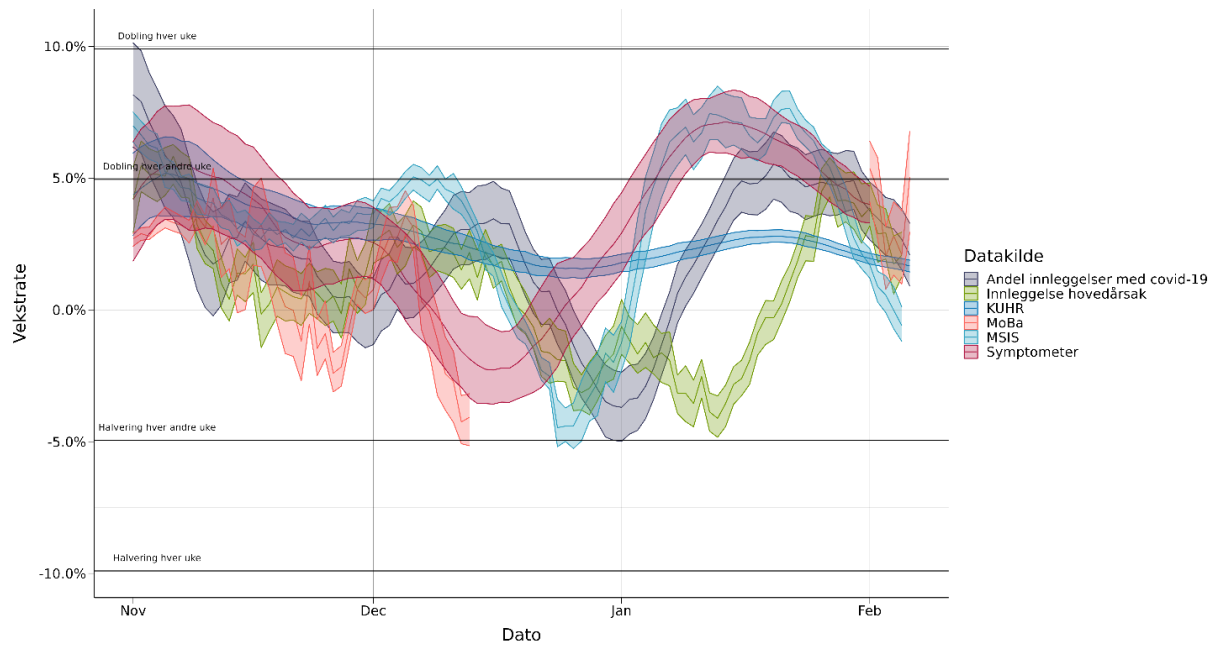
#### Trendanalyse fra flere datakilder

På grunn av store endringer i testanbefalinger og dermed hvem og hvor mange som meldes til MSIS presenterer vi her trend-beregninger fra en rekke kilder til overvåknings data. Sett i sammenheng kan dette gi en pekepinn på trenden av nye smittede. Disse kildene inkluderer:

- **MSIS** – En trend beregnet fra antall bekreftet positive tilfeller. Her forventer vi at endringene i testkriterier de siste ukene vil føre til at vi ser en lavere trend enn for antall smittede
- **NoPaR: Innleggelser med covid-19 som hovedårsak** - Vi bergegner en trend fra daglig antall innleggelser med covid-19 som hovedårsak. Det tar normalt lengre tid fra smitte til innleggelse enn til testing slik at endringer i trend vil ta lengre tid å fange opp med denne indikatoren. Den store forskjellen i alvorlighet mellom delta og omikron gjør også denne indikatoren mer vanskelig å tolke i overgangsfasen mellom de to variantene
- **Symptometer** – Fra symptometerundersøkelsen beregner vi andelen av dem som svarer som har symptomer og tester positivt på covid-19. Dette gir et mål på prevalensen av smitte i samfunnet. Etter en omregning til insidens kan dette også gi et estimat av en trend for nye smittede
- **sKUHR** – Vi bruker utviklingen av antall konsultasjoner med bekreftet covid-19 (R992) hos fastlege og legevakt og korrigerer for lavere antall konsultasjoner rapportert i de siste 14 dagene. Dette omregnes for å gi et mål på insidensen av smitte som vi kan bruke til å beregne en trend
- **MoBa** – Deltagerene i MoBa får tilsendt mobilskjema hver annen uke, med bl.a. spørsmål om de har vært “syk med luftveissymptomer/feber siste 14dg”, og hvor mange dager siden symptomene startet. Det sendes en purring i løpet av 14-dagersperioden. Dette gjør det mulig å beregne en omtrentlig 14-dagers insidens av symptomstart, som så brukes til å estimere en trend i smitte. Typisk antall respondenter er ca 60-75.000 hver runde, hvor mange deltakere svarer i de aller fleste rundene. Tekniske problemer med utsendelse har gitt en åpning i data rundt årsskiftet 2021-22.
- **NPR og NoPaR: Andel innleggelser med covid-19** – Vi bruker andelen av alle akutte innleggelser som har covid-19, men ikke som hovedårsak som et mål på prevalens av smitte i samfunnet siden mange som blir innlagt screenes. Dette regnes så om til en insidens og brukes for å beregne en trend.

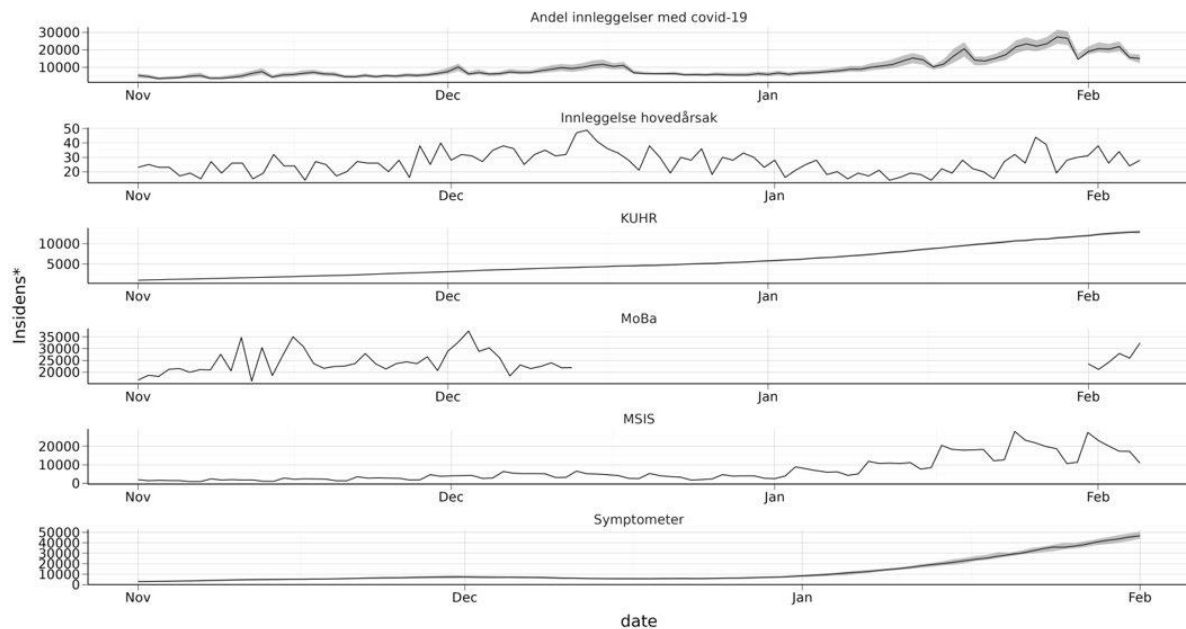
I Figur 1 viser vi trendberegninger, vekstrate, for alle disse datakildene samlet. Her vises et 14-dagers gjennomsnitt av vekstraten. Det er viktig at dette tolkes med varsomhet siden alle datakildene har svakheter og styrker. Vekstraten forteller oss hvor mye antall nye smittede øker per dag i gjennomsnitt. Figuren indikerer også hvilken doblingstid eller halveringstid dette korresponderer til. Når vekstraten er positiv vokser epidemien og når den er negativ synker epidemien. **Toppen på en smittekurve vil derfor være når vekstraten er 0.** De ulike kildene har også ulik forsinkelse fra smitte til når de blir inkludert i de ulike datakildene. Analysene er preliminære og vil bli oppdatert.

