

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Krisestab HOD
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 22/5131-6
Saksbehandler: Andreas Skulberg
Dato: 10.02.2022

Svar på covid-19-oppdrag nr. 626 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) - Vurdering av situasjon og tiltaksnivå

Vedlagt finnes svar på dette oppdraget.

Oppsummering:

- Epidemien vil trolig øke enda noen uker før smittetrenden snur.
- HelseDirektoratet er enig med FHI i at spredningsevnen til epidemien nå er så stor at en betydelig bremsing av epidemien vil kreve sterke tiltak over tid.
- Vi har foreløpig ikke sett konsekvensene av gjenåpningen 1. februar og vi har noe mindre oversikt over smitteutviklingen enn tidligere.
- HelseDirektoratet mener at risiko knyttet til sykefravær, overbelastning i helse- og omsorgstjenestene og kritiske samfunnsfunksjoner fortsatt bør tas høyde for når det skal vurderes ytterligere lettelse i tiltak på nåværende tidspunkt.
- Det er viktig at man på arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner legger arbeidsforholdene til rette slik at risikogrupper har nødvendig fleksibilitet.
- Det er fremdeles noe usikkerhet knyttet til omikrons sykdomsfremkallende evne, spesielt hos uvaksinerte og personer med alvorlig svekket immunforsvar.
- Vi har levd med omikron i mindre enn tre måneder. Vi vet at sykdomsforløpet er mildere enn ved tidligere virusvarianter, men vi har ikke sikker kunnskap om senfølger etter omikron.
- Sykehusene har etter direktoratets vurdering kapasitet til å håndtere det antallet samtidige sykehuspasienter som er anslått av Folkehelseinstituttet. HelseDirektoratet vurderer at det er noe usikkerhet knyttet til hvor mange covid-19 pasienter som vil trenge behandling på sykehus, intensiv og respirator fremover.
- Vi må forvente noe økt sykefravær ved ytterligere gjenåpning med noe økt risiko for kritiske samfunnsfunksjoner og tilbud av tjenester til befolkningen på det nivået vi er vant med.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av foreløpig faglig innspill fra Folkehelseinstituttet (FHI) mottatt kl. 00.11 den 8.februar 2022. Endelig underlag ble mottatt fra FHI den 9. februar kl. 16.42, og finnes som eget vedlegg.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
direktør

Heidi Marie Nilsen
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd

Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 626 – Vurdering av situasjon og tiltaksnivå

Oppsummering

- Epidemien vil trolig øke enda noen uker før smittetrenden snur.
- Helsedirektoratet er enig med FHI i at spredningsevnen til epidemien nå er så stor at en betydelig bremsing av epidemien vil kreve sterke tiltak over tid.
- Vi har foreløpig ikke sett konsekvensene av gjenåpningen 1. februar og vi har noe mindre oversikt over smitteutviklingen enn tidligere.
- Helsedirektoratet mener at risiko knyttet til sykefravær, overbelastning i helse- og omsorgstjenestene og kritiske samfunnsfunksjoner fortsatt bør tas høyde for når det skal vurderes ytterligere lettelse i tiltak på nåværende tidspunkt.
- Det er viktig at man på arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner legger arbeidsforholdene til rette slik at risikogrupper har nødvendig fleksibilitet.
- Det er fremdeles noe usikkerhet knyttet til omikrons sykdomsfremkallende evne, spesielt hos uvaksinerte og personer med alvorlig svekket immunforsvar.
- Vi har levd med omikron i mindre enn tre måneder. Vi vet at sykdomsforløpet er mildere enn ved tidligere virusvarianter, men vi har ikke sikker kunnskap om senfølger etter omikron.
- Sykehusene har etter direktoratets vurdering kapasitet til å håndtere det antallet samtidige sykehuspasienter som er anslått av Folkehelseinstituttet. Helsedirektoratet vurderer at det er noe usikkerhet knyttet til hvor mange covid-19 pasienter som vil trenge behandling på sykehus, intensiv og respirator fremover.
- Vi må forvente noe økt sykefravær ved ytterligere gjenåpning med noe økt risiko for kritiske samfunnsfunksjoner og tilbud av tjenester til befolkningen på det nivået vi er vant med.

Svaret på oppdraget er utarbeidet på grunnlag av foreløpig faglig innspill fra Folkehelseinstituttet (FHI) mottatt kl. 00.11 den 8. februar 2022. Endelig underlag ble mottatt fra FHI den 9. februar kl. 16.42, og finnes som eget vedlegg.

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Oppdrag 626 – vurdering av situasjon og tiltaksnivå

Det vises til justeringer i nasjonale smitteverntiltak 1. februar 2022, og tidligere svar på oppdrag 601 knyttet til tabell med forslag til mulige smitteverntiltak på ulike tiltaksnivåer.

Det bes om at Helsedirektoratet i samråd med FHI, med bakgrunn i utviklingen i smittesituasjonen, vurderer om det er smittevernfaglig forsvarlig å oppheve også de siste gjenstående smitteverntiltakene.

Oppdragsbesvarelsen bes sett i sammenheng med andre relevante oppdrag med samme frist, som 617 (vurdering av covid-19 som allmenfarlig sykdom), 618 del B (TISK fremover), 619 (råd og anbefalinger), 620 (overvåkning av covid-19) og 622 (innreisetiltak).

Vi ber om at det utarbeides ev. forskriftsforslag.

Frist: **torsdag 10. februar kl. 12**, eller tidligere dersom situasjonen tilsier det.

Kontaktperson i HOD: Gro Fredheim (gro.fredheim@hod.dep.no)

Vi ber om at kontaktperson i Helsedirektoratet oppgis i svaret.

Kontaktperson i Helsedirektoratet

Andreas Skulberg, andreas.skulberg@helsedir.no.

Bakgrunn

Smittesituasjonen

Smittesituasjonen preges nå av at omikronvarianten av SARS-CoV-2 er mer smittsom enn tidligere varianter.

FHI skriver i sin siste risikovurdering av 9. februar 2022:

"Omikronvarianten gir mindre alvorlig sykdom enn deltavarianten i alle aldersgrupper. Dette kan skyldes lavere iboende virulens, mer utbredt immunitet i befolkningen nå eller begge deler. "

Det pågår fremdeles en debatt internasjonalt om omikrons alvorlighet på ulike utfall. Vaksinasjon gir god beskyttelse mot alvorlig sykdom hos de fleste, men beskytter ikke like godt mot smitte av omikron som av andre virusvarianter. Vaksinasjonsgraden i Norge er høy. Det er fremdeles behov for ekstra oppmerksomhet på grupper som er spesielt utsatt, for eksempel de som har nedsatt immunforsvar eller er uvaksinerte.

Risikovurderingen fra FHI per 9. februar anslår at epidemien vil øke i enda noen uker, eventuelt med noe utflating i vinterferieukene. "Vinterbølgen" av omikronvarianten forventes å smitte anslagsvis 3-4 millioner nordmenn, og det antas at kurven vil snu og nå et lavt nivå i mars måned.

Risikogrupper

Fastleger og personell som jobber i omsorgssektor, både i hjemmebaserte tjenester og sykehjem, er daglig i kontakt med innbyggere og beboere som må regnes til gruppen sårbare for alvorlig forløp med covidsykdom. Små virksomheter med få ansatte er spesielt utsatt. Mange kommuner er sårbare for samtidig sykdom og fravær i tjenestene, for eksempel ved legekontor med 2-3 leger. Statsforvalterne her pekt på dette som en risiko for svikt i kritiske samfunnsfunksjoner lokalt. Det samme gjelder fergesamband og andre kritiske samfunnsfunksjoner utenfor helse- og omsorgstjenestene. Det er også viktig at pasienter som er sårbare for alvorlig sykdom beskyttes i størst mulig grad mot smitte.

Uvaksinerte og personer med svekket immunforsvar vil ha behov for å skjerme seg. Det er viktig at befolkningen fremdeles er oppmerksom på at det er behov for å beskytte sårbare grupper. Vaksinerings vil fortsatt være et viktig tiltak ovenfor disse gruppene.

Sykefravær

Økt sykefravær vil sannsynlig bli en utfordring i de neste ukene. NAV¹ sine ukentlige rapporter om sykefravær viser at halvparten (49 %) av alle nye sykmeldte (27 475/56 054 personer) i uke 5 ble 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). FHI modellerte i slutten av januar ulike scenarier der mellom ca. 5 % til over 15 % av den yrkesaktive befolkningen kan være borte fra jobb på grunn av symptomer og/eller isolasjonstiltak (6 dager) grunnet covid-19 og andre luftveisinfeksjoner frem til 30. mars. I risikovurderingen til FHI fra 9. februar pekes det på at økt sykefravær, i tillegg til økte innleggelses, vil gi belastning i helsetjenestene fremover.

¹ 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 korrigeret bakover i tid ved senere publiseringer. (<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nye-sykmeldte-per-uke>)

Usikkerheter rundt konsekvenser og videre utvikling

Det er viktig at menneskelige og økonomiske belastninger og kostnader blir grundig vurdert. Belastninger og kostnader er knyttet til sykdommen i seg selv, fravær, økte belastninger som følge av andre arbeidstakeres fravær, og familiære forhold. Vi må fremover etterspørre informasjon om:

- omikrons betydning for senfølger etter covid-19 og andre følgetilstander som sannsynlig vil oppstå i en viss andel av befolkningen etter gjennomgått virusinfeksjon
- virusets virulens og hvilken grad av immunitet befolkningen faktisk oppnår ved gjennomgått infeksjon, og om kostnadene og sykkeligheten knyttet til spredning av viruset er forbigående eller om dette vil bli gjentakende og eventuelt kreve endring av strategi

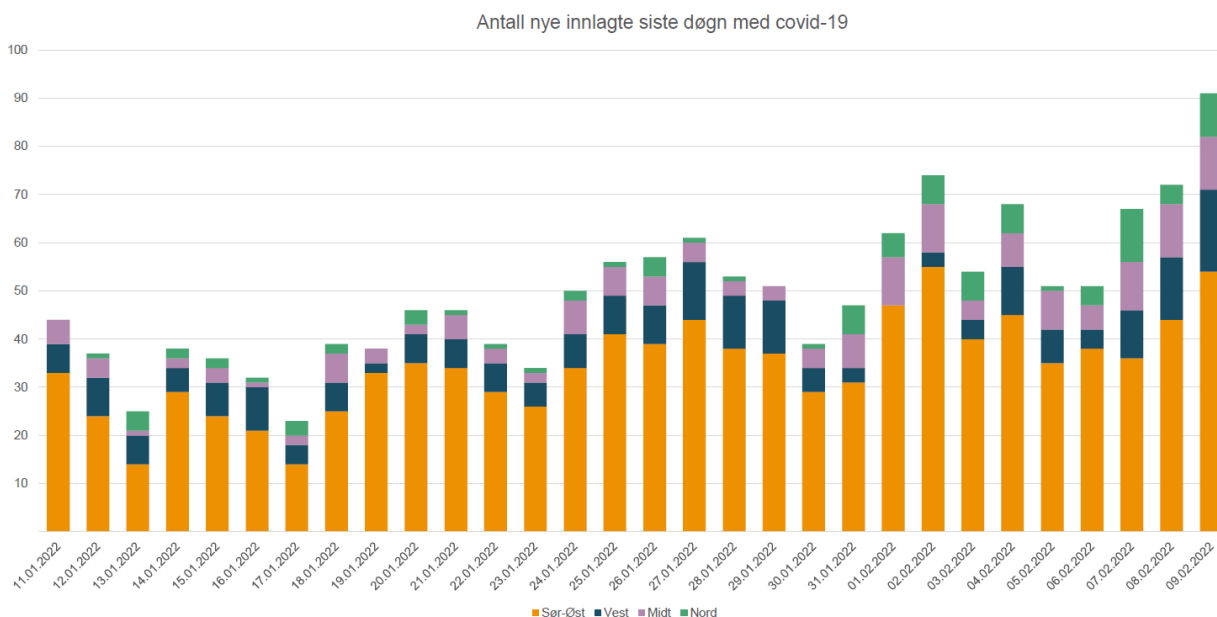
FHI skriver i sin risikovurdering av 9. februar at etter vinterbølgen må vi regne med en ny bølge av denne varianten, trolig til høsten eller vinteren, eller en ny bølge av en helt ny variant allerede i sommerhalvåret. De antar at befolkningens grunnimmunitet sannsynligvis vil beskytte godt mot alvorlig sykdom uavhengig av virusvariant.

Det er stor smittespredning i verden som overgår tidligere smittenivåer. Dette resulterer i en tilsvarende økning i antall mutasjoner og varianter som oppstår løpende. Økende immunisering sammen med fortsatt stor smittespredning, kan legge forholdene til rette for utvikling av og spredning av nye varianter som kan omgå vaksineeffekt. Det er usikkerhet knyttet til varigheten av immunitet mot alvorlig sykdom. Dette må møtes i den videre utviklingen av vaksinasjonsprogrammet.

Statusbeskrivelse fra spesialisthelsetjenesten

Covid-19 pasienter

Per 9. februar 2022 er totalt 326 pasienter registrert innleggende på norske sykehus med covid-19, hvorav 45 på intensiv og 26 med invasiv respiratorbehandling. Sykehusene har nå flere covid-19 innlagte pasienter enn tidligere i 2022, men færre covid-19 pasienter på intensiv og med invasiv respiratorbehandling.² Samlet sett utgjør covid-19 pasienter per 8. februar 2022 rundt 3.3 % av totalt antall pasienter som er inneliggende på norske sykehus og 19.1 % av intensivpasienter.³ Ifølge Helsedirektoratets opplysninger er antall nye covid-19 innlagte pasienter på sykehus økende i alle helseregioner den senere tiden (se kurve under).



² <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/antall-innlagte-pasienter-pa-sykehus-med-pavist-covid-19>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/totalt-antall-pasienter-innlagt-pa-sykehus-og-intensiv>

Belastningen er som tidligere i pandemien ujevnt fordelt på sykehusene og deres intensivavdelinger, slik at nasjonale tall i liten grad gjenspeiler regionale og lokale forhold. Ved enkelte helseforetak er det ledig kapasitet, mens andre sykehus har overbelegg. Hvilke sykehus som til enhver tid har størst belastning varierer over tid.

Andre pasientgrupper

Tilstrømningen av covid-19 pasienter til sykehusene har under hele pandemien påvirket den helsehjelpen helseforetakene har kunnet tilby andre pasientgrupper. Gjennom pandemien har det vært en reduksjon i planlagt aktivitet ved sykehusene, spesielt polikliniske konsultasjoner og elektiv kirurgi. Hovedtendensen er at sykehusene har redusert sin planlagte aktivitet innenfor de fleste fagfelt, men i størst mulig grad har forsøkt å skåne tilbudet til barn og unge, kreftpasienter samt akutt pasienter.

Forsinket innrapportering av slike opplysninger til Norsk pasientregister (NPR) gjør det vanskelig å presentere oppdatert status på området. Situasjonsrapporter fra helseforetakene tilsier at flere sykehus har gjenopptatt planlagt aktivitet de siste ukene, og at det er store regionale og lokale forskjeller i situasjonsbildet.

Situasjonsbeskrivelse fra spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene rapporterer at de inneværende uke har økt beredskap i forhold til en normalsituasjon, hvorav de fleste GRØNN beredskap. Mange av helseforetakene har de siste ukene økt sin planlagte aktivitet, men det fortsatt nedtrekk av planlagt aktivitet ved en del sykehus. Sykehusene beskriver nå en moderat belastning av covid-19, og lavere belastning på intensivavdelingene sammenliknet med tidligere. Sykehusene angir økende covid-19 relatert fravær blant ansatte som stedvis vanskeliggjør driften. Det er generelt god testkapasitet, men stedvis utfordringer med sykefravær blant laboratoriepersonell. Det rapporteres for tiden ingen utfordringer mht. smittevernutstyr, medisinsk forbruksmateriell og medisinsk utstyr (med unntak av perifere venekanyler i ett regionalt foretak) eller legemidler.

Politiske føringer

Regjeringen valgte 1. februar å oppheve de fleste covid-tiltakene. Regjeringen har allerede informert om at de ønsker å lette ytterligere på tiltakene, senest innen 14 dager.

Regjeringens strategi ligger fortsatt til grunn. Målet er å beholde kontrollen på covid-19 pandemien, slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og belastning på kapasiteten i sykehusene og helse- og omsorgstjenestene i kommunene, samtidig som offentlige tjenester kan ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes.

Det er nødvendig å følge med på utviklingen i pandemien i den perioden vi er i nå, og er klar til å justere tiltaksnivået på kort varsel ved behov. Usikkerheten i hvordan pandemien utvikler seg, er drøftet i tidligere relevante oppdragsbesvarelser fra Helsedirektoratet og FHI, og vil også drøftes i denne besvarelsen.

Andre relevante oppdrag

617 om vurdering av covid-19 som allmennfarlig smittsom sykdom

618B om vurdering av bruken av TISK fremover

619 om råd og anbefaling

620 om overvåking av covid-19 (på kort sikt)

Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet

Oppsummeringspunkter og utdrag fra anbefaling fra FHIs endelig underlag til oppdrag 626 mottatt den 9. februar kl. 16.42.