Trendanalysen fra alle datakildene viser en raskt voksende epidemi i januar med en doblingstid ned mot 8 dager. De fleste datakildene indikerer at trenden fortsatt er positiv, men at den har sunket de siste to ukene. Dette indikerer at antall nye smittede for en uke siden fortsatt var stigende, men at veksten har avtatt. Det er fortsatt stor usikkerhet rundt dette, siden ingen av datakildene er uten svakheter. Trenden estimert fra de ulike datakildene gir i hovedsak et ganske likt bilde av situasjonen, men det er også forskjeller.



**Figur 1.** Estimert vekstrate for nye smittede fra ulike datakilder. En positiv vekstrate indikerer en voksende epidemi og en negativ vekstrate en synkende epidemi. Alle datakildene har styrker og svakheter og må tolkes med varsomhet 20. November 2021–8. februar 2022. Kilde: BeredtC19, MSIS, NoPaR, NPR, sKHUR, Symptometer og Folkehelseinstituttet.

Sammenstilling av data fra ulike kilder (under arbeid)



Anbefalinger fra WHO og ECDC

End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: revised interim guidance

[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Integrated\\_sentinel\\_surveillance-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Integrated_sentinel_surveillance-2022.1)

COVID-19 surveillance guidance Transition from COVID-19 emergency surveillance to routine surveillance of respiratory pathogens

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-surveillance-guidance.pdf>

## Kartlegging til Helsedirektoratet - Situasjonsbilde

Rapporteringsfristen er ute. Neste rapportering (uke 40) starter om 12 timer og 25 minutter

Rapporteringen skal gi kommunene, Statsforvaltere og Helsedirektoratet oversikt over smitten. Vi må ha felles forståelse av hva som menes med svaralternativene "god-utfordrende-kritisk"

### Mål med rapporteringen under covid-19 pandemien er;

- At kommunene holder oversikt over det lokale og regionale samlede infeksjon- og risikobilde, sine kapasiteter av personell, tjenester og utstyr / materiell, og har beredskap og tiltak slik at smitten ikke gir befolkningen en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaster helsetjenestene.
- Rapporteringen bør skje i dialog mellom kommunens ledelse og kommunelege, og være en god "egenberedskap prosess" for kommunen
- Å gi statsforvaltere, Helsedirektoratet, FHI og HOD informasjon om kommunenes situasjonsbilde, risikonivå, kapasiteter av tjenester, personell- og materiell, oversikt over iverksatte tiltak og over kommunenes beredskap for nye utbrudd / virusvarianter

### Bruk av svaralternativene god, utfordrende og kritisk, og bruk av fritekstfeltet

Kommunene og Helsedirektoratet må ha felles forståelse av svaralternativene. Se begrepsomtalene, og kryss av for det alternativ som best beskriver situasjonene i kommunen av;

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

Merknadsfeltene benyttes når det er svart "utfordrende eller kritisk" for redegjørelse av omtalte situasjon, og for informasjon om tiltak som iverksettes for utbedre situasjonen

Kommunens rapporter **27**



## Kartlegging til Helsedirektoratet - Kommunens situasjonsbilde

Rapportering til: mandag 31. januar 2022 kl. 12.00

**Rapportering på kap. 4, beredskap er unntatt offentlighet etter Offentlighetsloven §21**

Oppdatert: Aldri

Lagre rapport

### 1. Helhetlig situasjonsbilde



## 1 Helhetlig situasjonsbilde

Rapportering på smittesituasjon, kapasiteter av personell og tjenester, vaksinerings, testing og smittesporing (TISK)

### Antall smittede i kommunen per 100.000 innbyggere siste 14 dager

Kommunen bes angi antall smittede i kommunen per. 100.000 innbyggere siste 14 dager.

- \* Svar
- 0-399
  - 400-799
  - 800-1199
  - 1200-1999
  - 2000 og høyere

Merknad

Kommunen bes angi i hvilke grupper det er smitte; Barnehagebarn 0-6 år, barneskolebarn 7-12, ungdoms- og videregående skolebarn 13-18 år, studenter, fullvaksinerte, sårbare pasientgrupper og om det er utbrudd i institusjoner

### Antall inneliggende personer i kommunale helseinstitusjoner med covid-19 forrige uke

Angi totale antall innlagte pasienter med covid-19 i kommunale helseinstitusjoner

\* Svar

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Dersom kommunens kapasitet trues, beskriv aldersfordeling og hvilke grupper personer de innlagte er.

### Hvordan er kommunens tilgang til personell og kritisk kompetanse?

Svaret utfordrende benyttes når det er krevende å opprettholde personell kapasiteter, forsvarlige tjenestetilbud og TISK. Svaret kritisk benyttes når personell, tjenester eller TISK er overbelastet, og det er overhengende fare for svikt og tap av kontroll.

- \* Svar
- God
  - Utfordrende
  - Kritisk

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Ved svar utfordrende, angi om kommunen omdisponerer personell, bruker vikarer eller ber nabokommuner om hjelp. Ved svar kritisk, angi om kommunene har kontaktet statsforvalter, Nasjonalt helsepersonell / innsatspersonell eller andre instanser for

### Hvordan er helsehjelpkapasitet hos fastleger?

Kapasiteter kan utfordres ved nye covid-19 smittebølger og samtidig influensaepidemi mm.

- \* Svar
- God
  - Utfordrende
  - Kritisk

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)



Merknad

Angi hva som er utfordrende eller kritisk

**Hvordan er helsehjelpkapasitet hos legevakten?**

Kapasiteter kan utfordres ved nye covid-19 smittebølger og samtidig influensaepidemi mm.

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Angi hva som er utfordrende eller kritisk

**Hvordan er tjenestekapasiteter i helsestasjon?**

Tjenestetilbudene til barn og unge skal opprettholdes under pandemien.

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

Merknad

Angi hva som er utfordrende eller kritisk

**Hvordan er tjenestekapasiteter i skolehelsetjenesten?**

Tjenestetilbudene til barn og unge skal opprettholdes under pandemien.

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

Merknad

Angi hva som er utfordrende eller kritisk

**Hvis redusert kapasitet i helsestasjons- eller skolehelsetjenesten, hva er årsaker til dette?**

Kryss av for viktigste årsak

\* Svar

- Kapasitet er normal**  
 **Personellfravær pga. egen eller barns sykdom**  
 **Personell er omplassert til covid-19 oppgaver**  
 **Vakante stillinger**  
 **Andre årsaker (evt. spesifiser)**

Merknad

Ved flere årsaker, angi dette her

**Hvordan er kapasitet for mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus?**

Kommunen bes ha løpende dialog med helseforetaket om mottak av utskrivningsklare pasienter slik at nye pasienter kan få plass i sykehusene. Svar god når kommunen tar imot utskrivningsklare pasienter uten ventetid. Svar utfordrende når kommunen har ventetid for å ta imot utskrivningsklare pasienter. Svar kritisk om kommunen ikke har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter.

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Ved svar utfordrende eller kritisk, angi hva kommunen gjør for å ta imot flere utskrivningsklare pasienter

### Hvordan er helsehjelpkapasitet i institusjoner og til hjemmeboende?

Kapasiteter kan utfordres ved nye covid-19 smittebølger og samtidig influensaepidemi mm.

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Dersom det svares utfordrende / kritisk, angi hvilke kapasiteter som er belastet

### Hvordan er kapasiteten i kommunelegefunksjonen til å ivareta kommunens planlegging behov for smittevern- og pandemi beredskap?

Kommunens smittevern- og pandemiberedskap skal bygge på råd fra kommunelegen, og kommunen bør planlegge for tilstrekkelig kapasitet og robusthet i kommunelegefunksjonen.

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Dersom det svares utfordrende / kritisk, angi hva kommunen gjør for å styrke kommunelegefunksjonen slik at kommunens smittevern- og pandemi beredskap blir ivaretatt

### Er det noen helseområder som er spesielt utfordrende eller kritiske?

Kommunene oppfordres til å ha kontinuitetsplaner for personellmangel og sykefravær.

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Svar

Angi hva kommunen gjør med dette

### Hva er status for kommunens ressurser til testing?

Kommunen skal tilby testing etter FHIs faglige råd og retningslinjer om prioritering av tester.

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Angi hva som evt. er utfordrende for kommunen

### Hvordan er kommunens kapasitet for smittesporing?

Kommunen skal smittespore i samsvar med gjeldende strategi og retningslinjer for TISK, se FHI og Hdir. nettsider. Kontaktreduserende tiltak begrenser antall nærkontakter, og letter smittesporingen

\* Svar

- God**  
 **Utfordrende**  
 **Kritisk**

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Gi kommentar om evt. utfordringer ved smittesporingen

--> Status for vaksinasjon (del av situasjonsbilde)



**Er det spesielle utfordringer knyttet til vaksinerings?**[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Svar

Rapportering på utfordringer knyttet til vaksinerings

**Hva er status for vaksinasjon med 3. dose til alle i alderen 18 - 44 år?**

\* Svar

- Tilbudet er igangsatt
- Ca. 50 % er tilbudt vaksinasjon med 3. dose
- Ca. 75 % er tilbudt vaksinasjon med 3. dose
- Nær 100 % er tilbudt vaksinasjon med 3. dose

Merknad

Angi hva som evt. kan være til hjelp for raskere vaksinerings

**--> Lager av tester, smittevernustyr, vaksineustyr og legemidler (del av situasjonsbilde)**

Rapportering på antigen hurtigtester, smittevernustyr, vaksineustyr og legemiddeltilgang

**Hvor mange selvtester har kommunen på lager?**

Dette er tester som er beregnet og godkjent for utdeling til befolkningen med prøvetaking i fremre nese. De er levert i kit på 5 tester i hver pakke fra Roche og Siemens. Noen kommuner har også mottatt kit fra Abbott i andre pakningsstørrelser.

Lager av selvtester ved utgangen av forrige uke (antall tester, ikke forpakninger).

\* Svar

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Kommunen kan gi evt. kommentar

**Hvor mange tester til "profesjonell bruk" har kommunen på lager?**

Dette er tester beregnet for bruk i helsetjenesten, såkalte "profftester" av typene Nasal og Nasopharynx. Disse testene er distribuert i kitt a 25 tester fra Roche, SD Biosensor eller Abbott. Vi ber om et samlet lager på disse typene tester.

Lager av tester ved utgangen av forrige uke (antall tester, ikke forpakninger).

\* Svar

Merknad

Kommunen kan gi evt. kommentar

**Hvordan er kommunens tilgang til smittevernustyr, vaksineustyr og legemidler?**

Tilgangen på smittevernustyr, vaksineustyr og legemidler til kommunens fastleger, hjemmetjeneste, institusjoner og fylkestannlegen, er i dag god. Tilgangen kan imidlertid endre seg ved nye smittebølger eller behov for ny vaksinerings

\* Svar

- God
- Utfordrende
- Kritisk

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Angi hva som måtte mangle. For smittevernustyr, spesifiser om det mangler smittevernfrakker, stellefrakker, åndedrettsvern FFP2 eller FFP3, hanske type nitril / lateks / vinyl, øyebeskyttelse, kirurgisk munnbind eller hodebeskyttelse

## 2. Risikovurdering av foreliggende smitte



### 2 Risikovurdering av foreliggende smitte

#### Hva er risiko for at smitten i løpet av neste 1-3 uker kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten i kommunen / helseforetak?

Kommunen skal iverksette tiltak før smitten blir en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaster kapasiteter i kommunen / regionale helseforetak. Kommunen kan styre etter indikatorer i del 1 av rapporteringen som beskriver kapasitet belastninger på Helseforetak og kommunens helsetjenester, som ant. smittede per 100.000, ant. innlagte i sykehus, ant. innlagte med covid-19 i kommunens institusjoner, kapasiteter hos fastleger / legevakt / hjemmetjenester / institusjoner, sykefravær i kommunen og ant. døde per. uke.

Kommunen og kommunelegen skal følge med på samlede kapasitet belastninger av covid-19, og andre tilleggsbelastninger som RS-virus og influensasykdom, og vurdere hvilken risiko smitten utgjør for å overbelaste helsehjelp kapasiteter i kommunen og helseforetak, og behov for tiltak.

Se FHI kommunelegehåndboka kap. 4 for risikovurderinger. Liten sannsynlighet for økt smitte og få konsekvenser av smitten for innbyggere / tjeneste kapasiteter, betyr lav risiko lik FHI scenario 1. Situasjoner med høy smitte og sannsynlighet for økt smitte, økt sykdomsbyrde og økt belastning eller overbelastning av tjenestene, vurderes som middels eller høy risiko lik FHI for scenarioer 2 og 3.

Kommunen bes svare ved et av følgende alternativer:

\* Svar

- Lav risiko for overbelastning av tjeneste kapasiteter tilsvarende FHI Scenario 1**  
Lavt nivå av innleggelser og smitte, normale tjenester i kommunen og i helseforetak
- Middels risiko for overbelastning av tjeneste kapasiteter tilsvarende FHI Scenario 2**  
Høy smittespredning med økt nivå av innleggelser i sykehus, økt sykefravær, økt belastning på fastleger og legevakt, flere utbrudd i institusjoner og redusert mottak i kommunen av utskrivningsklare pasienter fra sykehus
- Høy risiko for overbelastning av tjeneste kapasiteter tilsvarende FHI Scenario 3**  
Svært høy smitte med svært stort press på tjeneste kapasiteter i kommuner og helseforetak grunnet mange innleggelser, mange samtidig syke, økt alvorlighetsgrad av sykdommen eller redusert vaksineeffekt

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Kommunen kan gi evt. kommentar

## 3. Tiltak



### 3 Tiltak

#### Hvilke tiltak har kommunen for å kontrollere smitten og forhindre at den skal overbelaste helsetjenestene i kommunen/helseforetak?

Kommunen skal på grunnlag av egen risikovurdering og råd fra kommunelegen, vurdere behov for tiltak. I perioder med nasjonale tiltak, skal kommunen vurdere behov for evt. ekstra kommunale eller regionale forskriftsfestede tiltak. Tiltak må iverksettes tidlig nok til å gi effekt på smitten, se Helsedirektoratets brev av 21.12.21 og FHI kommunelegehåndbok kap. 5 for råd om tiltak.