Oppsummering

- Omikronvarianten har betydelig større spredningsevne, men gir mindre andel alvorlig sykdom enn deltavarianten
- Vi regner med at epidemien kan øke enda noen uker, før trenden snur. Viruset vil da også treffe flere eldre, inkludert noen uvaksinerte, og antallet alvorlige tilfeller kan øke
- Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing av epidemien ville ha krevd svært sterke tiltak over tid.
- Med den kunnskapen vi har nå, og slik situasjonen nå ser ut, så mener vi at samfunnet kan gå tilbake til normal hverdag uten særlige smitteverntiltak mot covid-19 uten at det vil gi betydelig økt sykdomsbyrde fra covid-19.
- Vi vurderer at det nå ikke er nødvendig å forsinke smittespredningen i samfunnet med generelle befolkningsrettede tiltak eller krav om avstand og generell bruk av munnbind.
- Det anbefales i hovedsak å gå over til en normal hverdag slik det er beskrevet i 601 og 619
- Symptombasert testing anbefales i en periode på 2-3 uker, med råd om å holde seg hjemme ved positiv test, før overgang til testing på klinisk indikasjon, se oppdrag 618B.
- Grupper med økt risiko for alvorlig forløp bør sikres anbefalt vaksinasjon og gode råd for atferd som reduserer smittefaren gjennom vinterbølgen, råd som også vil være aktuelle på lengre sikt, og som vi har inkludert i oppdrag 619 om normal hverdag. Rådene inkluderer bruk av munnbind i enkelte situasjoner og begrensning av antall kontakter i perioder med høyt smittepress.
- FHI anbefaler unntak fra isolasjonsplikt, dersom denne videreføres, i enkelte sammenhenger i helsetjenesten, samt der det er kritisk for å opprettholde nødvendig drift i kritiske samfunnsfunksjoner, se tilleggsoppdrag til 619.
- Det gis egne råd for spesialisthelsetjenesten i 618B.
- Råd til sykehjem vurderes fortløpende.

FHIs anbefaling

FHI mener det er smittevernfaglig forsvarlig å lette ytterligere på smitteverntiltak nå. Vi anbefaler i hovedsak å gå over til en normal hverdag slik det er beskrevet i oppdrag 601 og 619. FHI anbefaler symptombasert testing for befolkningen i en periode på 2-3 uker, med råd om å holde seg hjemme ved positiv test, før en planlagt overgang til testing på klinisk indikasjon for befolkningen.

Helsedirektoratets vurdering

Generelle vurderinger

FHI skriver i sin risikovurdering av 9. februar 2022:

"Konsekvensene av vinterbølgen for samfunnet er særlig økt belastning på fastlegene, hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og sykehusene, men også på resten av samfunnet ved at mange flere må være borte fra arbeidet på grunn av sykefravær og isolering. For individene er konsekvensene at mange blir smittet tidligere enn de ellers ville blitt."

Helsedirektoratet vil legge til at flere vil bli smittet i løpet av kortere tid og sykefravær og antallet innlagte vil bli høyere samtidig, dersom man ikke har tiltak for å flate ut smittekurven. FHI skriver videre at:

"Det er usikkert hvor langt vinterbølgen er kommet. Epidemien vokser saktere nå enn i januar, men effekten av BA-varianten og fjerningen av de kontaktreducerende tiltakene 1. februar kan gi ny økning. Vi vet ikke når epidemien når toppen og hvor lenge denne bølgen vil vare. Hele landet vil ikke nå bølgetoppen samtidig."

Vi har foreløpig ikke sett konsekvensene av gjenåpningen 1. februar. Det er derfor krevende å gjøre vurderinger av ytterligere letting på tiltak. Det er en fordel for helse- og omsorgstjenesten, og for andre viktige sektorer, at ulike deler av landet når smittetoppen på forskjellig tidspunkt. Det gir mulighet til å flytte ressurser etter behov fra en del av landet til en annen, dersom det skulle oppstå behov for det.

Som nevnt under bakgrunnsavsnittet, vil kostnadene fremover være høye i alle deler av samfunnet. Dette vil særlig gjelde sårbare grupper som ikke lenger vil beskyttes av storsamfunnet på samme måte som tidligere i pandemien. Det er viktig å etablere tiltak som kan gi trygghet for grupper som trenger ekstra beskyttelse. Tiltak kan eksempelvis være at vi forsterker smitteverntiltak rundt personer med økt risiko ved smitte som bruk av munnbind på steder der mange personer oppholder seg samtidig for eksempel i matbutikker, på apotek, på offentlig kommunikasjon og i offentlige rom med trengsel. Ansatte som jobber med sårbare grupper, kan også omfattes av anbefalingene om bruk av munnbind.

Det er viktig å ta hensyn til at belastningen ved smittespredning ikke overgår nytten av å forhindre smittespredning. Det hefter usikkerhet ved at så mange som 3-4 millioner vil kunne gå gjennom covid-19 infeksjon i løpet av 6 til 8 uker i en situasjon der mye fremdeles er uavklart. Usikkerheten gjør det krevende å gjøre faktiske beregninger av kost/nytte ved tiltak både på kort og lang sikt, og hvilken beskyttelse befolkningen bør gis.

Å fjerne tilnærmet alle smitteverntiltak samtidig øker risikoen for negative konsekvenser som svekkelse og mulig sammenbrudd i enkelte kritisk samfunnsfunksjoner grunnet høyt samtidig sykefravær. Helsedirektoratets vurdering er at dette taler for at vi må ha tilstrekkelig epidemiologisk grunnlag for at vi har passert toppen av smittebølgen før vi avvikler alle generelle tiltak. Helsedirektoratet mener det fortsatt noen uker frem i tid og frem til vinterbølgen er nedadgående går over til å anbefale at alle personer med symptomer på covid-19 tester seg. Når smittebølgen har stabilisert seg eller er på vei ned må det vurderes om vi skal gå over til test på klinisk indikasjon. For flere avklaringer rundt anbefalt TISK strategi og ved spørsmål om isolasjon vises til besvarelse på oppdrag 618 B.

Å fjerne tilnærmet alle smitteverntiltak samtidig øker risikoen for negative konsekvenser som svekkelse og mulig sammenbrudd i enkelte kritisk samfunnsfunksjoner grunnet høyt samtidig sykefravær. Helsedirektoratets vurdering er at dette taler for at vi må ha tilstrekkelig epidemiologisk grunnlag for at vi har passert toppen av smittebølgen før vi avvikler alle generelle tiltak. Helsedirektoratet mener det fortsatt noen uker frem i tid og frem til vinterbølgen er nedadgående anbefaler at personer med symptomer tester seg. Etter dette må det vurderes når og om vi kan gå over til test på klinisk indikasjon. Spørsmål om isolasjon vises til besvarelse på oppdrag 618 B.

Det forventes økende antall covid-19 innleggelser på sykehus fremover og at disse i all hovedsak vil være omikrontilfeller. Dette skyldes primært mye smitte i befolkningen, siden omikronvarianten for hvert individ som smittes ser ut til å gi redusert risiko for innleggelse på sykehus og intensivavdeling sammenliknet med andre virusvarianter. Erfaringer med omikron fra andre land tilsier at belastningen kan endre seg innad på sykehusene. Det kan forventes at intensivavdelingene får lavere covid-19 belastning enn ved tidligere pandemibølger, og at barneavdelingene får høyere belastning enn før. Trolig vil en økende andel av covid-19 tilfellene på sykehus ha en annen hovedårsak til sykehusinnleggelse enn covid-19. På grunn av økt smitte i samfunnet bør sykehusene forvente økt covid-19 relatert fravær blant ansatte og regne med økt risiko for smitteutbrudd tilknyttet sykehusene.

Helseforetakene har i utgangspunktet gode kontinuitetsplaner for å håndtere både behov for større kapasitet og sykefravær i den akuttmedisinske kjede. Den kommunale legevaktordningen har vist seg mer sårbar samtidig som halvparten av landets kommuner melder om utfordringer knyttet til tilgangen på personell. Svikt eller reduksjon i legevaktenes evne til å håndtere telefonhenvendelser, foreta sykebesøk og andre øyeblikkelig hjelpfunksjoner, vil etter direktoras vurdering, raskt kunne øke belastningen på helseforetakene, f.eks. henvendelser til nødnummer 113 og forbruk av ambulansetjenester. Reduksjon i kommunenes øyeblikkelig hjelp funksjon, kan derfor medføre økt antall innleggelser i sykehus, uønskede samtidighetskonflikter og lang ventetid ved tidskritiske hendelser.

Belastningen på sykehusene vil avhenge av hvor mange som smittes samtidig og andelen av disse som har behov for behandling på sykehus og intensiv. Med smitteutviklingen som er i samfunnet nå forventes en relativt raskt økende belastning på sykehusene de nærmeste ukene. Trolig vil belastningen på sykehusene være ujevnt fordelt rundt i

landet og størst i og rundt de største byene. Erfaringer fra andre land tilsier at en vil forvente et økende antall innleggelses av barn med covid-19, men at disse i hovedsak vil ha et relativt mildt sykdomsforløp. Det er foreløpig lite kunnskap om utvikling av Multiorgan betennelsessyndrom hos barn (MIS-C) etter gjennomgått omikron sykdom.

Antallet covid-19 pasienter som trenger sykehusbehandling fremover vil kunne påvirkes av tiltak. Risikoen for overbelastning av helsetjenesten vil øke dersom mange tiltak fjernes raskt, dette må veies opp mot andre forhold som tilsier justering av tiltaksnivå.

Vurdering av spesialisthelsetjeneste

Folkehelseinstituttet har i sin rapport Risiko ved covid-19-epidemien i Norge – en oppdatering datert 9. februar 2022 anslått at epidemien i Norge vil øke enda noen uker, eventuelt med noe utflating i vinterferieukene, før denne bølgen snur og når et lavt nivå i slutten av mars. Intstuttet anslår at noen tusen vil trenge sykehusbehandling, men at sykehusene aldri vil ha flere enn tusen samtidig innlagt totalt og heller ikke flere enn hundre pasienter samtidig på respirator. I tillegg kommer pasienter med andre innleggelsesårsaker, men påvist SARS-CoV-2-infeksjon.⁴

Helsedirektoratet vurderer at det er betydelig usikkerhet knyttet til hvor mange covid-19 pasienter som vil trenge behandling på sykehus, intensiv og respirator fremover. Det er nå større usikkerhet enn tidligere i pandemien rundt antall nye covid-19 smittede pga. endringer i teststrategi som medfører at en lavere andel smittede registreres i Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS). Det er også usikkerhet om hvilken betydning den nye virusvarianten omikron BA.2 vil ha for smittespredning, sykdomsutbredelse og påfølgende sykehusbelastning. Direktoratet kan ikke se at Folkehelseinstituttet har laget scenarier og/eller framskrivninger for omikron BA.2, samtidig som virusvarianten øker blant covid-19 smittede i Norge.⁵ Basert på usikkerhetene i estimatene og det høye antallet covid-19 innlagte i land vi kan sammenlikne oss med,⁶ vil direktoratet advare mot å fastslå at det aldri kan bli flere enn 1000 samtidig covid-19 innlagte pasienter på sykehus i Norge.

Helseforetakene har kapasitet til å kunne håndtere det antallet som er anslått av Folkehelseinstituttet over, men det vil innebære omlegging av drift og medføre redusert helsetilbud til andre pasientgrupper. Driften ved sykehusene vanskeligjøres av behov for smitteisolasjon av covid-19 pasienter, dette gjelder både pasienter med og uten covid-19 som hovedårsak til innleggelse. Med økende smitte i befolkningen vil en forvente å se økt covid-19 relatert sykefravær blant ansatte (både pga. egen sykdom og syke barn) og flere smitteutbrudd på sykehus, dette kan bidra til å redusere helsehjelpen sykehusene klarer å tilby ulike pasientgrupper.

Vurdering fra primærhelsetjenesten

Legeforeningen har allerede tatt opp med Helsedirektoratet utfordringen med at fastleger med påvist covid-smitte kan gå tilbake til jobb etter kun 4 dager i isolasjon. Det er manglende kunnskapsgrunnlag for om disse fortsatt er smittsomme og dermed kan smitte både sårbare pasienter og kollegaer. Det siste vil igjen føre til fravær som følge av sykdom og isolasjon. Tilsvarende bekymring er kommet fra hjemmesykepleie og ansatte i sykehjem.

Selv om pålagt isolasjon fjernes, vil mange bli såpass syke av omikron at de faktisk ikke klarer å gå på jobb. Dersom FHIs beregninger om 3-4 millioner smittede i løpet av de neste månedene slår til og man rett etter bølgetoppen skal gå over til testing på klinisk indikasjon slik at svært mye testing skal foregå hos fastlegene, vil dette innebære stor pågang på fastlegetjenesten som allerede i dag er utfordret på kapasitet. Det er viktig at også uvaksinerte og sårbare skal trygt kunne oppsøke og få helsetjenester hos fastlegen. Helsedirektoratet leverte 10.12.21 forslag til Helse- og omsorgsdepartementet om endring i Stønadsforskriften om hvordan fastleger kunne ta kveldstakst ved konsultasjoner ved legekantoret etter klokken 16.00. Dette ble utredet på oppdrag fra HOD med hensikt å

⁴ <https://www.fhi.no/contentassets/c9e459cd7cc24991810a0d28d7803bd0/vedlegg/risikovurdering-2022-02-09.pdf>

⁵ <https://www.fhi.no/contentassets/8a971e7b0a3c4a06bdf381ab52e6157/vedlegg/2022/ukerapport-uke-5-31.01---06.02.22.pdf>

⁶ <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

tilrettelegge for at fastlegeressursene kunne benyttes mer fleksibelt og legevakter kunne avlastes i forbindelse med covid-19-arbeid. Ifølge siste tilbakemelding fra departementet til avdeling helserefusjoner i Helsedirektoratet ble det ikke gjennomslag for forslaget. Dette temaet kan igjen vise seg å bli aktuelt, med tanke på økende smitte i samfunnet, behov for å benytte legeressurser på kveldstid og spesielt dersom det på sikt legges opp til testing på klinisk indikasjon ved symptomer på covid-19. I en slik situasjon er det sannsynlig at det vil bli stor pågang på legetjenestene i kommunene. Et element som kan påvirke pågangen på å få test på klinisk indikasjon er at EUs koronasertifikat gir en gyldighetsperiode på 180 dager ved bekreftelse av covid-19 med PCR-analyse.

Senfølger etter gjennomgått covid-19 infeksjon

Med nåværende kunnskap om seinfølger vil ikke våre overordnede anbefalinger endres. Imidlertid er det viktig å kjenne til usikkerheter og risiko knyttet til seinfølger, og forbereder tilstrekkelig tjenestetilbud og behandlingsskapitet. Se eget vedlegg om dette.

Eventuelle andre råd til befolkningen som bør justeres

I en normal hverdag er det et mål at alle skal kunne leve så normalt som mulig. Likevel vet vi at etter to år med endret atferd, kan det ta litt tid før alle er klare å gå tilbake til hverdagen slik den var før pandemien. I tillegg kan eventuelle senere bølger medføre behov for å skjerme seg for enkelte grupper. Vi har fått erfaring med at det er mulig å tilrettelegge for mer fleksibilitet i arbeid og studier. Disse erfaringene kan det være nyttig å ta med seg videre også etter at vi har gått tilbake til en normal hverdag. Helsedirektoratet foreslå derfor at det både gjennom vinterbølgen og i tiden etterpå gis råd om at man tilrettelegger på arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner slik at risikogrupper har nødvendig fleksibilitet.

Forslag til utforming av råd:

- Det er viktig at man på arbeidsplasser og utdanningsinstitusjoner legger arbeidsforholdene til rette slik at risikogrupper har nødvendig fleksibilitet.

Bruk av munnbind

Vi støtter FHI's anbefalinger om bruk av munnbind, se oppdrag 619. Det bør gjøres en vurdering av hvilke type masker som bør anbefales til personer med høy risiko for alvorlig sykdom.

Vurdering av smittevernloven § 1-5: opprettholdelse av dagens nivå eller normal hverdag med økt beredskap

I følge FHI er to retningsvalg aktuelle i dagens situasjon: å videreføre eller justere et lavt tiltaksnivå, eller å gå over til en normal hverdag. Normal hverdag innebærer, som beskrevet i svar på oppdrag 601, å oppheve de fleste eller alle bestemmelsene i covid-19-forskriften og heller gi råd og anbefalinger til befolkningen (se svar på oppdrag 619, som beskriver råd og anbefalinger).

Smittevernlovens formålsbestemmelse er ment som en rettesnor for tiltak med hjemmel i loven. Lovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å "forbygge dem" og "motvirke at de overføres til befolkningen" jf. § 1-1 første ledd. Smittevernloven gir mulighet til å iverksette tiltak for å forebygge en mulig fremtidig situasjon, og bygger dermed på et føre var-prinsipp.

Adgangen til å fastsette tiltak begrenses samtidig av de grunnleggende kravene som følger av smittevernloven § 1-5. Kravene i § 1-5 innebærer for det første at smitteverntiltak skal være basert på en «klar medisinsk faglig begrunnelse», for det andre være «nødvendig av hensyn til smittevernet» og for det tredje fremstå «tjenlig etter en helhetsvurdering». Formålet med forholdsmessighetsvurderingen er å sikre at tiltakene er rimelige etter en helhetsvurdering. Kravet betyr at etter hvert som det foreligger mer kunnskap om situasjonen og tiltakenes effekt, eller eventuelle utilsiktede konsekvenser, må denne kunnskapen legges til grunn for eventuell justering av tiltakene.

Når det gjelder den medisinskfaglige begrunnelsen for tiltaksnivå skriver FHI blant annet at selv om omikron har betydelig større spredningsevne enn deltavarianten, gir omikronvarianten mindre andel alvorlig sykdom enn deltavarianten. Dette kan tale for at det ikke foreligger en klar medisinskfaglig begrunnelse for å opprettholde lovpålagte smitteverntiltak.

Tiltak må være nødvendig av hensyn til smittevernet. Når tiltaket ikke lenger er nødvendig, skal det straks oppheves eller begrenses. Ved nødvendighetsvurderingen skal det også ses hen til om lovens formål om å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer kan oppnås med mindre inngripende tiltak. Kravet om at smitteverntiltak skal fremstå som tjenlig etter en helhetsvurdering overlapper delvis med nødvendighetskravet, og innebærer at det må foretas en avveining av den helsemessige nytten av tiltaket, i forhold til tiltakets øvrige konsekvenser. Dersom nytten av tiltaket er liten, mens skadevirkningene er store, skal ikke tiltak opprettholdes.

Utgangspunktet er at jo mindre klar den medisinskfaglige begrunnelsen for å opprettholde tiltak er, dess strengere krav stilles til tiltakenes nødvendighet og forholdsmessighet. Når omikronvarianten ikke lenger medfører alvorlig sykdomsforløp hos de fleste i befolkningen, stilles det strengere krav til begrunnelsen for å opprettholde generelle kontakt- og mobilitetsreducerende tiltak.

Nødvendigheten av å eventuelt opprettholde dagens tiltaksnivå av hensyn til smittevernet vil, som FHI skriver, være begrunnet i å forsinke spredningen av covid-19. Det er hovedsakelig tre hensyn som kan begrunne hvorfor dette i så fall er nødvendig og tjenlig: å unngå høy sykdomsbyrde, unngå kapasitetsbrist i helsetjenesten, og redusere risikoen for alvorlig sykdom blant risikogrupper. Sett i lys av føre-var prinsippet i smittevernlovens formålsbestemmelse må det også legges vekt på at det er usikkerhet knyttet til konsekvensene av gjenåpningen 1. februar. Det er også usikkerhet knyttet til konsekvensene av long-covid og negative konsekvenser for den generelle befolkningen som følge av long-covid. Se også vurderingen ovenfor om long-covid.

Når det gjelder hensynet til å unngå kapasitetsbrist i helsetjenesten, vises det til Helsedirektoratets vurdering ovenfor.

Om nødvendigheten og tjenligheten av å forsinke spredningen av covid-19 skriver FHI blant annet:

FHI vurderer at det ikke er nødvendig å forsinke smittespredningen i samfunnet med generelle befolkningsrettede tiltak som å holde avstand og bruke munnbind. Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing ville ha krevd svært sterke tiltak over tid. Ettersom risiko for alvorlig forløp er lav ville det koste svært mye i form av tiltak og tiltaksbyrde å forebygge de relativt få innleggelsene som kommer med omikron sammenliknet med delta.

Ved vurderingen av egnet tiltaksnivå, eventuelt normal hverdag, skal det legges vekt på om mindre inngripende tiltak kan ivareta formålet om å redusere smitte i befolkningen. Foruten reglene knyttet til innreise, er de forskriftsbestemmelsene som gjenstår i dagens covid-19 forskrift isolasjonsplikt ved bekreftet smitte, krav til smittevern faglig forsvarlig drift på serveringssteder, arrangementer, barnehager og opplæringsinstitusjoner, og andre virksomheter. Kravet til smittevern faglig forsvarlig drift innebærer at det skal tilrettelegges for en meters avstand. I tillegg er det en bestemmelse om bruk av munnbind ved flere anledninger der det ikke kan holdes en meters avstand.

Flere av tiltakene som per i dag følger av covid-19 forskriften kan ivaretas gjennom råd og anbefalinger. Det vises til svar på oppdrag 619. Disse rådene og anbefalingene kan bidra til å redusere smittespredning, herunder råd om å holde seg hjemme når man er syk. Det vises til vurderingene i svar på oppdrag 618B og 619.

Når det gjelder kravene til smittevern faglig forsvarlig drift i covid-19-forskriften (se §§ 13c, 14, 14a og 14b), vil det, dersom disse bestemmelsene oppheves, fortsatt gjelde et krav til smittevern faglig forsvarlig drift av virksomheter etter forskrift om miljørettet helsevern (FOR-2003-04-25-486). Det følger av forskriftens § 10 f, som gjelder for alle virksomheter, at "virksomheten skal planlegges, drives og avvikles slik at smittsomme sykdommer forebygges." Det

innebærer blant annet generelle krav til rengjøring, men ikke krav til avstand/reducere tilbudet basert på antall personer til stede. Sistnevnte krav bidrar til å redusere smitte. Samtidig må det ved vurderingen av tjenlighet av å eventuelt opprettholde covid-19 forskriftens krav, vektlegges at kravene til avstand/reduksjon i tilbud basert på antall tilstedeværende har negative konsekvenser for arrangører og virksomheter. Pålegget stiller store krav til planlegging, og medfører ofte en reduksjon i normal drift som har betydning for inntekt og gjennomføring.

Myndighetene har en positiv forpliktelse til å beskytte befolkningens rett til liv. Hensynet til risikogrupper må derfor ivaretas ved en eventuell overgang til normal hverdag. Erfaringer både fra Norge og andre land viser at det er krevende å beskytte sårbare grupper mot smitte. Eldre som er i institusjon eller er avhengig av hjemmetjenester er utsatt på grunn av at de eksponeres for mange mennesker, ofte uten at det er mulig å holde avstand. Personer med betydelig svekket immunforsvar, som de med medfødt immunsvikt og pasienter som får immunhemmende medikamenter, for eksempel ved transplantasjon eller kreftsykdom vil ha betydelig økt risiko for alvorlig sykdom og død dersom de blir smittet. Helsedirektoratet vurderer at det må legges til rette for at disse kan beskytte seg selv mot smitte og at det er viktig at de får tilgang til medikamentell antiviral behandling dersom de blir smittet.

Etter Helsedirektoratets syn bør det utformes spesifikke råd rettet mot risikogrupper. En generell anbefaling om bruk av munnbind på steder der det ikke er mulig å holde avstand, kan bidra til å redusere risikoen for smitte blant risikogrupper. Bruk av munnbind er i utgangspunktet et lite inngripende tiltak. Samtidig har tiltaket flere ulemper, se FHI sin vurdering om disse. Munnbind på steder der risikogrupper må oppholde seg, som i matvarebutikker eller apoteker, bør anbefales. Se svar på oppdrag 619.

Ved vurderingen av hva som er tjenlig etter en helhetsvurdering må det også legges vekt på de eventuelle tiltakenes legitimitet i befolkningen. Etterlevelse av tiltak forutsetter at disse har legitimitet i befolkningen, og at begrunnelsen for tiltakene forstås. Dagens situasjon kan her tale for at opprettholdelse av tiltak i mindre grad har støtte generelt i befolkningen, sett i lys av den milde sykdomsbyrden som følger med omikron, den generelle høye vaksinasjonsgraden, og at samfunnet har vært preget av tiltak i nesten to år.

Hva som nå er tjenlig etter en helhetsvurdering vil, etter Helsedirektoratets vurdering, være en politisk beslutning, der ulempene av tiltakene – en del av dem er skissert her – må avveies mot fordelene med å opprettholde tiltak for å hindre smittespredning.

Helsedirektoratets konklusjon/anbefaling

Helsedirektoratet støtter FHIs vurderinger om innretning av tiltak fremover. Denne besvarelsen har drøftet usikkerhetsmomenter i den nåværende situasjonen.

Helsedirektoratet er enig med FHI i at spredningsevnen til epidemien nå er så stor at en betydelig bremsing av epidemien vil kreve svært sterke tiltak over tid.

Vi har foreløpig ikke sett konsekvensene av gjenåpningen 1. februar og vi har dårligere oversikt over smitteutviklingen enn tidligere. Det er derfor krevende å gjøre risikovurderinger av de smitteverntiltakene som foreslås fjernet.

Helsedirektoratet vurderer at det er betydelig usikkerhet knyttet til hvor mange covid-19 pasienter som vil trenge behandling på sykehus, intensiv og respirator fremover. Sykehusene har etter direktoratets vurdering kapasitet til å håndtere det antallet samtidige sykehuspasienter som er anslått av Folkehelseinstituttet.

Notat om senfølger av covid-19

Det er velkjent at mange personer som er smittet med covid-19 utvikler persisterende/langvarige helseplager etter den akutte infeksjonen, her omtalt som senfølger etter covid-19. Det kliniske bildet omfatter et bredt spenn av fysiske og kognitive symptomer. Personer med alvorlig sykdomsforløp/intensivopphold har størst risiko for langsiktige plager, men også personer med mildt klinisk forløp kan utvikle langvarige senfølger. Tilgjengelige data spriker, men det synes å være gode holdepunkter for at vaksinasjon reduserer risikoen for senfølger. Samtidig beskytter de tilgjengelige vaksinene dårligere mot infeksjon mot omikron, hvilket muligens også kan påvirke risikoen for senfølger.

Det er vanskelig å anslå forventet sykdomsbyrde basert på data om forekomst og alvorlighet av senfølger etter covid-19. Mange av de tilgjengelige studiene har metodologiske begrensninger (som f.eks. fravær av kontrollgruppe, seleksjonsskjevhet, rapporteringsskjevhet mm.). Det er dessuten kort tid siden omikron ble dominerende, og det er derfor usikkert om tidligere estimater er overførbare til omikron-smittede.

Det vises også til FHIs A rapid review ([COVID-19: Post COVID-19 condition \(fhi.no\)](https://www.fhi.no/publ/2021/COVID-19-Post-COVID-19-condition)) som ble publisert i januar.

I Finland har man fra sentralt hold ytret bekymring for at senfølger etter covid-19 kan bli en folkesykdom med betydelig byrde for samfunnet.

Hvilke symptomer er vanlige?

Ifølge UpToDate, som regnes som et av verdens beste og mest oppdaterte kliniske oppslagsverk, er det forholdsvis vanlig med senfølger etter covid-19:

Fysiske symptomer

En rekke fysiske symptomer er forholdsvis vanlige – basert på flere studier anslås en frekvens av de hyppigste som følger (UpToDate)

- Slapphet/utmattelse (13-87%)
- Dyspne (10-71%)
- Brystubehag (12-44%)
- Hoste (17-34%)

Mindre vanlige plager kan være langvarig tap av luktesans, leddsmerter, hodepine, tørrhet i munn, svimmelhet m.fl. Mange pasienter har mer enn én plage.

Psykologiske/kognitive symptomer er også vanlig, eksempelvis hukommelses- og konsentrasjonsvansker. Eksempelvis fant en norsk studie av ikke-innlagte betydelig økt odds-ratio for hukommelseproblemer etter åtte måneder.

Det er uvisst i hvilken grad asymptomatiske smittede kan utvikle senfølger. Så langt kan det se ut som denne andelen er lav (UpToDate).

Barn og unge ser ut til å ha lavere risiko enn voksne, men det er begrensede data tilgjengelig for denne gruppen.

Hvor lenge varer symptomene?

Varigheten av senfølger etter covid-19 varierer betydelig fra person til person. Risiko for langvarige plager er økt hos de med alvorlig forløp, samt hos personer med risikofaktorer (alder, tilleggssykdommer, komplikasjoner etc.). UpToDate refererer ulike studier på pasienter med mildt

klinisk forløp (ikke innlagte) som finner persisterende symptomer ≥ 6 mnd hos en betydelig andel (varierende fra over en tredjedel til en sjettedel).

Vurdering senfølger

Det er vanskelig å forutsi hvor stor sykdomsbyrde og funksjonstap senfølger etter covid-19 vil utgjøre i tiden fremover. Det er derfor viktig å følge med på ny kunnskap på dette området som kan informere strategiske valg i den videre håndteringen av pandemien.

Oppdragstekst:

Det vises til justeringer i nasjonale smitteverntiltak 1. februar 2022, og tidligere svar på oppdrag 601 knyttet til tabell med forslag til mulige smitteverntiltak på ulike tiltaksnivåer.

Det bes om at Helsedirektoratet i samråd med FHI, med bakgrunn i utviklingen i smittesituasjonen, vurderer om det er smittevern­faglig forsvarlig å oppheve også de siste gjenstående smitteverntiltakene.

Oppdrags­besvarelsen bes sett i sammenheng med andre relevante oppdrag med samme frist, som 617 (vurdering av covid-19 som allmenfarlig sykdom), 618 del B (TISK fremover), 619 (råd og anbefalinger), 620 (overvåkning av covid-19) og 622 (innreisetiltak).

Vi ber om at det utarbeides ev. forskriftsforslag.

*Frist: **torsdag 10. februar kl. 12**, eller tidligere dersom situasjonen tilsier det.*

Kontaktperson i HOD: Gro Fredheim (gro.fredheim@hod.dep.no)

Vi ber om at kontaktperson i Helsedirektoratet oppgis i svaret.

Folkehelseinstituttets vurdering

Innhold

Oppsummering.....	2
FHIs anbefaling	2
Begrunnelse.....	2
Vurdering av smittesituasjonen - risikovurderingen	3
Bakgrunn	3
Vurdering av retningsvalg.....	4
Alternativ 1 – beholde lavt tiltaksnivå.....	4
Alternativ 2 – overgang til normal hverdag.....	4
Forventet smitteverneffekt	5
Tiltaksbyrde ved dagens tiltak.....	5
Aksept og etterlevelse i befolkningen	5
Tiltak i Sverige, Danmark og Finland	5
Anbefalte tiltak nå	6
Merknad	7

Oppsummering

- Omikronvarianten har betydelig større spredningsevne, men gir mindre andel alvorlig sykdom enn deltavarianten
- Vi regner med at epidemien kan øke enda noen uker, før trenden snur. Viruset vil da også treffe flere eldre, inkludert noen uvaksinerte, og antallet alvorlige tilfeller kan øke
- Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing av epidemien ville ha krevd svært sterke tiltak over tid.
- Med den kunnskapen vi har nå, og slik situasjonen nå ser ut, så mener vi at samfunnet kan gå tilbake til normal hverdag uten særlige smitteverntiltak mot covid-19 uten at det vil gi betydelig økt sykdomsbyrde fra covid-19.
- Vi vurderer at det nå ikke er nødvendig å forsinke smittespredningen i samfunnet med generelle befolkningsrettede tiltak eller krav om avstand og generell bruk av munnbind.
- Det anbefales i hovedsak å gå over til en normal hverdag slik det er beskrevet i 601 og 619
- Symptombasert testing anbefales i en periode på 2-3 uker, med råd om å holde seg hjemme ved positiv test, før overgang til testing på klinisk indikasjon, se oppdrag 618B.
- Grupper med økt risiko for alvorlig forløp bør sikres anbefalt vaksinasjon og gode råd for atferd som reduserer smittefaren gjennom vinterbølgen, råd som også vil være aktuelle på lengre sikt, og som vi har inkludert i oppdrag 619 om normal hverdag. Rådene inkluderer bruk av munnbind i enkelte situasjoner og begrensning av antall kontakter i perioder med høyt smittepress.
- FHI anbefaler unntak fra isolasjonsplikt, dersom denne videreføres, i enkelte sammenhenger i helsetjenesten, samt der det er kritisk for å opprettholde nødvendig drift i kritiske samfunnsfunksjoner, se tilleggsoppdrag til 619.
- Det gis egne råd for spesialisthelsetjenesten i 618B.
- Råd til sykehjem vurderes fortløpende.

FHIs anbefaling

FHI mener det er smittevernfaglig forsvarlig å lette ytterligere på smitteverntiltak nå. Vi anbefaler i hovedsak å gå over til en normal hverdag slik det er beskrevet i oppdrag 601 og 619. FHI anbefaler symptombasert testing for befolkningen i en periode på 2-3 uker, med råd om å holde seg hjemme ved positiv test, før en planlagt overgang til testing på klinisk indikasjon for befolkningen. Se tabell nederst for mer detaljerte anbefalinger.

Vurderinger og anbefalinger rundt innretning av TISK gis i oppdrag 618B.

Vurderinger og anbefalinger om unntak fra en eventuell isolasjonsplikt gis i tilleggsoppdrag til 619.

Vurderinger og anbefalinger rundt tiltak i spesialisthelsetjenesten gis i 618B, mens råd til sykehjem og annen helsetjeneste vurderes og justeres fortløpende.

Begrunnelse

En samlet vurdering av tilgjengelige overvåkingsdata viser at smittespredningen sannsynligvis fortsatt er økende, men økningen har vært avtagende den siste uka. Det må tas høyde for at det kun er en uke siden det ble gjort lettelse i en rekke nasjonale tiltak. Det vil også være regionale ulikheter i smittespredningen i ukene som kommer. Det er imidlertid lite sannsynlig at tilfeller med alvorlig sykdom og behov for behandling i sykehus vil føre til en overbelastning i spesialisthelsetjenesten. FHI vurderer at det ikke er nødvendig å forsinke smittespredningen i samfunnet med generelle

befolkningsrettede tiltak som å holde avstand og bruke munnbind. Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing ville ha krevd svært sterke tiltak over tid. Ettersom risiko for alvorlig forløp er lav ville det koste svært mye i form av tiltak og tiltaksbyrde å forebygge de relativt få innleggelsene som kommer med omikron sammenliknet med delta.