Ulike tiltak er;

- Grunnleggende smitteverntiltak; Testing, isolering, smittesporing og karantene (TISK), vaksinasjon, hånd- og hostehygiene, bruk av munnbind og råd om avstand mm
- Forsterkede smitteverntiltak; Råd om oppskalering av TISK, regelmessig testing av barn og unge, hjemmekontor og målrettede kortvarige kraftige tiltak

- Kontaktreduserende tiltak; Avstandskrav i offentlige rom, ant. begrensninger i private hjem, ant. begrensning for arrangementer og restauranter, skjenkestopp, trafikklysmoell i skolen
- Tiltak for å beskytte sårbare grupper i helseinstitusjoner
- Lokal/regional forskrift hjemlet i smittevernloven
- Nasjonale tiltak fra regjeringen

- \* Svar
- Grunnleggende smittevernråd**  
 **Forsterkede smitteverntiltak – lokale anbefalinger**  
 **Kontaktreduserende tiltak**  
 **Tiltak for å beskytte sårbare grupper i helseinstitusjoner** [Legg til kommentar fra forrige rapport](#)  
 **Lokal forskrift hjemlet i smittevernloven § 4-1** [rapport](#)

Merknad

Dersom kommunen har flere tiltak, angi disse her. Kommuner som har lokal forskrift eller lokale inngripende tiltak, bes informere om forskrift/tiltak innhold, og legge ved lenke til forskriften

### Klarer kommunen å håndtere nåværende pandemisituasjon med egne personellressurser?

Dersom kommunen ikke klarer å utbedre en kritisk personellmangel ved bistand fra nabokommuner, helseforetak eller frivillige organisasjoner, må dette rapporteres til statsforvalter.

- \* Svar
- God**  
 **Utfordrende** [Legg til kommentar fra forrige rapport](#)  
 **Kritisk** [rapport](#)

Merknad

Kommunen bes forklare hvorfor de evt. ikke har kontroll, og hva de gjør med dette

### --> Tiltaksnivå i trafikklysmoellen



Det er anbefalt gult nivå i SFO, skole og barnehager der smittesituasjonen gjør dette nødvendig, og grønt nivå i vgs., men kommunene må gjøre egne vurderinger lokalt. Jevnlig testing er et godt virkemiddel for å begrense smitte, og bør brukes før økt nivå i trafikklysmoellen. Det bes rapportert om tiltaksnivå ved rapportering tidspunkt.

### Hvilket tiltaksnivå i trafikklysmoellen har kommunene for:

#### Barnehager

- \* Svar
- Grønt nivå – med enkelte barnehager på høyere nivå**  
 **Gult nivå – med enkelte barnehager på annet nivå** [Legg til kommentar fra forrige rapport](#)  
 **Rødt nivå – med enkelte barnehager på lavere nivå** [rapport](#)

#### Barneskoler

- \* Svar
- Grønt nivå – med enkelte skoler på høyere nivå**  
 **Gult nivå – med enkelte skoler på annet nivå** [Legg til kommentar fra forrige rapport](#)  
 **Rødt nivå – med enkelte skoler på lavere nivå** [rapport](#)

#### Ungdomsskoler

- \* Svar
- Grønt nivå – med enkelte skoler på høyere nivå**  
 **Gult nivå – med enkelte skoler på annet nivå** [Legg til kommentar fra forrige rapport](#)  
 **Rødt nivå – med enkelte skoler på lavere nivå** [rapport](#)

#### Videregående skoler

- \* Svar
- Grønt nivå – med enkelte skoler på høyere nivå**  
 **Gult nivå – med enkelte skoler på annet nivå**  
 **Rødt nivå – med enkelte skoler på lavere nivå** [Legg til kommentar fra forrige rapport](#)  
 **Har ikke videregående skole** [rapport](#)

## 4. Beredskap for nye virusvarianter mm.



## 4 Beredskap

Rapportering på beredskap er unntatt offentlighet etter Offentlighetsloven §21

**Har kommunen beredskapsplaner og ressursoversikter til å kunne øke helsehjelp kapasiteter og gi innbyggerne nødvendig helsehjelp ved en større smittebølge?**

Helsedirektoratet ba kommunene i brev av 21.12.21 å forberede seg på en større smittebølge ved å organisere robust kriseledelse, planlegge for økte kapasiteter i helsetjenestene, prioritere ressursene, samhandle med nabokommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner om felles ressurser, benytte offentlige ordninger for økt personell støtte, ved behov å anmode statsforvalter om ressursbistand og å forberede for bruk av helseberedskapsloven. Se Hdir. nettsider for oversikt over utsendte brev og Hdir. koronaveileder prioriteringsnotat.

Kommunene har etter Lov om helseberedskap § 2-1 og 2-2 og "ansvarsprinsippet", ansvar for lokale beredskapsforberedelser. Kommunen planla i mai 2020 for økte sengeplasser, kapasiteter og økt oksygenbehandling mm. Det forventes at kommunen har oversikt over personell, eiendom, sengeplasser, oksygen og annet, som kan rekvireres ved en større smittebølge.

\* Svar

- Ja  
 Delvis  
 Nei

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

Kommunen kan gi evt. kommentar

**Har kommunen plan for omdisponering av personell (ansatte, pensjonister, deltidsansatte, frivillige) for rask mobilisering av personell ved en større smittebølge?**

\* Svar

- Ja  
 Delvis  
 Nei

[Legg til kommentar fra forrige rapport](#)

Merknad

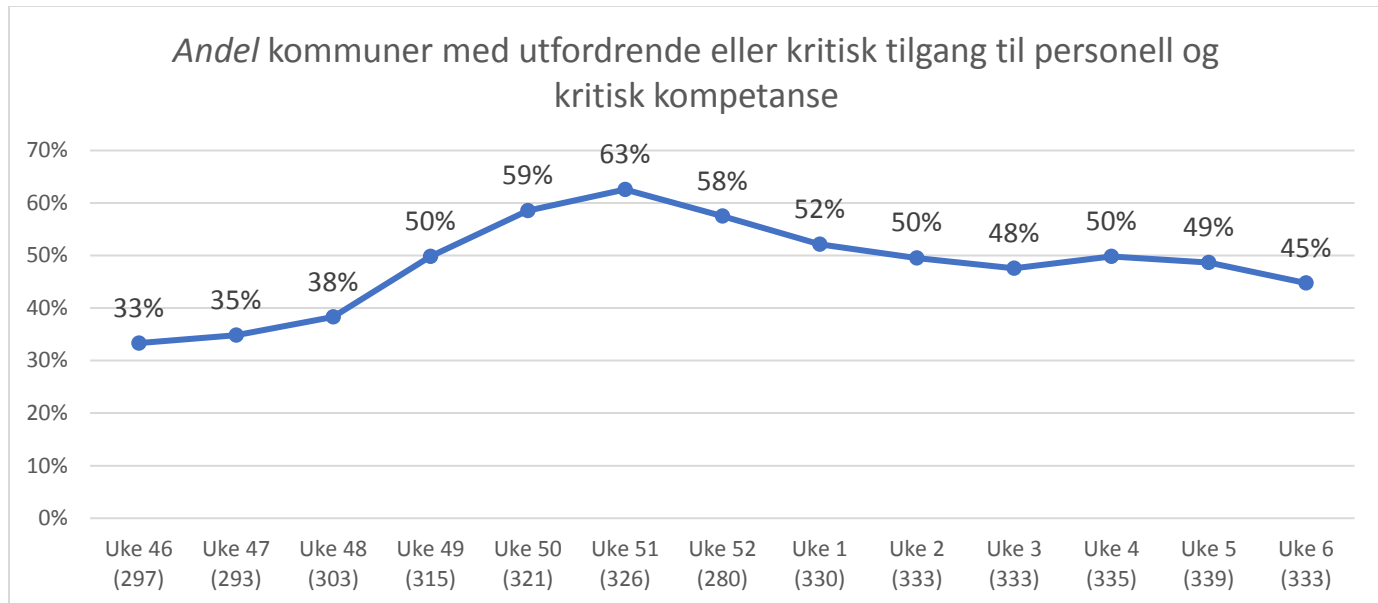
Kommunen kan gi evt. kommentar

Lagre rapport

## Notat: Tall og figurer fra kommunenes rapportering til Statsforvalter 07.02.2022

### 1. Nasjonale tall

I uke 6 er andelen 45 %.