Det er fortsatt behov for å beskytte og skjerme personer med økt risiko for alvorlig sykdomsforløp og død. Det er store forskjeller i individuell risiko, og det er individuelle forskjeller i risikovillighet. Vi gir anbefalinger for å redusere sannsynligheten for smitte til personer med økt risiko for alvorlig forløp av covid-19 i oppdrag 619. Disse rådene inkluderer råd om avstand og munnbind. De kan bli justert når vi får bedre kunnskap om sykdomsrisiko og varighet av beskyttelse etter vaksinasjon.

Vurdering av smittesituasjonen - risikovurderingen

Oppsummering av FHIs risikovurdering som er publisert i dag: <https://www.fhi.no/publ/2020/covid-19-epidemien-risikovurdering/>:

- Ny forskning, erfaring fra andre land og utviklingen i Norge har gjort oss tryggere på våre vurderinger.
- Omikronvarianten, og særlig undervariant BA.2, har betydelig større spredningsevne enn deltavarianten.
- Omikronvarianten gir mindre andel alvorlig sykdom enn deltavarianten.
- Hittil har vinterbølgen særlig rammet barn, unge og unge voksne. Antallet alvorlige tilfeller kan øke etter hvert som stadig flere blir smittet, og viruset treffer flere eldre, herunder noen uvaksinerte, som er den gruppa som har størst risiko for alvorlig forløp. Det er uunngåelig at flere sykehjem vil bli rammet.
- Vi regner med at epidemien vil øke enda noen uker, eventuelt med noe avflating i vinterferieukene, før denne bølgen snur og når et lavt nivå i slutten av mars.
- Vi tror at vinterbølgen vil smitte tre-fire millioner mennesker og at rundt en halv million kan smittes i de verste ukene. Vi tror at noen tusen vil trenge sykehusbehandling, men at sykehusene aldri vil ha flere enn tusen samtidig innlagt totalt og heller ikke flere enn hundre pasienter samtidig på respirator. I tillegg kommer pasienter med andre innleggelsesårsaker, men påvist SARS-CoV-2-infeksjon.
- Størrelsen på vinterbølgen kan nå påvirkes særlig av smitteverntiltak og befolkningens egenvalgte atferdsendringer. Nyten av tiltak er å redusere bølgetoppen og forlenge bølgen, men bare i liten grad å redusere antall smittede til sammen.
- Konsekvensene av vinterbølgen for samfunnet er særlig økt belastning på fastlegene, hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og sykehusene, men også på resten av samfunnet ved at mange flere må være borte fra arbeidet på grunn av sykefravær og isolering. For individene er konsekvensene at mange blir smittet tidligere enn de ellers ville blitt.
- Etter vinterbølgen må vi regne med en ny bølge av denne varianten, trolig til høsten eller vinteren, eller en ny bølge av en ny variant allerede i sommerhalvåret. Befolkningens grunnimmunitet vil sannsynligvis beskytte godt mot alvorlig sykdom, uansett variant.

Bakgrunn

Regjeringen legger til grunn at håndteringen av pandemien skal ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. Regjeringens mål er å beholde kontrollen på covid-19-pandemien slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i

kommunehelsetjenesten og i sykehusene, samtidig som offentlige tjenester kan ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes.

Vurdering av retningsvalg

To hovedretningsvalg er aktuelle i dagens situasjon: å videreføre et lavt tiltaksnivå, eller å lette på tiltak og gå over til en normal hverdag. Et tredje retningsvalg, å innføre strengere tiltak, vurderes som lite aktuelt i dag.

Mulige retningsvalg i dagens situasjon

Alternativer for tiltaksnivå	Formål	Behov for tiltak
1. Beholde lavt tiltaksnivå	Redusere smittespredning ved å begrense antall arenaer hvor det forekommer nærkontakt og kontaktsituasjoner, og regulere rammene for aktiviteter forbundet med særlig høy smitterisiko	Aktuelt hvis det er nødvendig å forsinke spredningen av covid-19 for å unngå høy sykdomsbyrde og kapasitetsbrist i helsetjenesten.
2. Overgang til normal hverdag	Begrense sykdom i samfunnet gjennom basale smittevernråd og beskytte personer med høy risiko for alvorlig forløp av covid-19 gjennom målrettede råd for denne gruppen	Aktuelt hvis nivået på innleggelses er lavt og smittespredning ikke har betydelige konsekvenser for samfunnet, selv om forekomsten kan være høy i befolkningen

Alternativ 1 – beholde lavt tiltaksnivå

Å videreføre tiltak er aktuelt dersom det er nødvendig og forholdsmessig i dagens situasjon, eller i en situasjon med stor grad av usikkerhet som føre-var tiltak. Formålet med å videreføre tiltak er gitt av regjeringens strategi: (...) å beholde kontrollen på covid-19-pandemien slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, samtidig som offentlige tjenester kan ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes. Når store deler av samfunnet er åpent kan smitte skje i mange situasjoner, og tilleggseffekten av gjenstående kontaktreduserende tiltak er usikker.

Alternativ 2 – overgang til normal hverdag

Å gå over til en normal hverdag slik det er beskrevet i 601 og 619, er aktuelt i en fase der belastningen på helsetjenestene er lav og det ikke er noen betydelige konsekvenser av smittespredningen, selv om forekomsten kan være høy i befolkningen. I den normale hverdagen anbefaler vi generelle smitteforebyggende tiltak (som å holde seg hjemme når man er syk, holde avstand til syke, ha god hånd- og hostehygiene og regelmessig renhold) for hele befolkningen og enkelte målrettede råd for å beskytte grupper som fremdeles vil ha betydelig økt risiko for alvorlig sykdomsforløp av covid-19. Kommunene og helseforetakene må fortsatt være forberedt for å raskt kunne mobilisere ved endringer og økt belastning på helsetjenestene som følge av sykdomsbyrden. Samtidig bør andre tjenester og virksomheter være forberedt på høyt sykefravær og den øvrige befolkningen bør være forberedt på at virksomheter kan være mindre tilgjengelige og at tjenester kan ta lengre tid enn normalt.

Dersom det besluttes overgang til normal hverdag innenfor kort tid og vi fortsatt er i vinterbølgen, anbefaler FHI å opprettholde noe testing utover det vi har beskrevet i normal hverdag i 619, se oppdrag 618 del B for vurderinger av TISK-innretningen. Vi anbefaler da symptombasert testing for befolkningen i en kort overgangsperiode, med råd om å holde seg hjemme ved positiv test, før en planlagt overgang til testing på klinisk indikasjon for befolkningen når bølgetoppen er nådd.

Forventet smitteverneffekt

Det er mulig at lemping av tiltak ved en overgang til normal hverdag kan føre til økt smittespredning, økt sykefravær og smitte til personer med økt risiko for alvorlig sykdom og død. Ved en overgang til testing på klinisk indikasjon vil det i tillegg være sannsynlig at fastleger og andre helsetjenester som må overta vurderingen av hvem som skal testes opplever økt arbeidsmengde. Et system for tilgjengeliggjøring av gratis hurtigtester i en overgangsperiode kan vurderes for å dekke behovet. Selvinnkjøpte selvtester vil sannsynligvis også bli benyttet. Det er liten sannsynlighet for at en overgang til normal hverdag vil føre til betydelig økt sykdomsbyrde og uhåndterbar belastning av helsetjenestene. Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing ville ha krevd svært sterke tiltak over tid. Effekten av de gjenstående generelle tiltakene er usikker.

Tiltakene som er skissert for en normal hverdag kan redusere sannsynligheten for smitte til personer med risiko for alvorlig sykdom. Måltrettede anbefalinger reduserer tiltaksbyrden for befolkningen (Se oppdrag 601, 618 B og 619 for detaljer).

Tiltaksbyrde ved dagens tiltak

Nåværende anbefaling om å holde 1 meter avstand til andre utenfor husstanden og krav om at serveringssteder og andre virksomheter skal tilrettelegge for dette, medfører en betydelig tiltaksbyrde, både for den enkelte og for virksomheter på tvers av ulike sektorer. Å regulere avstanden mellom enkeltmennesker er grunnleggende inngripende, og anbefalingen legger praktiske begrensinger på hvor mange som kan samles i den offentlige og private sfæren til tross for at det ikke lenger eksisterer formelle anbefalinger/krav om antallsbegrensinger. For virksomheter innebærer kravet om smittevern faglig forsvarlig drift administrative, logistiske og økonomiske ulemper. Tiltaksbyrden for de berørte bransjene/sektorene øker over tid, og forsterkes av at andre samfunnsområder - og aktiviteter i synkende grad belastes av tiltak.

Det nåværende generelle påbudet om munnbind innebærer en relativt lav tiltaksbyrde for samfunnet samlet sett, men rammer ulikt både sosialt og økonomisk. For personer med svak økonomi medfører kravet om munnbind en større økonomisk kostnad. Munnbind kan også innebære en sosial byrde ved å påvirke kommunikasjon- og kontaktmønstrene mellom mennesker og kan ramme ulikt på tvers av og innad i aldersgrupper, arbeidssektorer, pasientgrupper, osv.

Aksept og etterlevelse i befolkningen

Tiltakenes effekt avhenger av at de faktisk blir forstått og etterlevs. For å få en god etterlevelse av tiltakene må de være godt begrunnet og de må oppleves som forholdsmessige. Når den individuelle risikoen for alvorlig sykdom er mindre, på grunn av omikronvariantens egenskaper, vaksinasjon og gjennomgått infeksjon, kan befolkningsrettede tiltak oppleves mindre forholdsmessige for den enkelte, og aksepten og etterlevelsen i befolkningen kan falle.

Tiltak i Sverige, Danmark og Finland

De nordiske landene har ulike innretninger for testing, og det er vanskelig å sammenligne smittetrykket, men det sees en nedgang i intensivinnleggelser i alle landene. En økende andel av de meldte tilfellene er blant eldre, og det er usikkert hvordan utviklingen av alvorlig sykdom de kommende ukene vil bli.

I Sverige lempes alle tiltak 9. februar, med unntak av anbefalinger om å vaksinere seg og bli hjemme ved covid-19-lignende symptomer.

Danmark lempet alle innenlands påbud og forbud knyttet til covid-19 1. februar, med unntak av enkelte anbefalinger om avstand, testing og isolasjon. Risikogrupper, helsepersonell og personer som skal testes eller er nødt til å avbryte isolasjon blir anbefalt munnbind og det er en generell oppfordring om å holde avstand til andre i offentlig rom, når det er mulig. Alle personer som utvikler symptomer anbefales test med PCR så raskt som mulig og isolasjon frem til negativt prøvesvar på første test og nærkontakter anbefales hurtigtest/PCR så raskt som mulig hvis det er lengre enn 12 uker siden gjennomgått infeksjon. Øvrige nærkontakter anbefales test kun dersom nærkontakt foreligger lengre enn 12 uker siden gjennomgått infeksjon. Ved symptomer etter nærkontakt anbefales man isolasjon frem til negativt prøvesvar på første test. Ansatte i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmehjelp som er uvaksinerte eller ikke har gjennomgått infeksjon anbefales jevnlig testing to ganger i uka med PCR. Ansatte som jobber med sosiale tilbud knyttet til omsorgstjenesten anbefales selvtest før jobb og besøkende anbefales selvtest i forkant av besøk. Elever og ansatte ved grunnskole, videregående og voksenutdanning anbefales test to ganger i uka, og på døgnet 3 etter eksponering hvis definert som øvrig nærkontakt. Personer som er bekreftet smittet oppfordres til isolasjon i minimum 4 døgn og frem til de er feberfrie og har god almenntilstand.

Finland har et strengere tiltaksnivå enn Norge, Sverige og Danmark, og tar sikte på en mer gradvis gjenåpning. Neste runde med lettelser er planlagt 14. februar. Per nå er det fortsatt iverksatt blant annet skjenke- og åpningsrestriksjoner for serveringssteder, innendørs munnbindpåbud ved offentlig steder og transport, samt anbefaling om hjemmekontor og redusert kapasitet på offentlig transport i områder med mye smitte. Risikogrupper og helsearbeidere anbefales administrert test ved symptomer mens den øvrige befolkning blir anbefalt hjemmetest. Personer med positivt prøvesvar og/eller symptomer blir anbefalt å unngå kontakt med andre i minimum 5 døgn (som inkluderer to dager uten symptomer), samt oppfordre sine nærkontakter til å unngå sosial kontakt og bruke munnbind ved kontaktsituasjoner.

Anbefalte tiltak nå

<p>Overordnede smittevernanbefalinger til befolkningen (se 619)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bli hjemme ved nyoppståtte luftveissymptomer dersom du føler deg syk. • Ta kontakt med legen din dersom du er bekymret for egen helse eller for barnet ditt • Ha god hånd- og hostehygiene • Skjerme spesielt personer i risikogruppene når du har nyoppståtte luftveissymptomer eller smitte i husstanden
--	---

Virksomheter (se 601)	<ul style="list-style-type: none"> • Normal drift i henhold til overordnede smittevernanbefalinger til befolkningen
Munnbind (se 619)	<p>Følgende grupper anbefales å bruke munnbind når det er vanskelig å holde avstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personer som er i risikogrupper for alvorlig forløp av luftveisinfeksjoner • Personer med luftveissymptomer som besøker eller pleier personer i risikogrupper
TISK (se 618)	<ul style="list-style-type: none"> • Symptombasert testing i 2-3 uker, med råd om å holde seg hjemme ved positiv test, og deretter overgang til testing på klinisk indikasjon for befolkning og symptombasert testing for enkelte grupper, som ansatte i helse- og omsorgstjenesten
Risikogrupper (se 619)	<ul style="list-style-type: none"> • Enkelte i risikogruppen anbefales å skjerme seg
Helsetjenesten (se tilleggsoppdrag til 619)	<p>Ved fortsatt isolasjonsplikt, bør:</p> <ul style="list-style-type: none"> • covid-19-positive besøkende/ledsagere unntaksvis kunne komme på besøk/være ledsagere til fødende, alvorlig syke, døende, med anbefalte smitteverntiltak • det unntaksvis åpnes for avkortet isoleringstid (i arbeidstiden) dersom det er kritisk for å opprettholde nødvendig drift i kritiske samfunnsfunksjoner, etter foreslått prioriteringsliste

Merknad

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

rapport

COVID-19-EPIDEMIEN:

**Risiko ved covid-19-
epidemien i Norge – en
oppdatering**

Folkehelseinstituttet, 9. februar 2022

Notat

Risiko ved covid-19-epidemien i Norge – en oppdatering

Folkehelseinstituttet 9. februar 2022

Innhold

Innhold	2
Om denne rapporten	3
Hovedpunkter	4
Epidemien	4
Omikronvarianten	4
Risikovurdering for covid-19	4
Risikovurdering for influensa	5
Håndtering	5
1. Bakgrunn	6
2. Situasjonen i Norge	7
2.1 Covid-19-epidemien	7
2.2 Belastning på helsetjenesten	10
2.3 Covid-19 hos barn	10
2.4 Covid-19 i helseinstitusjoner	14
2.3 Influensa	15
2.4 RS-virusinfeksjon	16
3. Omikronvarianten	17
3.1 Innledning	17
3.2 Situasjonen i noen andre land	17
3.3 Viktig ny kunnskap	20
4. Risikovurdering for februar - mars 2022	22
4.1 Vurdering for covid-19	22
4.2 Vurdering for influensa	24
4.3 Vurdering for RS-virusinfeksjon	25
5. Videre håndtering av epidemien	26

Om denne rapporten

Folkehelseinstituttet vurderer utviklingen av covid-19-epidemien i Norge i ukentlige situasjonsrapporter samt i besvarelser av oppdrag til Helse- og omsorgsdepartementet. Denne rapporten gir en mer helhetlig vurdering av risiko ved covid-19-epidemien i Norge med vekt på utviklingen fram til mars, særlig i lys av den nye omikronvarianten av SARS-CoV-2. Vi har også med vurderinger om andre luftveisinfeksjoner der dette er relevant for risikovurderingen.

Formålet er å støtte Helse- og omsorgsdepartementet i dets strategiske valg i bekjempelsen av epidemien og kommunene i håndtering av epidemien.

Rapporten følger mandatet Folkehelseinstituttet er tillagt i Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer og i smittevernloven.