### 1. Antall inneliggende personer i kommunene med covid-19

Uke 46	Uke 47	Uke 48	Uke 49	Uke 50 (322)	Uke 51 (325)	Uke 52 (283)	Uke 1 (330)	Uke 2 (333)	Uke 3 (335)	Uke 4 (333)	Uke 5 (337)	Uke 6 (329)
185	242	217	135	217	204	138	108	226	285	390	468	633

I uke 46 og 49 har ikke Oslo kommune rapportert

### 2. Hvordan er tjenestekapasiteten i helsestasjon?

#### Kapasitet hos helsestasjoner

Uke	God	Utfordrende	Kritisk	Antall svar
Uke 5		268	72	340
Uke 6		260	72	332

### 3. Hvordan er tjenestekapasiteten i skolehelsetjenesten

#### Kapasitet i skolehelsetjenesten

Uke	God	Utfordrende	Kritisk	Antall svar
Uke 5		262	77	340
Uke 6		257	74	332

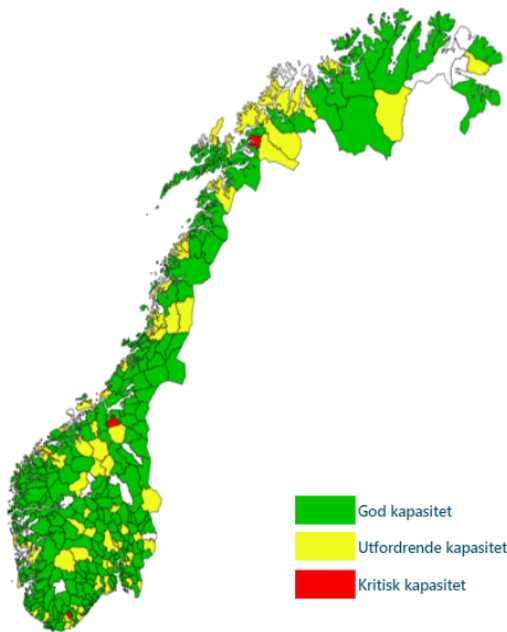
4. Hvis redusert kapasitet i helsestasjons- eller skolehelsetjenesten. Hva er årsaken til dette?

	Uke 5 (328)	Uke 6 (318)
Kapasitet er normal	210	207
Personellfravær pga. egen eller barns sykdom	58	65
Personell er omplassert til covid-19 oppgaver	30	20
Vakante stillinger	14	14
Andre årsaker (evt. spesifiser)	16	12

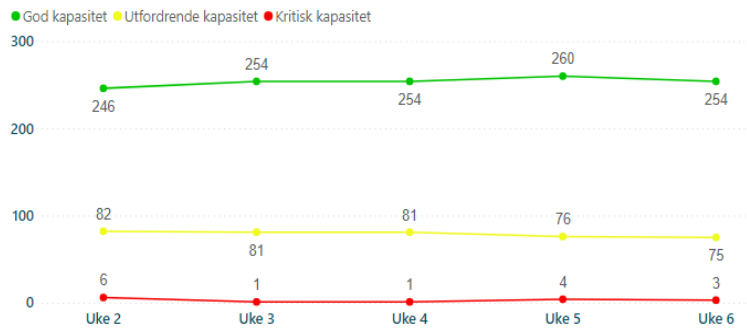


## 5. Kapasitet for mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus

Kapasitet til å motta utskrivningsklare pasienter i Uke 6



Kapasitet til å motta utskrivningsklare pasienter

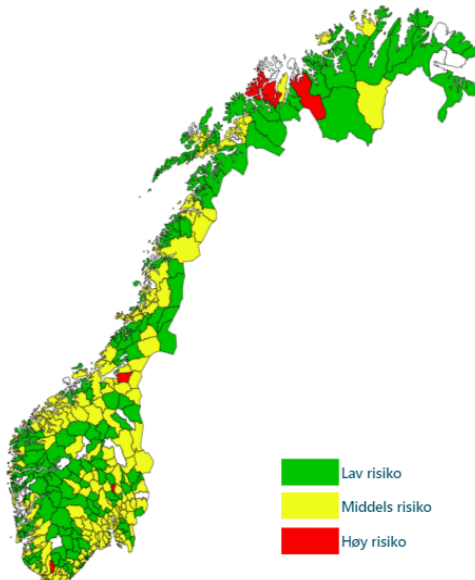


Kapasitet til å motta utskrivningsklare pasienter

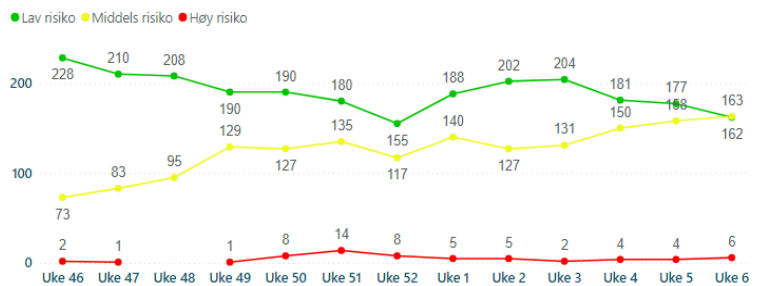
Uke	God	Utfordrende	Kritisk	Antall svar
Uke 6	254	75	3	332
Uke 5	260	76	4	340
Uke 4	254	81	1	336
Uke 3	254	81	1	336
Uke 2	246	82	6	334

## 6. Hva er risiko for at smitten i løpet av neste 1-3 uker kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten i kommunen/helseforetak?

Risiko for at smitten i løpet av de neste 1-3 ukene kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten i Uke 6



Risiko for at smitten i løpet av de neste 1-3 ukene kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten

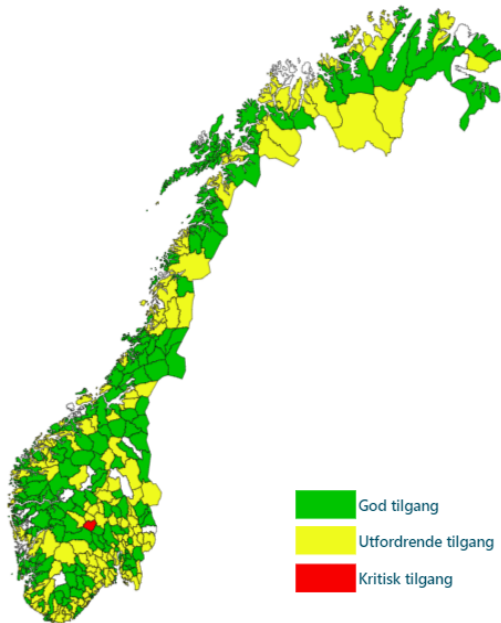


Risiko for at smitten i løpet av de neste 1-3 ukene kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten

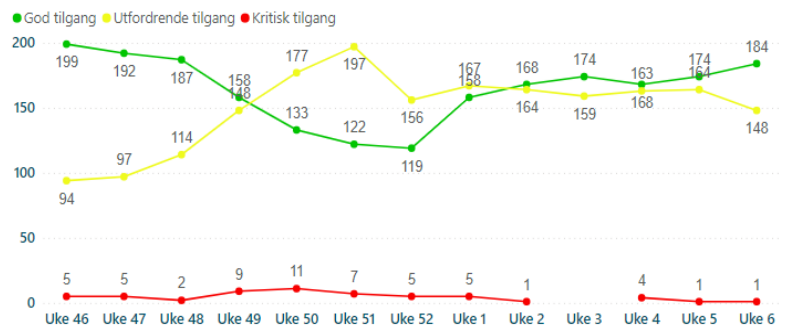
Uke	Lav risiko	Middels risiko	Høy risiko	Antall svar
Uke 6	162	163	6	331
Uke 5	177	158	4	339
Uke 4	181	150	4	335
Uke 3	204	131	2	337
Uke 2	202	127	5	334
Uke 1	188	140	5	333
Uke 52	155	117	8	280
Uke 51	180	135	14	329
Uke 50	190	127	8	325
Uke 49	190	129	1	320

## 7. Tilgang til personell og kritisk kompetanse

Tilgang på personell og kritisk kompetanse i Uke 6



Tilgang til personell og kritisk kompetanse

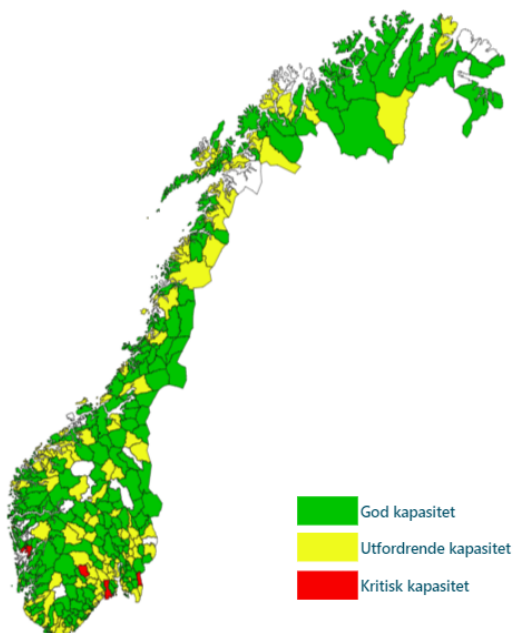


Tilgang til personell og kritisk kompetanse

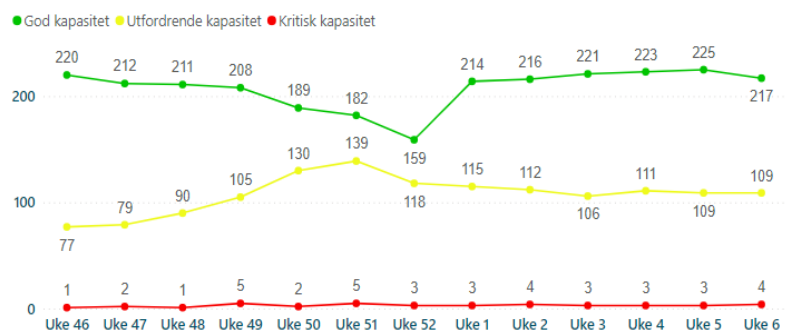
Uke	God tilgang	Utfordrende tilgang	Kritisk tilgang	Antall svar
Uke 6	184	148	1	333
Uke 5	174	164	1	339
Uke 4	168	163	4	335
Uke 3	174	159	1	333
Uke 2	168	164	1	333
Uke 1	158	167	5	330
Uke 52	119	156	5	280
Uke 51	122	197	7	326
Uke 50	133	177	11	321
Uke 49	158	148	9	315
Uke 48	187	114	2	303

## 8. Hvordan er helsehjelpkapasiteten hos fastleger?

Fastlegekapasitet i Uke 6



Fastlegekapasitet

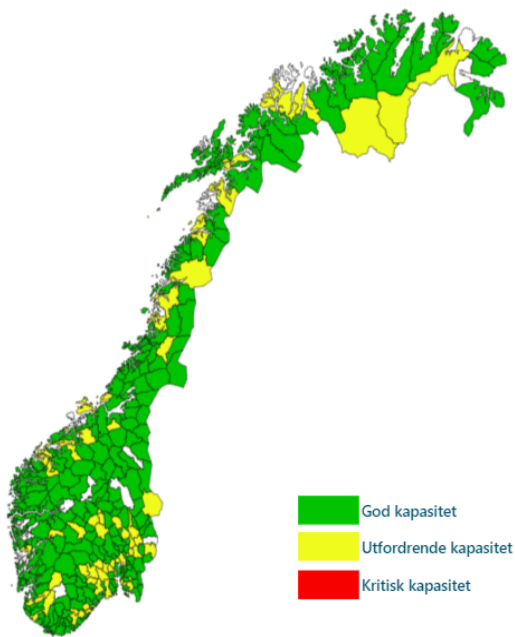


Fastlegekapasitet

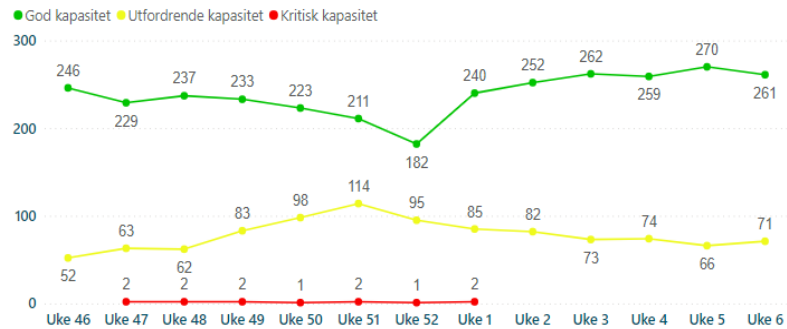
Uke	God	Utfordrende	Kritisk	Antall svar
Uke 6	217	109	4	330
Uke 5	225	109	3	337
Uke 4	223	111	3	337
Uke 3	221	106	3	330
Uke 2	216	112	4	332
Uke 1	214	115	3	332
Uke 52	159	118	3	280
Uke 51	182	139	5	326
Uke 50	189	130	2	321
Uke 49	208	105	5	318
Uke 48	211	90	1	302