Vi har tidligere levert følgende relevante risikovurderinger og notater om risiko¹:

Dato	Tittel
2020	
28. januar - 21. desember	Fjorten rapporter om risikovurdering
19. desember	Foreløpig vurdering av nylig påvist SARS-CoV-2-variant
21. desember	Covid-19-epidemien: kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 51
22. desember	Svar på forespørsel fra HOD om informasjon om varianter av SARS-CoV-2 viruset
27. desember	Nye varianter av SARS-CoV-2: kunnskap, risiko og respons.
2021	
13. januar	Nye varianter av SARS-CoV-2: kunnskap, risiko og respons. Første oppdatering.
27. januar	Nye varianter av SARS-CoV-2: kunnskap, risiko og respons. Andre oppdatering.
7. februar	Situasjonen med nye virusvarianter basert på flere sekvenseringsresultater
27. februar	Varsel og rask vurdering av situasjonen med nye virusvarianter i Oslo og Viken
12. mai	Oppdrag fra HOD nr. 441C om den indiske virusvarianten
28. mai	Risiko ved variant B.1.617.2
16. juni	Risiko ved Delta-varianten av SARS-CoV-2 – første oppdatering
3. juli	Risiko ved Delta-varianten av SARS-CoV-2 – andre oppdatering
13. juli	Risiko ved andre luftveisinfeksjoner enn covid-19 høsten og vinteren 2021/2022 ²
26. juli	Risiko ved covid-19-epidemien i Norge i lys av framveksten av Delta-varianten av SARS-CoV-2
17. november	Risiko ved covid-19-epidemien i Norge
28. november	Risiko ved omikron-varianten av SARS-CoV-2 i Norge
7. desember	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
13. desember	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
22. desember	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
2022	
12. januar	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge
26. januar	Risiko ved covid-19-epidemien og ved omikronvarianten i Norge

¹ <https://www.fhi.no/publ/2020/covid-19-epidemien-risikovurdering/>

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

Hovedpunkter

Epidemien

- Det er usikkert hvor langt vinterbølgen er kommet. Epidemien vokser saktere nå enn i januar, men effekten av BA-varianten og fjerningen av de kontaktreduserende tiltakene 1. februar kan gi ny økning. Vi vet ikke når epidemien når toppen og hvor lenge denne bølgen vil vare. Hele landet vil ikke nå bølgetoppen samtidig.
- Antallet registrerte tilfeller flatet ut i uke 5 på rundt 130 tusen etter flere uker med sterk økning. Det er vanskelig å tolke dette ettersom det har skjedd en betydelig overgang til selvtesting.
- Etter økning fra 119 nye sykehusinnleggelser for covid-19 i uke 2 til 218 i uke 4 sank tallet til 215 i uke 5. Antallet nye innleggelser på intensivavdeling har vært i nedgang siden uke 49 med 71 innleggelser, men antallet har vært 16 i både uke 4 og 5.
- De fleste land i Europa opplever nå en kraftig bølge av epidemien som følge av omikronvarianten. Noen land er allerede over toppen. Bølgene har ført til mindre sykdomsbyrde og belastning enn tidligere bølger.
- Så langt denne vinteren har det vært 110 innleggelser i sykehus for influensa, og bare 0,3 % av analyserte prøver forrige uke var positive.

Omikronvarianten

- Nyere resultater og utviklingen i andre land bekrefter bildet fra forrige risikovurdering og gjør at vurderingene nå er sikrere.
- Omikronvarianten har større spredningsevne enn deltavarianten fordi viruset sammenliknet med deltavarianten har større iboende smittsomhet, større evne til å omgå kroppens immunforsvar og trolig kortere generasjonstid.
- Omikronvarianten gir mindre alvorlig sykdom enn deltavarianten i alle aldersgrupper. Dette kan skyldes lavere iboende virulens, mer utbredt immunitet i befolkningen nå eller begge deler.
- En undergruppe, BA.2, av omikronvarianten ser ut til å kunne forskyve undergruppe BA.1 og bli dominerende. Siden BA.2 har enda større spredningsevne, kan epidemien snart gå enda raskere. Det ser ikke ut til at BA.2 gir mer alvorlig sykdom eller mindre vaksinebeskyttelse enn BA.1.

Risikovurdering for covid-19

- Vi 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.
- Vi regner med at vinterbølgen vil smitte tre-fire millioner mennesker, og at rundt en halv million kan smittes i de verste ukene. Vi tror at noen tusen vi trenger sykehusbehandling, men at sykehusene aldri vil ha flere enn tusen samtidig innlagt totalt og heller ikke flere enn hundre pasienter samtidig på respirator. I tillegg kommer pasienter med andre innleggelsesårsaker, men påvist SARS-CoV-2-infeksjon.
- Størrelsen på vinterbølgen kan nå påvirkes særlig av smitteverntiltak og befolkningens egenvalgte atferdsendringer. Nyten av tiltak er å redusere bølgetoppen og forlenge bølgen, men bare i liten grad å redusere antall smittede til sammen.

- Konsekvensene av vinterbølgen for samfunnet er særlig økt belastning på fastlegene, hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og sykehusene, men også på resten av samfunnet ved at mange flere må være borte fra arbeidet på grunn av sykefravær og isolering. For individene er konsekvensene at mange blir smittet tidligere enn de ellers ville blitt.
- Etter vinterbølgen må vi regne med en ny bølge av denne varianten, trolig til høsten eller vinteren, eller en ny bølge av en ny variant allerede i sommerhalvåret. Befolkningens grunnimmunitet vil sannsynligvis beskytte godt mot alvorlig sykdom, uansett variant.

Risikovurdering for influensa

- Det er vanskelig å vurdere risikoen for en influensaepidemi denne sesongen. Det er svært uvanlig at vi i begynnelsen av februar ennå ikke har sett starten av epidemien. Årsakene kan være tiltak mot covid-19-epidemien samt influensavaksinasjon, og muligens viral interferens.
- Det er nå trolig at influensaepidemien og sykdomsbyrden den forårsaker, blir liten også denne vinteren. Selv om epidemien skulle bli liten, kan den gi mer alvorlig sykdom blant de smittede, særlig hos små barn. Det er nå flere barn som aldri har møtt influensavirus før.
- Dersom influensaepidemien uteblir denne vinteren også, vil neste vinters epidemi kunne bli betydelig større på grunn av lite immunitet i befolkningen.

Håndtering

- Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing av epidemien ville ha krevd svært sterke tiltak over tid.
- Det er ingen klare fordeler med å forskyve epidemien ut i tid.
- Samfunnet kan i løpet av kort tid gå tilbake til normal hverdag uten særlige smitteverntiltak mot covid-19 uten at det vil gi betydelig økt sykdomsbyrde fra covid-19.
- Grupper med økt risiko for alvorlig forløp bør sikres god vaksinasjon og gode råd for atferd som reduserer smittefaren gjennom vinterbølgen.
- Epidemien må overvåkes, og helsetjenestene og andre virksomheter må ha beredskap for forverring og stort fravær.
- Befolkningen bør være forberedt på samt vise forståelse for at tjenester kan ta lenger tid enn normalt, og at virksomheter kan være mindre tilgjengelige.

1. Bakgrunn

Viruset som forårsaker covid-19, SARS-CoV-2, er under stadig utvikling. Varige endringer i virusets arvestoff, RNA, har gitt viruset endrede egenskaper, og dette har fått konsekvenser for epidemien og smittevernet.

Sist vinter overtok alfavarianten. Den ble så i sommer skjøvet ut av deltavarianten som hadde enda større spredningsevne. Fra midten av august steg antallet påviste tilfeller og innleggelser for covid-19. Årsakene var sannsynligvis økt kontakt mellom folk etter sommerferien og fjerningen av de siste kontaktreduserende tiltakene. Sesongeffekten og den gradvise svekkelsen av vaksinebeskyttelsen mot smitte har sannsynligvis også hatt betydning.

Omikronvarianten av koronaviruset SARS CoV-2 ble kjent for verden den 23. november 2021 etter en raskt økende spredning i Sør-Afrika etterfulgt av spredning til flere titalls land. En rekke tiltak ble innført for å forsinke introduksjon og spredning av denne varianten i Norge, men den ble dominerende ved årsskiftet.

I dette notatet beskriver vi covid-19-epidemien i Norge per 9. februar 2022 og vurderer den videre utviklingen fram til mars. Notatet er en kortere oppdatering av notatet fra 26. januar der kunnskapsgrunnlaget er mer utførlig beskrevet og grunnlaget for den videre håndteringen grundigere drøftet.

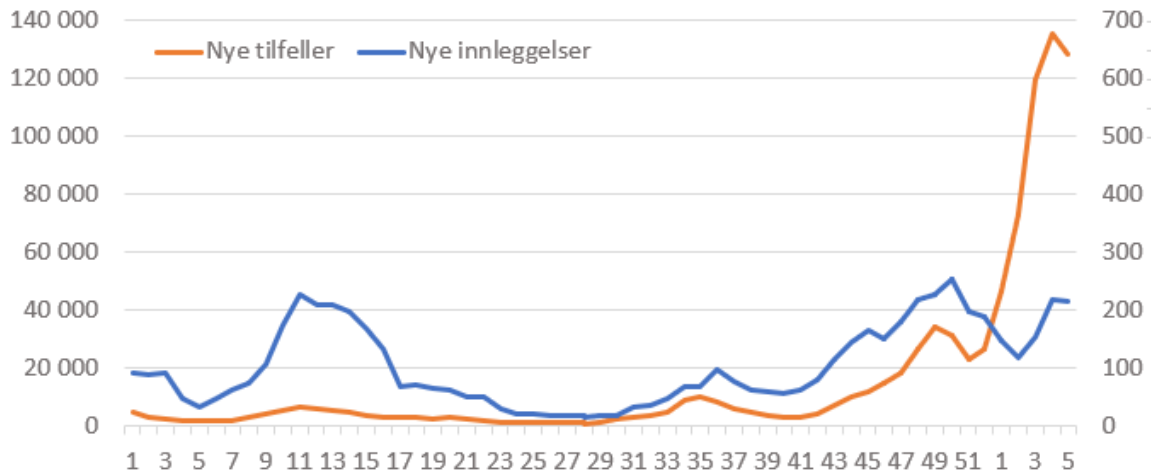
Vi viser ellers til tidligere risikovurderinger av 7., 13. og 22. desember 2021 samt 12. og 26. januar 2022.

2. Situasjonen i Norge

Vi beskriver situasjonen i Norge. De ukentlige situasjonsrapportene for covid-19 og for influensa gir flere detaljer.

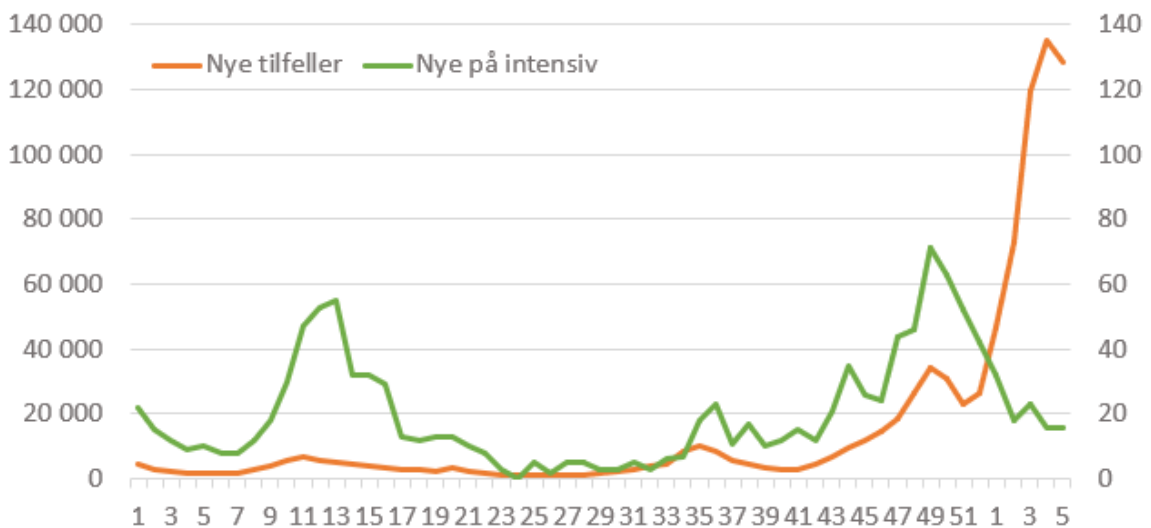
2.1 Covid-19-epidemien

Antallet registrerte tilfeller flatet ut i uke 5 etter flere uker med sterk økning. Det er vanskelig å tolke dette ettersom det har skjedd en betydelig overgang til selvtesting der de positive testene ikke blir registrert i MSIS. Også antall nye innleggelses for covid-19 flatet ut i uke 5, jf. figur 1.



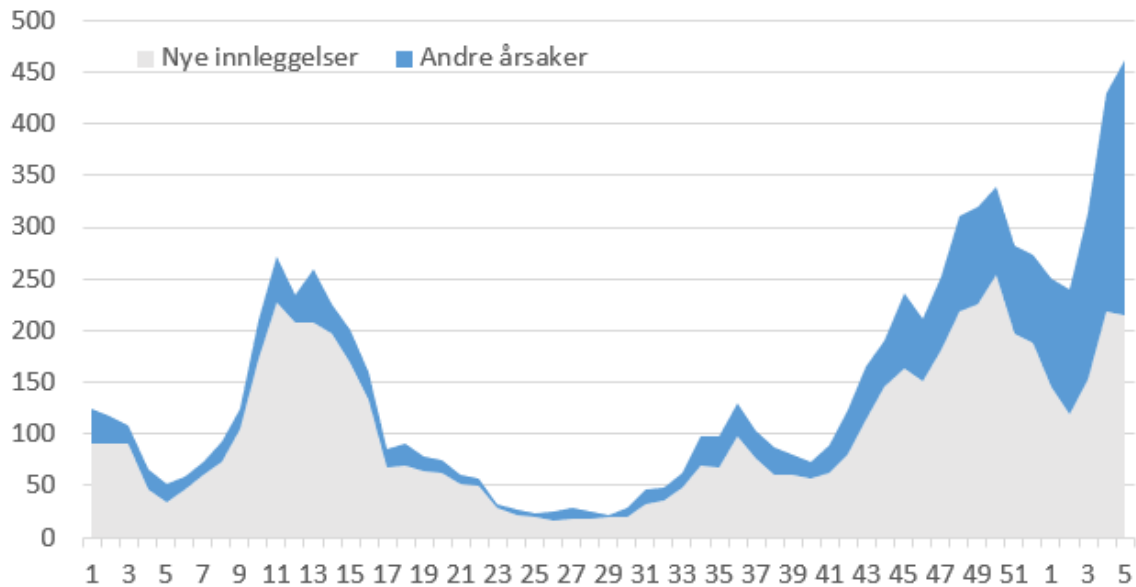
Figur 1. Ukentlig antall diagnostiserte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og sykehusinnleggelse for covid-19 i 2021 og uke 1-5, 2022. Merk at tallene for uke 5 fortsatt kan endres litt. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister.

Antallet nye innleggelses på intensivavdeling har vært i nedgang, men denne nedgangen stoppet opp i uke 5, jf. figur 2.



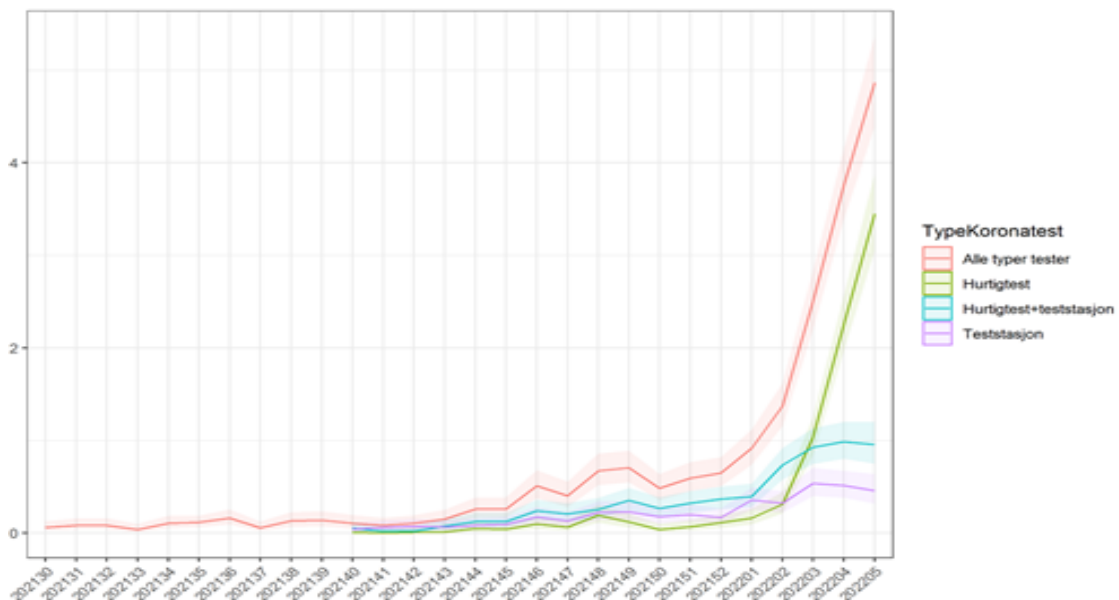
Figur 2. Ukentlig antall diagnostiserte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og innleggelses på intensivavdeling for covid-19 i 2021 og uke 1-5, 2022. Merk at tallene for uke 5 fortsatt kan endres litt. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister.

I takt med den voksende epidemien legges det inn på sykehus stadig flere pasienter som er SARS-CoV-2-smittet, men som har en annen hovedårsak til innleggelsen. Disse pasientene er nå flere enn dem som legges inn for covid-19, se figur 3.