## 9. Hvordan er helsekapasiteten hos legevakten

Legevaktskapasitet i Uke 6



Legevaktskapasitet

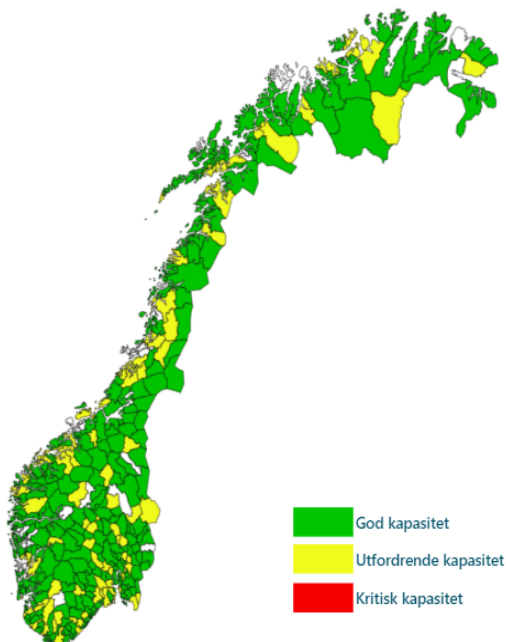


Legevaktskapasitet

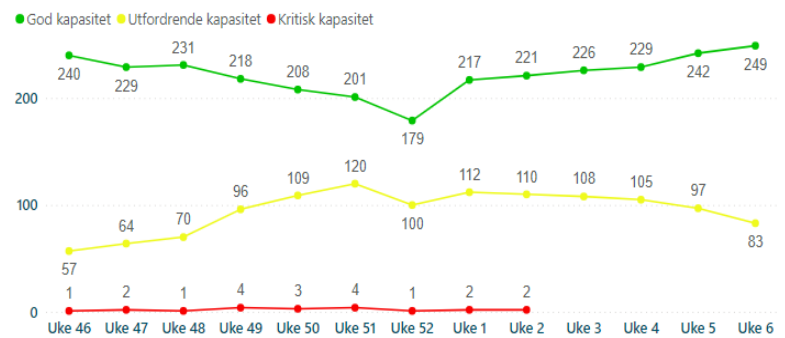
Uke	God	Utfordrende	Kritisk	Antall svar
Uke 6		261	71	332
Uke 5		270	66	336
Uke 4		259	74	333
Uke 3		262	73	335
Uke 2		252	82	334
Uke 1		240	85	327
Uke 52		182	95	278
Uke 51		211	114	327
Uke 50		223	98	322
Uke 49		233	83	318
Uke 48		237	62	301

## 10. Kapasiteten i kommunelegefunksjonen til å ivareta kommunens planleggingsbehov for smittevern- og pandemihåndtering

Kapasitet i kommunelegefunksjonen i Uke 6



Kapasitet i kommunelegefunksjonen

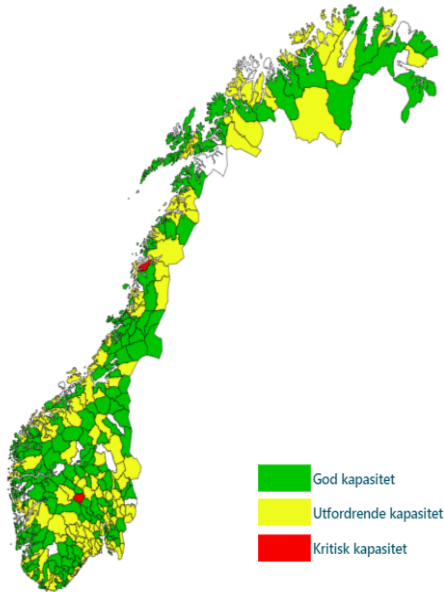


Kapasitet i kommunelegefunksjonen

Uke	God	Utfordrende	Kritisk	Antall svar
Uke 6		249	83	332
Uke 5		242	97	339
Uke 4		229	105	334
Uke 3		226	108	334
Uke 2		221	110	333
Uke 1		217	112	331
Uke 52		179	100	280
Uke 51		201	120	325
Uke 50		208	109	320
Uke 49		218	96	318
Uke 48		231	70	302

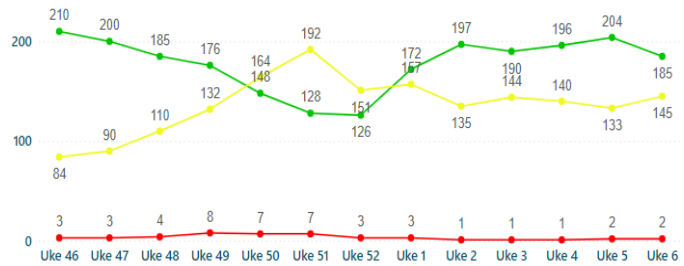
## 11. Hvordan er helsehjelpskapasiteten i institusjon og til hjemmeboende

Kapasitet i institusjoner og hjemmetjenester i Uke 6



Kapasitet i institusjoner og hjemmetjenester

● God kapasitet ● Utfordrende kapasitet ● Kritisk kapasitet

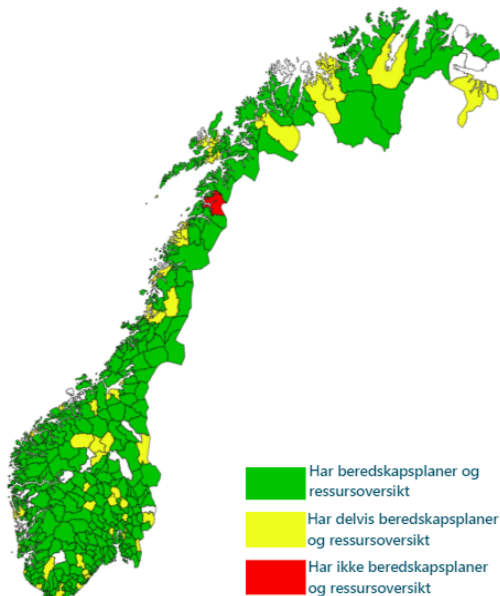


Kapasitet i institusjoner og hjemmetjenester

Uke	God	Utfordrende	Kritisk	Antall svar
Uke 6	185	145	2	332
Uke 5	204	133	2	339
Uke 4	196	140	1	337
Uke 3	190	144	1	335
Uke 2	197	135	1	333
Uke 1	172	157	3	332
Uke 52	126	151	3	280
Uke 51	128	192	7	327
Uke 50	148	164	7	319
Uke 49	176	132	8	316
Uke 48	185	110	4	299

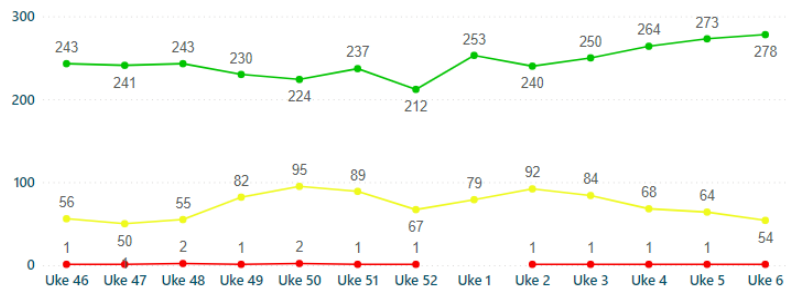
## 12. Kommuner som har rapportert at de har ressursoversikter og beredkapsplaner til å kunne øke helsehjelp kapasiteter og gi innbyggerne nødvendig helsehjelp ved en større smittebølge?

Oversikt over status på kommuners beredkapsplaner og ressursoversikt i Uke 6



Har kommunen beredkapsplaner og ressursoversikt?

● Ja ● Delvis ● Nei

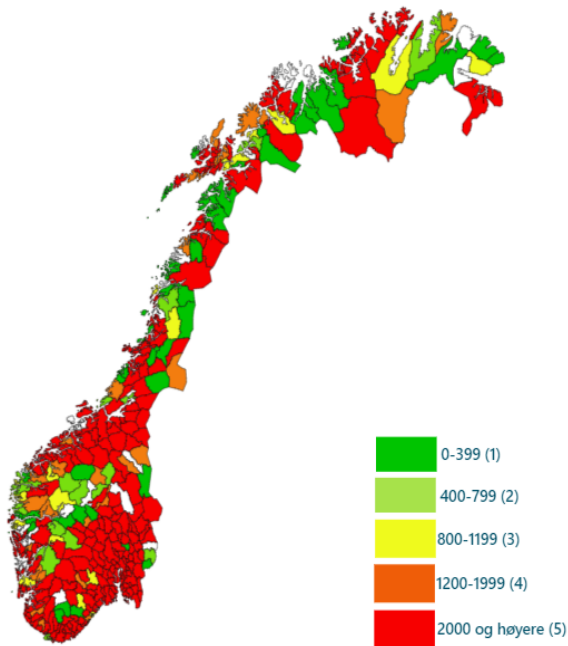


Har kommunen beredkapsplaner og ressursoversikt?