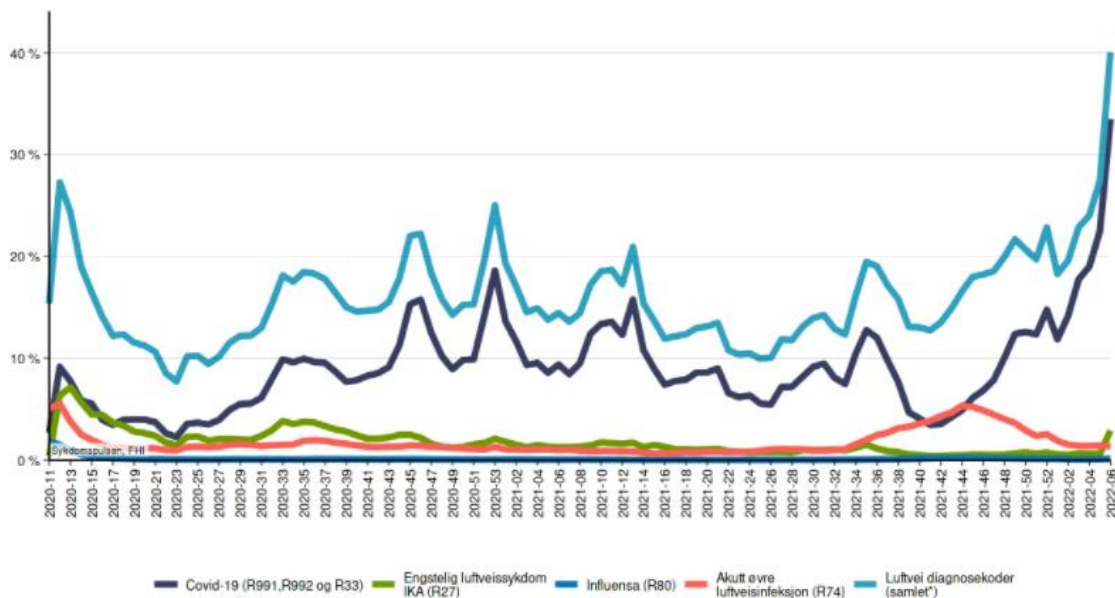
Figur 3. Antall ukentlige sykehusinnleggelser for covid-19 og antallet ukentlige innleggelser med positiv SARS-CoV-2-test hos pasienter som er lagt inn med annen hovedårsak. Kilde: MSIS og Beredt C19 med data fra Norsk intensiv- og pandemiregister.

Blant deltakerne i Folkehelseinstituttets panel kalt Symptometer har testing blitt mye vanligere og økt fra rundt 4 % sist uke i uke 41 til 22 % sist uke blant dem som besvarte skjemaet i uke 5. Andelen med positiv test har økt veldig raskt i 2022, med 4,9 % i uke 5, jf. figur 4.



Figur 4. Andel (%) med positivt resultat per uke blant dem som testet seg sist uke blant Symptometer-deltakere som besvarte skjemaet. Kilde: Symptometer.

Fra begynnelsen av september sank andelen av legekonsultasjoner kodet med en covid-19-relatert diagnose fra rundt 12 % til rundt 4 % før andelen igjen begynte å øke og for uke 5 lå på 33 %. Covid-19-relaterte konsultasjoner utgjør altså hver tredje konsultasjon hos fastleger og ved legevakter, men de fleste av disse er telefonkonsultasjoner og e-konsultasjoner. Andelen konsultasjoner med koden akutt øvre luftveisinfeksjon har økt fra rundt 2 % til rundt 5 % og så ned til 2 % i samme periode, jf. figur 5.



Figur 5. Den ukentlige andelen (%) av legekonsultasjoner med koder for luftveisinfeksjoner fra pandemien start til uke 6 (per onsdag). Merk at data for uke 5 og 6 er ufullstendige og usikre.

I 2022 har det vært 895 sykehusinnleggelser, 113 intensivinnleggelser og 158 dødsfall av covid-19 i Norge, jf. tabell 1. I denne perioden er 18 % av landets barn/unge under 20 år registrert smittet.

Utfall	Indikator	Alle	Etter aldersgrupper					
			0 - 19 år	20 - 39 år	40 - 59 år	60 - 69 år	70 - 79 år	80 år +
Befolkning	Antall	5 391 369	1 237 790	1 444 431	1 433 754	588 519	450 468	236 407
	Andel av befolkningen	100 %	23 %	27 %	27 %	11 %	8,4 %	4,4 %
Død	Antall	158		11		26	31	90
	Per 100 000 innbyggere	2,9		0,27		4,4	6,9	38
	Andel av døde	100 %		7,0 %		16 %	20 %	57 %
Intensivinnleggelse	Antall	113	5	14	35	26	20	13
	Per 100 000 innbyggere	2,1	0,40	0,97	2,4	4,4	4,4	5,5
	Andel av intensivpasienter	100 %	4,4 %	12 %	31 %	23 %	18 %	12 %
	Andel av sykehusinnlagte	13 %	4,6 %	8,7 %	14 %	27 %	15 %	9,2 %
Sykehusinnleggelse	Antall	895	109	161	252	95	137	141
	Per 100 000 innbyggere	16,6	8,8	11	18	16	30	60
	Andel av sykehusinnlagte	100 %	12 %	18 %	28 %	11 %	15 %	16 %
	Andel av påvist smittede	0,18 %	0,048 %	0,10 %	0,25 %	0,89 %	3,6 %	7,5 %
Påvist smittet	Antall	505 529	226 098	160 951	102 035	10 718	3 851	1 876
	Per 100 innbyggere	9,4	18	11	7,1	1,8	0,85	0,79
	Andel av påviste	100 %	45 %	32 %	20 %	2,1 %	0,76 %	0,37 %

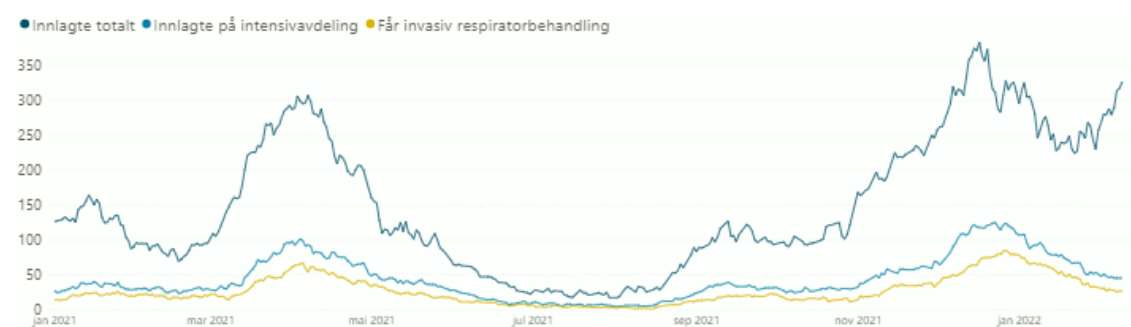
Tabell 1. Antall registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon og antall sykehusinnleggelser, intensivinnleggelser og dødsfall av covid-19 etter aldersgruppe i perioden 1. januar – 6. februar 2022.

2.2 Belastning på helsetjenesten

Helsedirektoratet har ansvar for å monitorere belastningen på helsetjenesten. I dette kapitlet gjengir vi data fra Helsedirektoratet.

Sykehusene

Den 9. februar lå det på norske sykehus 326 pasienter med positiv SARS-CoV-2-test hvorav 45 lå på intensivavdeling, og av dem trengte 26 pasienter kunstig respirasjonsstøtte, jf. figur 6. Tallene inkluderer pasienter som var lagt inn på sykehus av andre grunner, men som var smittet med SARS-CoV-2.



Figur 6. Antall inneliggende på sykehus hver dag fra 1. januar 2021 til 9. februar 2022. Kilde: Helsedirektoratet.

Kommunehelsetjenesten

I rapportering fra kommunene til statsforvalterne meldte kommunene sin belastning for uke 5 som god, utfordrende eller kritisk (kilde: Helsedirektoratet). 48 % av kommunene meldte om utfordrende tilgang til personell eller kritisk kompetanse mens resten hadde god tilgang. 40 % av kommunene meldte om utfordrende kapasitet i institusjoner og hjemmetjenester mens resten hadde god kapasitet. For fastlegekapasitet var andelen med utfordrende kapasitet 33 %. For legevaktskapasitet var andelen 20 %.

2.3 Covid-19 hos barn

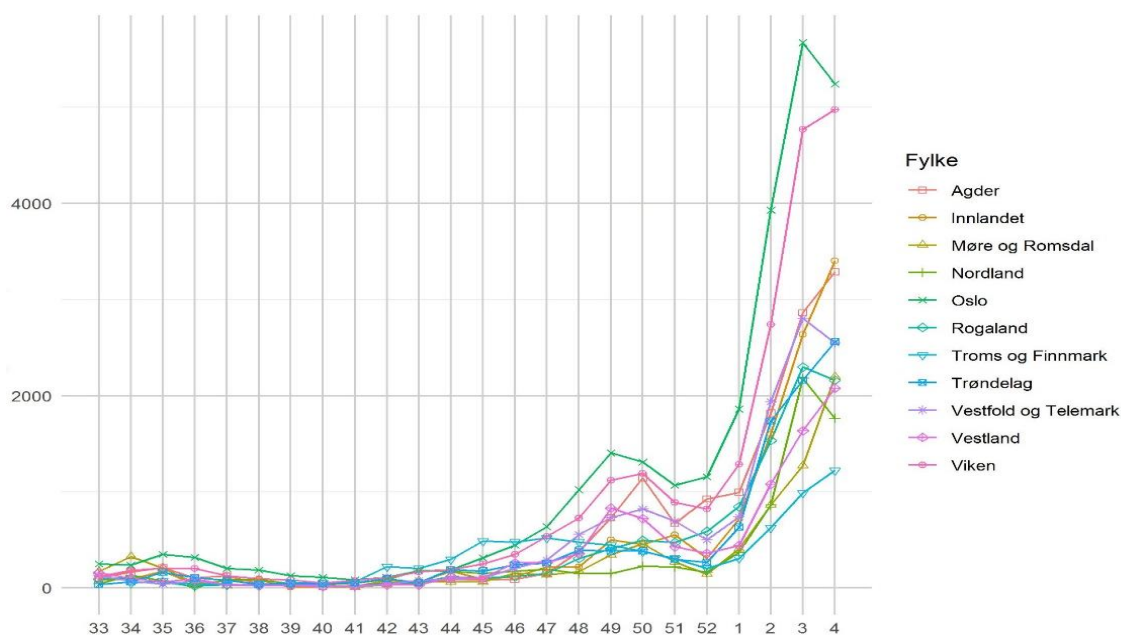
Forekomst

Hittil i pandemien (per 2. februar 2022) har 276 938 barn og unge i alderen 0-17 år fått påvist covid-19. Av disse er 125 615 i alderen 5-11 år og 89 253 i alderen 12-15 år. Dette tilsvarer at omkring 33% av barn i alderen 5-11 år og 35% av ungdom i alderen 12-15 år. Det er sannsynligvis betydelige mørketall. Tidligere i pandemien har man anslått at om lag halvparten av tilfellene blir registrert, men denne andelen kan være høyere nå som sykdomsbildet antas å være enda mildere.

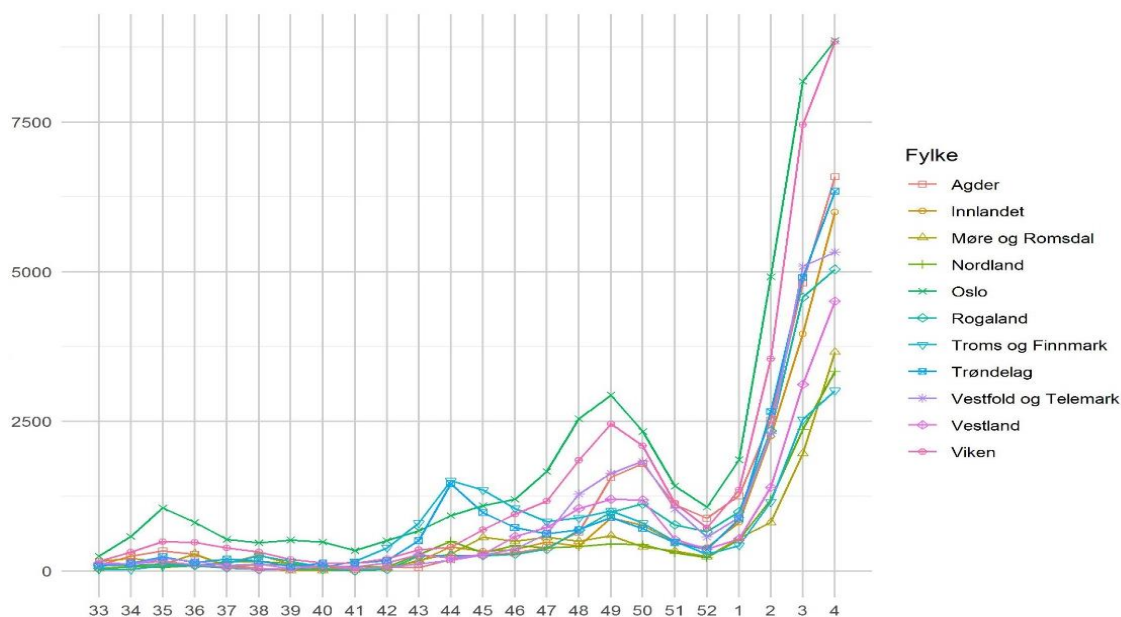
Rundt 90 % av de samlede tilfellene i alderen 5 – 15 år har vært registrert fra uke 33, 2021 (skolestart) til starten av uke 5, 2022.

I uke 4/5 ble test-anbefalingene endret, slik at barn og ungdom nå bare oppfordres til testing ved symptomer på covid-19. Jevnlig testing anbefales heller ikke lenger som virkemiddel for å redusere smittespredning. Dermed vil forekomsttallene fra uke 5 og utover fange opp en lavere andel av de som reelt er smittet, og gi dårligere oversikt over den egentlige smitteforekomsten.

Som figur 7-10 viser, er vi inne i en periode med omfattende smittespredning i alle aldersgrupper, med høyest forekomst blant elever i barneskolen og ungdomsskolen.

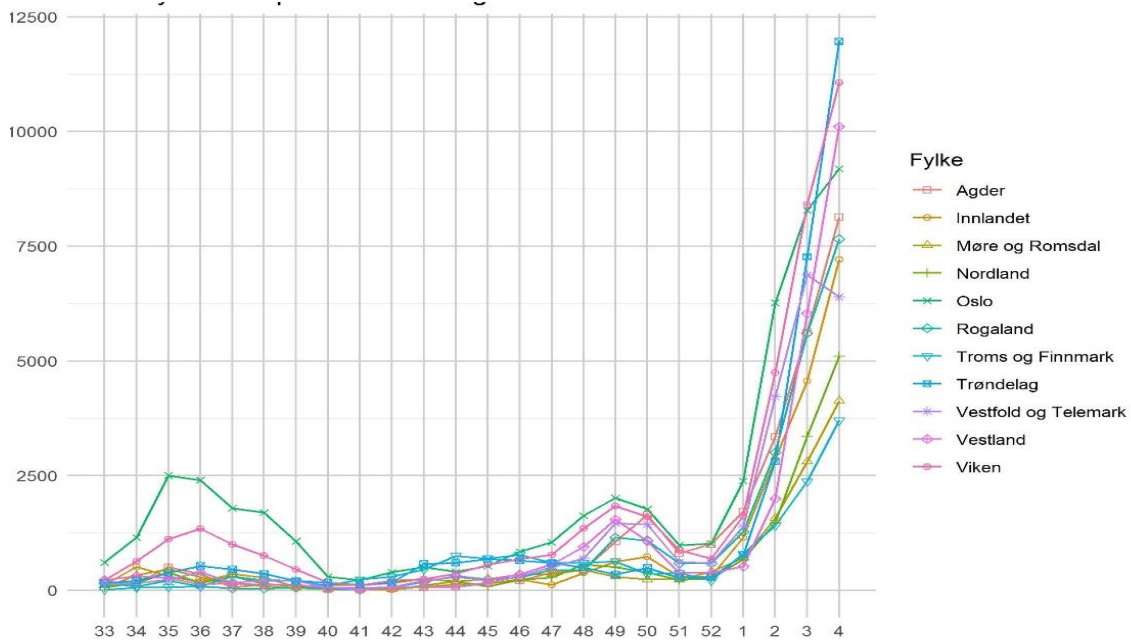


Figur 7. antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon blant barn i barnehagealder (0 – 5 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.

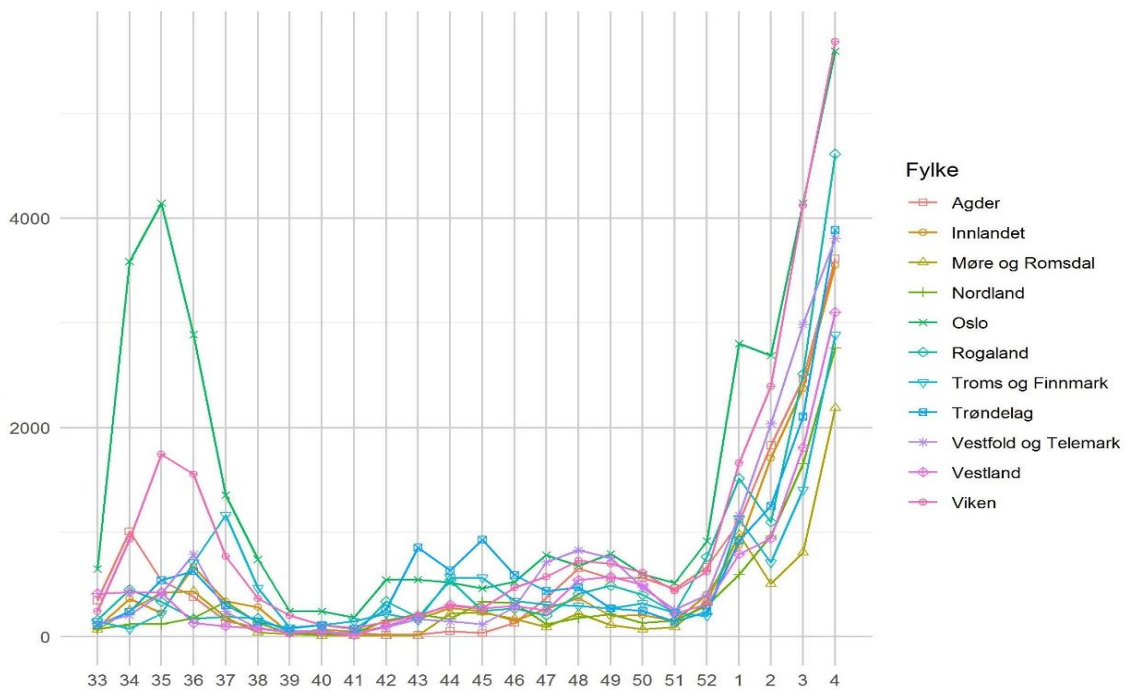


Figur 8. Antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon blant barn i barneskolealder (6 – 11 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.