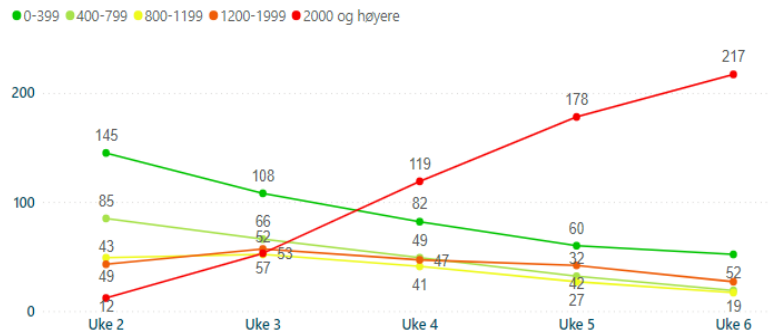
Uke	Ja	Delvis	Nei	Antall svar
Uke 6	278	54	1	333
Uke 5	273	64	1	338
Uke 4	264	68	1	333
Uke 3	250	84	1	335
Uke 2	240	92	1	333
Uke 1	253	79	1	332
Uke 52	212	67	1	280
Uke 51	237	89	1	327
Uke 50	224	95	2	321
Uke 49	230	82	1	313
Uke 48	243	55	2	300

### 13. Antall smittede i kommunen per 100.000 innbyggere siste 14 dager

Smittede per 100.000 innbygger siste 14 dager



Smittede per 100.000 innbygger siste 14 dager

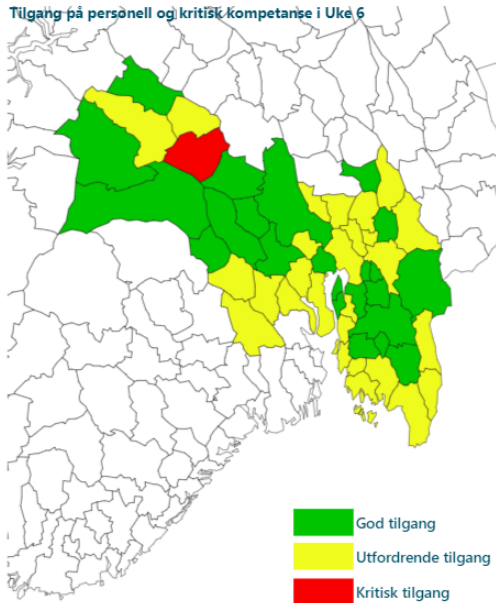


Smittede per 100.000 innbygger siste 14 dager

Uke	0-399	400-799	800-1199	1200-1999	2000 og høyere	Antall svar
Uke 6	52	19	17	27	217	332
Uke 5	60	32	27	42	178	339
Uke 4	82	49	41	47	119	338
Uke 3	108	66	52	57	53	336
Uke 2	145	85	49	43	12	334

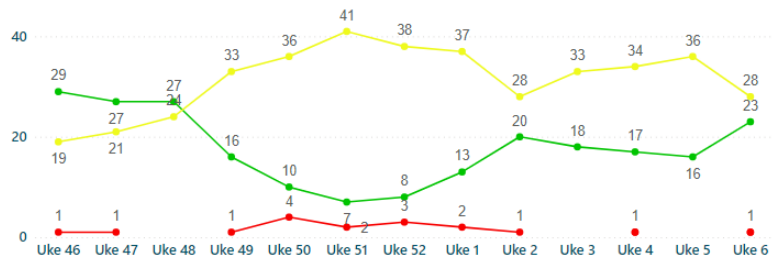
## 2. Tall for Oslo og Viken

### 2.1 Tilgang til personell og kritisk kompetanse



**Tilgang til personell og kritisk kompetanse**

● God tilgang ● Utfordrende tilgang ● Kritisk tilgang

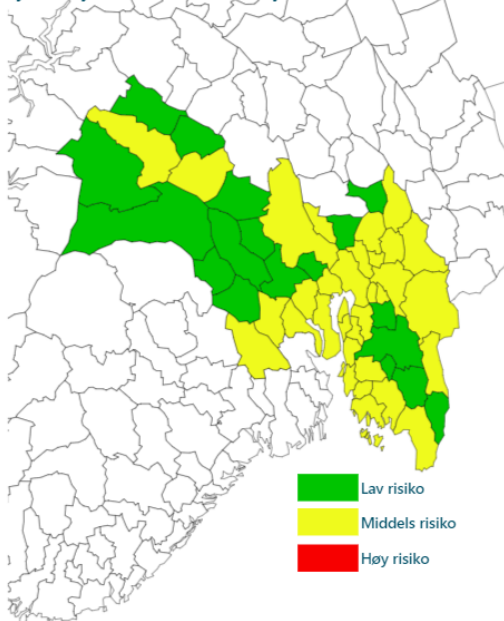


**Tilgang til personell og kritisk kompetanse**

Uke	God tilgang	Utfordrende tilgang	Kritisk tilgang	Antall svar
Uke 6	23	28	1	52
Uke 5	16	36	1	52
Uke 4	17	34	1	52
Uke 3	18	33	1	51
Uke 2	20	28	1	49
Uke 1	13	37	2	52
Uke 52	8	38	3	49
Uke 51	7	41	2	50
Uke 50	10	36	4	50
Uke 49	16	33	1	50
Uke 48	27	24	1	51

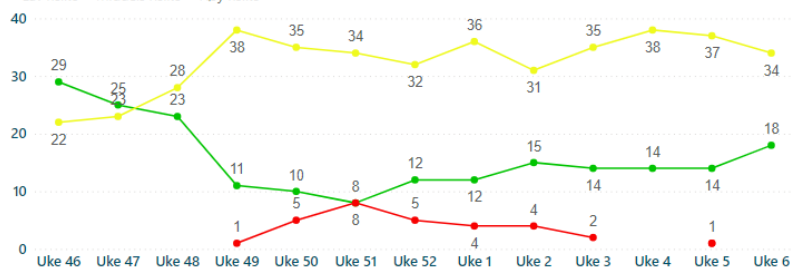
### 2.2 Hva er risiko for at smitten i løpet av neste 1-3 uker kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten i kommunen/helseforetak?

**Risiko for at smitten i løpet av de neste 1-3 ukene kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten i Uke 6**



**Risiko for at smitten i løpet av de neste 1-3 ukene kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten**

● Lav risiko ● Middels risiko ● Høy risiko



**Risiko for at smitten i løpet av de neste 1-3 ukene kan bli en betydelig sykdomsbyrde eller overbelaste helsetjenesten**

Uke	Lav risiko	Middels risiko	Høy risiko	Antall svar
Uke 6	18	34	1	52
Uke 5	14	37	1	52
Uke 4	14	38	1	52
Uke 3	14	35	2	51
Uke 2	15	31	4	50
Uke 1	12	36	4	52
Uke 52	12	32	5	49
Uke 51	8	34	8	50
Uke 50	10	35	5	50
Uke 49	11	38	1	50