Siden jul har det vært en sterk økning i antall påviste smittetilfeller i Norge, og barn og ungdom har hatt den høyeste smitteforekomsten. Etter at omikronvarianten ble dominerende, har hver uke mellom 1 % og 12 % av barna blitt registrert smittet hver uke, med betydelig variasjon mellom fylkene og aldersgruppene. I enkelte fylker var det over 10 % av ungdomsskoleelevene som fikk påvist covid-19 i uke 4 alene. Så mye høyere er det ikke mulig å komme. Vi regner med at disse fylkene befinner seg nær toppen av omikronbølgen nå. I fylkene med lavere andeler er det fortsatt rom for stigning. Vi regner med at et flertall av barna i mange kommuner har vært smittet.



Figur 9. Antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon blant barn i ungdomsskolealder (12 – 15 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.



Figur 10. antall nye registrerte tilfeller av SARS-CoV-2-infeksjon blant ungdom i videregående skolealder (16 – 19 år) etter fylke for ukene 33, 2021 (skolestart) – 4, 2022.

Sykdomsalvorlighet

Den individuelle risikoen for alvorlig sykdom hos barn og ungdom har vært lav med alle varianter av koronaviruset. Kunnskapen vi har om omikronvarianten, tyder på at den er mindre virulent og sjeldnere fører til sykehusinnleggelse sammenliknet med tidligere varianter.

Vårt britiske søsterinstitutt publiserte i sin tekniske rapport fra 31.12.21 at det er mer enn halvert risiko for sykehusinnleggelser hos barn i alderen 5-17 år med omikronvarianten sammenliknet med deltavarianten (HR 0,42 (0,28 – 0,63)).³

En studie (preprint) fra USA sammenliknet utfall blant SARS-CoV-2 smittede i en periode der deltavarianten dominerte og en periode da omikronvarianten var i ferd med å ta over (15.-24. desember).⁴ Resultatene viser færre legevaktskonsultasjoner og innleggelser for barn og ungdom i alle aldersgrupper (0-17 år) smittet i «omikronperioden» sammenliknet med «deltaperioden» (forskerne undersøkte ikke virusene hos hver enkelt pasient). I «omikronperioden» var i virkeligheten bare mellom en firedel og en halvdel av pasientene i USA smittet med omikronvarianten. Dette indikerer at risikoreduksjonene kan være enda større enn det man har observert. En annen studie fra samme forskningsgruppe (preprint) konkluderte med at for barn < 5 år som ble smittet for første gang i perioden da omikronvarianten dominerte (prevalens >92%), hadde signifikant mindre risiko for alvorlig sykdomsforløp sammenliknet med barn smittet for første gang i perioden da deltavarianten dominerte.⁵

I Norge har det vært i underkant av 200 innleggelser for covid-19 blant barn og unge i alderen 0-17 år gjennom hele pandemien, altså færre enn 1 av 1000 med påvist smitte. 103 av dem har vært under ett år, og i denne gruppa har det vært en markant økning etter at omikronvarianten overtok.

Andel innlagte blant smittede barn har gått ned gjennom pandemien. Median innleggelsestid ved akutt covid-19 er kort. Selv om det har vært svært mange smittede barn og unge i høst, har det ikke ført til økning i innleggelser av barn. Andelen som får multiinflammatorisk syndrom (MIS-C) har også sunket, uten at vi kjenner årsaken til dette.

Til sammenligning er det hver vintersesong normalt et par tusen innleggelser av barn 0-4 år for RSV-infeksjon og et halvt tusen innleggelser av barn 0-17 år for influensa.

Når smitteforekomsten øker blant barn og unge, vil flere få påvist SARS-CoV-2 i forbindelse med at de legges inn for andre årsaker. I uke 4 og 5 var det flere slike innleggelser av barn 0-17 år *med* SARS-CoV-2-infeksjon enn det var av barn som ble lagt inn *for* covid-19.

Til tross for svært utbredt epidemi blant barn, er det få innleggelser. Det er ikke sannsynlig at innleggelser med covid-19 vil bli noen stor belastning for sykehusenes barneavdelinger, verken med covid-19 som hovedårsak eller med covid-19 som tilfeldig funn.

Fra en del andre land rapporteres det nå om et høyt antall innleggelser av barn med covid-19. Det er vanskelig å vurdere informasjonen fra land som ikke skiller mellom innleggelser på grunn av covid-19 eller der koronaviruset påvises tilfeldig. I tillegg er det mange land hvor barns helse og tilgang til helsetjenester ikke er direkte sammenliknbare med Norge.

3

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1045619/Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf

⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.30.21268495v1>

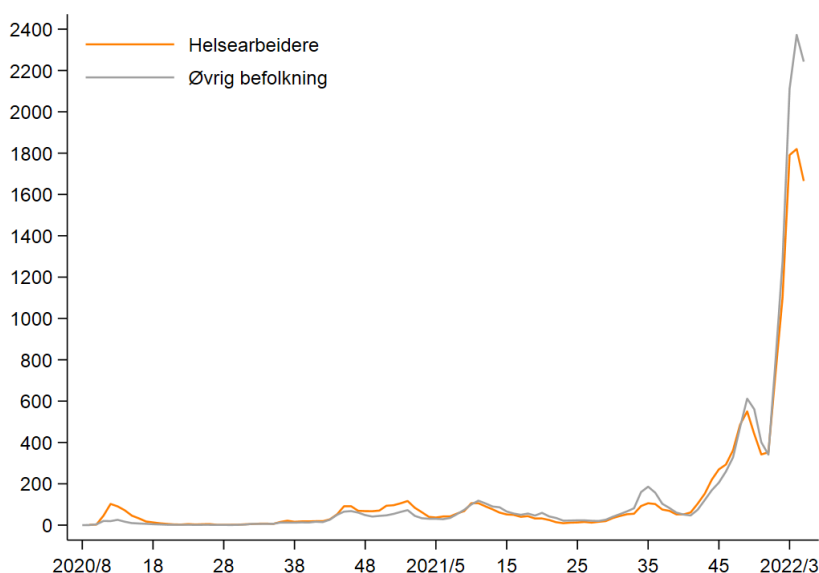
⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.12.22269179v1.full>

2.4 Covid-19 i helseinstitusjoner

Gjennom pandemien har det vært et mål å beskytte risikogruppene, inkludert beboere i sykehjem og pasienter i sykehus, og ansatte i helsetjenesten. Dette har lyktes ganske bra, men har i perioder krav inngripende tiltak ved helseinstitusjoner.

Helseinstitusjonene blir utsatt når det er mye smitte i samfunnet utenfor. Hyppigheten av infeksjon hos ansatte følger kurven for befolkningen ellers, jf. figur 11. Smitte kommer gjerne inn i institusjonene gjennom smittede ansatte som er smittet av et husstandsmedlem. Derfor har vi også de siste par månedene fått varslet flere utbrudd i helseinstitusjoner og flere tilfeller smittet i helsetjenesten.

Inntrykkene fra sykehjemmene er at de fleste smittede beboere har milde symptomer. Det kan forklares ved at de fleste beboere har fått tre vaksinedoser, og at omikronvarianten gir mindre alvorlig sykdom. Data fra Beredt C19 viser at dødsratene ved sykehjemsutbrudd er gått ned sammenliknet med perioder med andre sirkulerende covid-19 virusvarianter. Likevel må vi regne med flere dødsfall i sykehjem når vinterbølgen fortsetter. Hos de svakeste kan også omikronvarianten være dødelig.



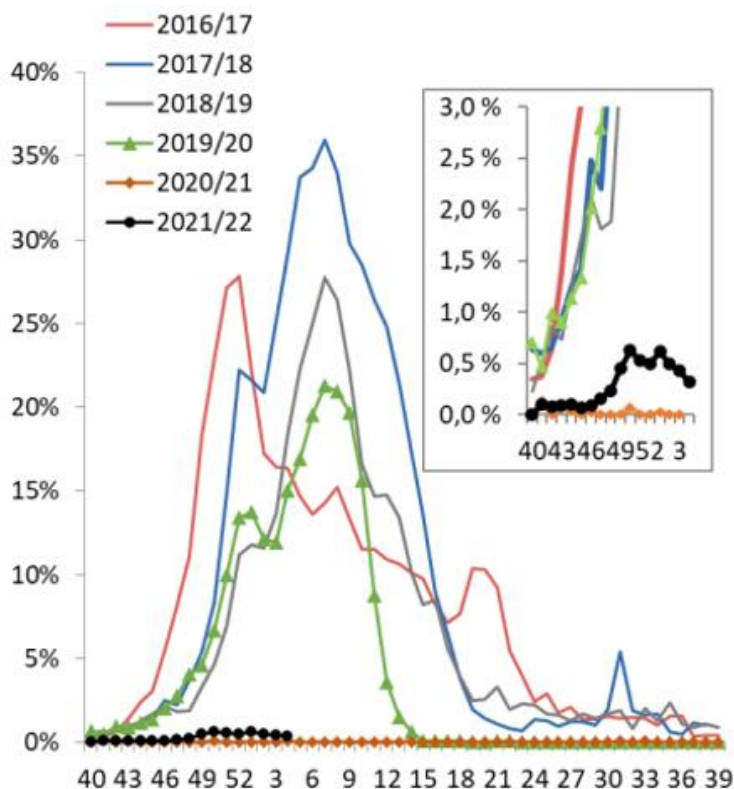
Figur 11. Antall tilfeller av covid-19 blant helsepersonell og den øvrige befolkningen per 100 000 personer per år under pandemien.

Vi venter større belastning på helseinstitusjonene som følge av flere smittede pasienter (som legges inn for covid-19, som blir smittet under oppholdet, eller som har en annen sykdom, men er smittet) og økt sykefravær blant personellet. Dette kan få betydning for driften, for eksempel ved at avdelinger midlertidig har inntaksstopp eller må utsette annen virksomhet.

I sykehusene må smitteverntiltakene stort sett fortsette som før. I sykehjem er det vanskelig med strenge smitteverntiltak uten at det går ut over kvalitet på pleie og omsorg, samt beboernes livskvalitet. Siden risikoen for alvorlig sykdom er redusert, må man fortløpende vurdere hvor forholdsmessige tiltakene er og eventuelt tilpasse tiltakene etter den lokale situasjonen. Vi vil følge situasjonen i dialog med kommunelegene og andre og eventuelt tilpasse våre anbefalinger.

2.3 Influensa

I uke 4/2022 ble 30 537 personer testet for influensavirus, og det ble påvist influensavirus hos 97. Andelen positive prøver var 0,3 %, jf. figur 12. Så langt denne sesongen har det vært 110 innleggelser i sykehus for influensa og under fem på intensivavdeling for influensa.



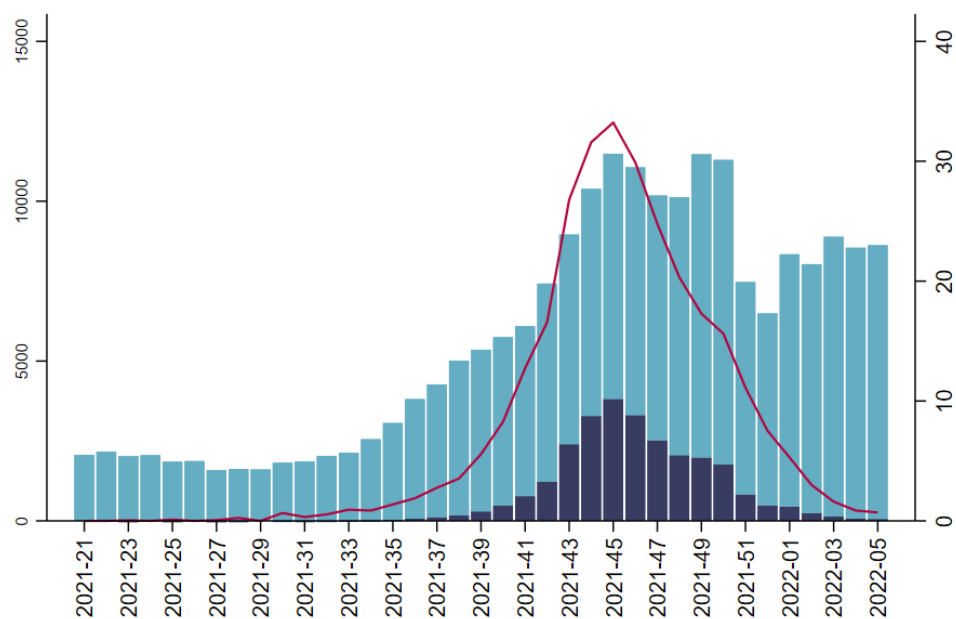
Figur 12. Andel positive av prøver undersøkt for influensavirus i Norge per uke i Norge fra uke 40, 2016 til uke 4, 2022⁶.

Det er fortsatt ingen sikre tegn på en begynnende influensaepidemi i landet. En svakt økende trend i desember ble brutt i jula. Normalt starter influensaepidemiene i Norge i desember-januar og varer til mars-april. Influensa A(H3N2)-virus er i klart flertall i Europa og Norge. Både influensa A- og B-virusene har endret seg en del siden de sist var i landet vi vet derfor ikke hvor godt årets influensavaksiner vil virke på disse virustypene.

⁶ <https://www.fhi.no/publ/2021/influensasesongen-norge-21-22/>

2.4 RS-virusinfeksjon

Epidemien av RS-virusinfeksjon er over, se figur 13. Det er særlig barn under fem år som rammes. Epidemien kom mye tidligere enn tidligere års epidemier, som har hatt en topp i desember-februar. Det er ikke lenger stor belastning på barneavdelingene.



Figur 13. Antall testede (lyseblå), antall positive (blå) og andel positive (rød linje) for RSV-infeksjon i Norge fra uke 21, 2021 til uke 4, 2022. Kilde: MSIS-laboratoriedatabasen.

3. Omikronvarianten

3.1 Innledning

Etter det første kjente utbruddet med omikronvarianten (undergruppe BA.1.) i Norge (med indekspasienten 26. november) ble omikronvarianten dominerende i løpet av få uker. Nå er undergruppe BA.2 av omikronvarianten i ferd med å overta.

I risikovurderingen av 26. januar presenterte vi kunnskapsgrunnlaget for vår vurdering av omikronvarianten. Her oppdaterer vi med de viktigste nyhetene og endringene siden da.

3.2 Situasjonen i noen andre land

Omikronvariant fortsetter å spre seg og dominerer i store deler av verden. På grunn av begrenset variantovervåking i mange land er det vanskelig å følge spredningen. Samtidig har det de siste ukene vært en bratt økning i antall meldte tilfeller fra flere av kontinentene, noe som kan skyldes omikronvarianten⁷.

I EØS-området er det forventet at omikronvarianten blir dominerende i samtlige land, i løpet av de neste ukene. Av de landene der omikronvarianten allerede har vært dominerende, ser det ut til at antallet nye smittede har eller er på vei til å nå toppen på bølgen. ECDC viser fortsatt en bekymring for mulig økning i antall alvorlige tilfeller og død, da man nå ser en økning i andelen smittet i de eldre aldersgruppene. Foreløpig er antallet med alvorlig forløp langt mindre enn ved de andre variantbølgene⁸.

Nedenfor omtaler vi tre land som har god overvåking og har en pågående smittebølge der omikronvarianten er dominerende.

Danmark

Økningen i antall tilfeller, sykehusinnleggelses og dødsfall ser ut til å fortsette i Danmark, se figur 14. Merk at innleggelsestallene inkluderer pasienter som legges inn for andre årsaker enn covid-19, men som har positiv test for SARS-CoV-2.

Det forventes at BA.2-varianten vil fortsette sin økning fra dagens 80 % til 100 % av smittetilfellene i midten av mars⁹.

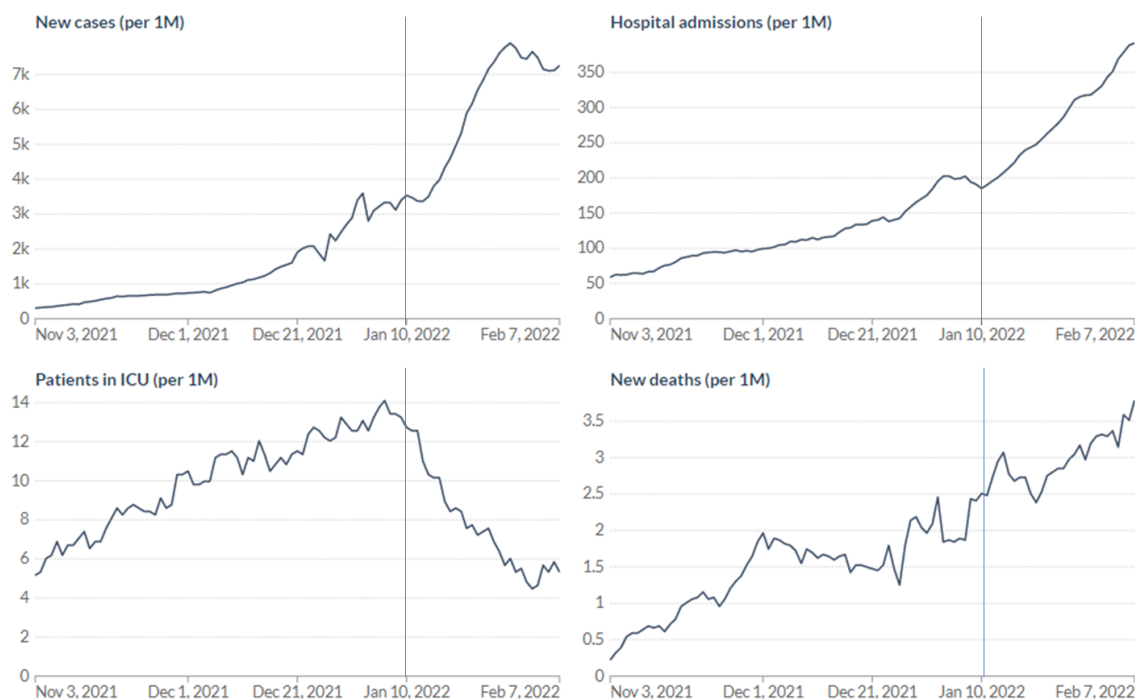
Det ses en nedgang i antall tilfeller meldt fra Hovedstaden, som har hatt høyest insidens av smittetilfeller gjennom hele pandemien, men dette kan skyldes endrede testrutiner. Samme trend sees i de yngste aldersgruppene. Økningen sees nå i de eldre aldersgruppene, spesielt i aldersgruppen 50-79 år og sist uke var økningen hovedsakelig sett på Nord- og Midtjylland¹⁰. SSI antar at den nedadgående trenden i antallet tilfeller som sees i de aldersgruppene og geografiske områdene som tidligere har hatt høyest andel smittede vil fortsette. Samtidig tyder den økende andelen positive prøver på at antallet ukjente tilfeller er økende.

⁷ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20220118-weekly-epi-update-75.pdf?sfvrsn=3f8800dc_5&download=true

⁸ <https://www.ecdc.europa.eu/en/current-risk-assessment-novel-coronavirus-situation>

⁹ <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2022/omikronvarianten-ba2-udkonkurrerer-ba1>

¹⁰ <https://experience.arcgis.com/experience/aa41b29149f24e20a4007a0c4e13db1d/page/Regional/>



Figur 14. Antall tilfeller nye tilfeller, nye sykehusinnleggelser, inneliggende på intensiv og nye dødsfall av covid-19 i Danmark per dag per uke fra 3. november til 7. februar. Kilde: Our World in Data.

Videre ser man en risiko for videre økning i antall sykehusinnleggelser og dødsfall, grunnet økende antall tilfeller i de eldste aldersgruppene¹¹. Selv med en økende trend i dødsfall relatert til covid-19, ser man en fallende trend i overdødeligheten i aldersgruppen over 75 år etter at omikronvarianten ble dominerende, jf. figur 17. Dette kom etter en økning i overdødelighet de siste månedene i 2021, mye grunnet deltavarianten¹².

Fra den 1. februar var ikke covid-19 lengre kategorisert som en samfunnskritisk sykdom¹³, og de siste restriksjonene ble løftet. Restriksjonene er byttet ut med en rekke tiltak og anbefalinger som skal bidra i å skåne risikogrupper. Et eksempel er anbefalingen om bruk av hurtigstest før man skal møte mange mennesker, spesielt risikogrupper¹⁴.

England

I England har antall tilfeller vært nedadgående siden starten av januar. Antall sykehusinnleggelser og dødsfall har vært nedadgående siden midten av januar, jf. figur 15¹⁵. Det har vært en høyere andel reinfeksjoner hos deltakerne i den britiske covid-19-undersøkelsen¹⁶ den siste måneden etter at omikron ble dominerende. *Office of National Statistics* (ONS) estimerer at ca. 1 av 20 innbyggere var smittet med covid-19 i uke 3¹⁷. BA.2-varianten er i ferd med å overta for BA.1-varianten.

England løftet de en del av de tidligere restriksjonene den 27. januar og gikk fra plan B til plan. Det er lovpålagt 10 dager isolasjonstid ved covid-19, men dette kan avsluttes etter 5

¹¹ <https://www.ssi.dk/-/media/cdn/files/covid19/tendensrapport/rapport/ugentlige-tendenser-covid19-andre-luftvejs-uge5-2022-4md8.pdf?la=da>

¹² <https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2022/doedeligheden-i-danmark-falder>

¹³ Tilsvarer «alvorlig utbrudd av allmennfarlig smittsom sykdom» i Norge.

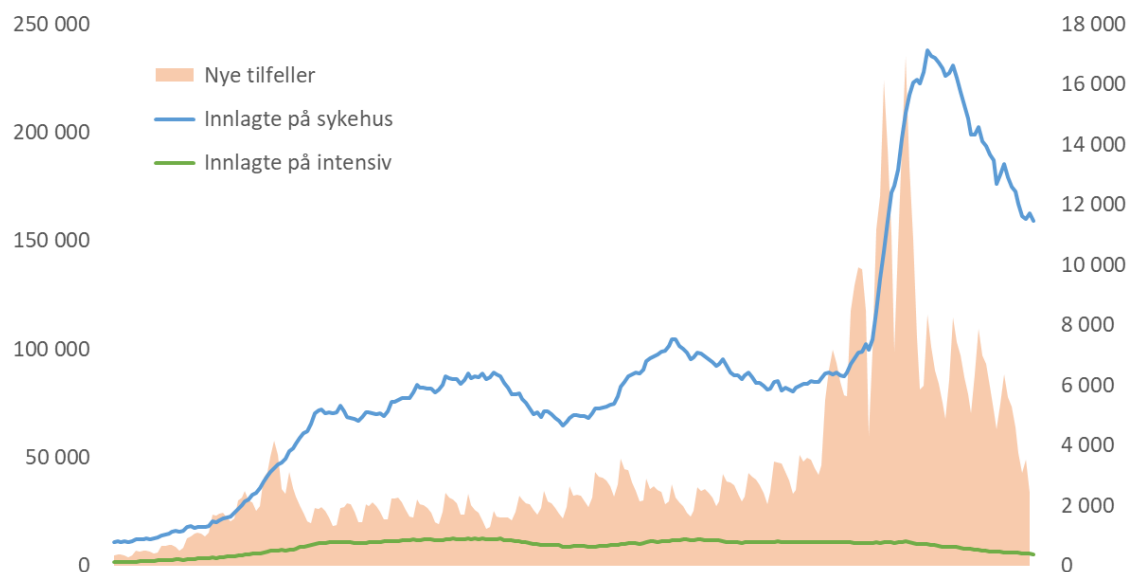
¹⁴ <https://coronasmitte.dk/nyt-fra-myndighederne/pressemoeeder/stm-om-coronasituationen-i-danmark>

¹⁵ <https://coronavirus.data.gov.uk/>

¹⁶ <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/methodologies/covid19infectionsurvey-pilot-methods-and-further-information>

¹⁷ <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronavirus-covid-19-latest-insights/infections>

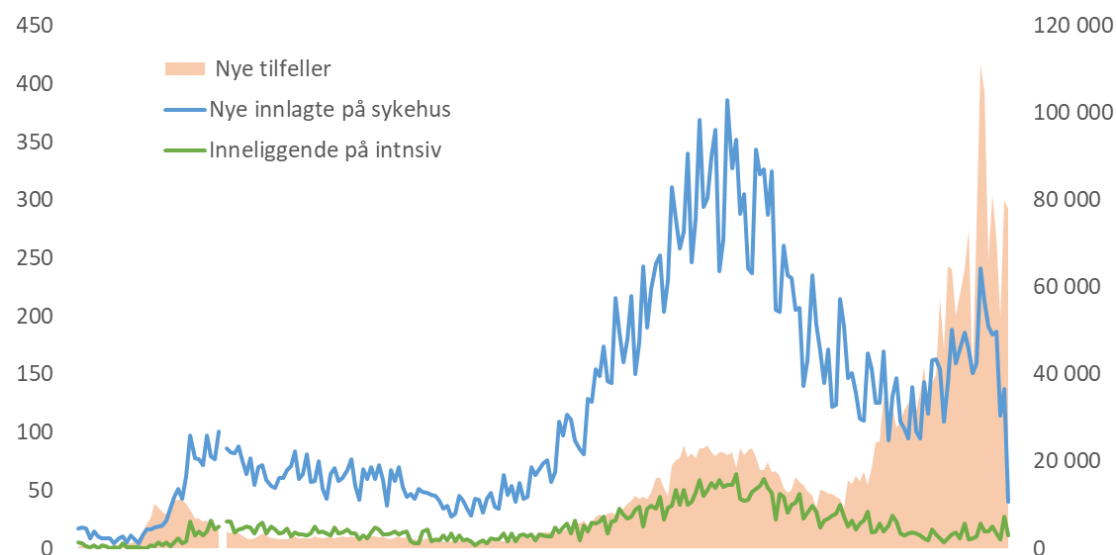
dager ved to negative hurtigtester). Det er fortsatt krav om munnbind i helse og omsorgssammenhenger, ellers er det kun anbefalinger om ulike smitteforebyggende tiltak; som bruk av munnbind i store folkemengder¹⁸.



Figur 15. Daglig antall påviste tilfeller (venstre akse) samt daglig antall inneliggende på sykehus og intensivavdeling i England, 21. juni 2021 – 8. februar 2022.

Nederland

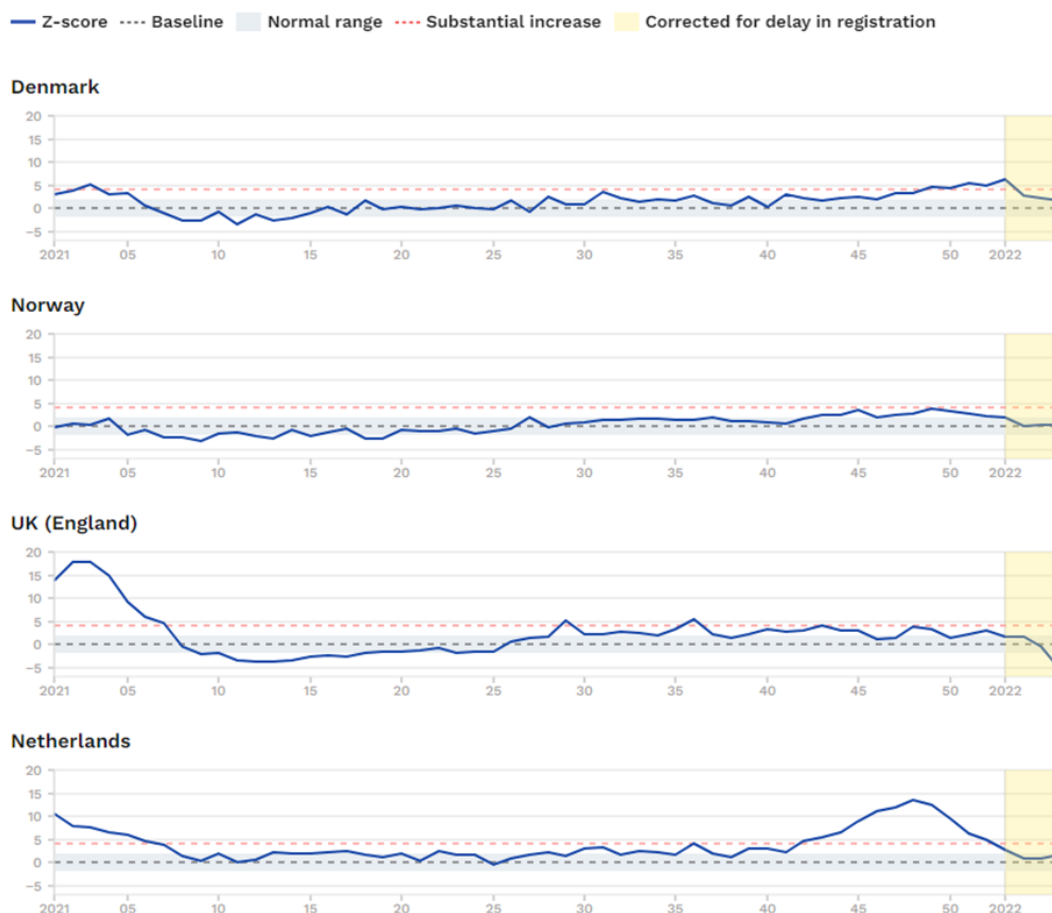
I Nederland er de fleste restriksjoner byttet ut med anbefalinger om avstand og generelle smitteverntiltak. Antall påviste tilfeller og sykehusinnleggelses og belegget på intensivavdelinger synker, jf. figur 16.



Figur 16. Daglig antall innleggelses på sykehus og intensiv (venstre y-akse) samt påviste tilfeller i Nederland, 21. juni 2021 – 8. februar 2022.

¹⁸ <https://www.gov.uk/government/news/england-returns-to-plan-a-as-regulations-on-face-coverings-and-covid-passes-change-today>

Vinterbølgen som er drevet av omikronvarianten, ser ikke ut til å gi økt overdødelighet i landene omtalt i dette kapitlet, jf. figur 17.



Figur 17. Ukentlig overdødelighet vist her som z-score¹⁹ i utvalgte land fra uke 1 2021 til uke 3 2022. Illustrasjon: EUROMOMO.²⁰

3.3 Viktig ny kunnskap

I risikovurderingen 26. januar presenterte vi kunnskapsgrunnlaget om omikronvariantens spredningsevne. Nyere resultater og utviklingen i andre land bekrefter bildet vi ga da. Her refererer vi bare noen av de viktigste nye funnene. Disse gir ikke grunnlag for endringer i vurderingen av epidemien. Kapitlet skal altså leses sammen med forrige notat om risikovurdering.

Sykdomsalvorlighet

En studie fra Folkehelseinstituttet²¹ tyder på at omikronsmittede har bare 0,27 (0,20 – 0,36) av den risikoen deltasmittede har for sykehusinnleggelse. Beskyttelsen mot innleggelse etter to doser vaksine var mindre for omikronsmittede enn deltasmittede. Etter tre doser var beskyttelsen lik.

¹⁹ <https://www.euromomo.eu/how-it-works/what-is-a-z-score>

²⁰ <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#map-of-z-scores>

²¹ <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.4.2200077>

En tilsvarende studie fra England viser om lag halvert risiko for innleggelse og for død med omikronvarianten sammenliknet med deltavarianten. Tre doser ga god beskyttelse mot innleggelse uansett variant²².

BA.2-varianten og vaksinasjonseffektivitet

Omikronvarianten består av minst tre distinkte undervarianter, hvorav BA.1 og BA.2 er mest utbredt. Det er forskjell på omikron BA.1 som vi nå har erfaring med, og BA.2 som er på vei til å ta over i Norge og Sverige, slik den allerede har gjort i Danmark. Statens Serum Institut vurderer at BA.2 kan være 30% mer smittsom enn BA.1 og at BA.2 gir ca 10% høyere risiko for smitte i husstanden enn BA.1²³.

Vaksineeffektiviteten mot symptomatisk sykdom ser ut til å være den samme for BA.1 som BA.2²⁴.

En ny, ikke-fagfellevurdert studie²⁵ sammenlikner evnen av antistoffer fra vaksinerte og BA.1-smittede til å nøytralisere BA.1 og BA.2. Man har studert nøytralisering av kunstige pseudovirus med spikeprotein fra de to undervariantene, og finner at antistoffer fra vaksinerte nøytraliserer både BA.1 og BA.2 mye dårligere enn det opprinnelige viruset som er i vaksinen. Vaksinerte som har vært smittet med omikron BA.1 har antistoffer som nøytraliserer BA.1 nesten like godt som vaksinstammen. For både vaksinerte og BA.1-smittede nøytraliserer antistoffene BA.2 nesten like godt som BA.1. Dette tolkes som at det er en god del antigen likhet mellom de to undervariantene. Det er behov for mer data, inkludert nøytralisering av komplett BA.2 SARS-CoV-2, for å fastslå hvor mye eller lite varianten er endret vis-a-vis vår immunitet.

En studie fra Oslo universitetssykehus og Folkehelseinstituttet²⁶ av deltakerne i omikron-utbruddet på Aker brygge viser at fullvaksinerte har gode T-celleresponser mot omikronvarianten og at det dannes nye hukommelsesceller både mot spikeprotein og andre deler av viruset, noe som tyder på at vaksinasjon og gjennomgått omikron-infeksjon kan gi en bred immunitet også mot andre virusvarianter.

²² https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4025932

²³ https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/covid19/risikovurderinger/2022/risikovurderingba2_28012022.pdf?la=da og <https://en.ssi.dk/news/news/2022/ba2-more-transmissible-than-ba1-vaccinated-less-likely-to-infected-pass-on-infection?s=09>

²⁴

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/105099/9/Technical-Briefing-35-28January2022.pdf

²⁵ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.02.06.22270533v1.full.pdf>

²⁶ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.13.22269213v1.full?s=09>

4. Risikovurdering for februar - mars 2022

Sykdomsbyrden fra epidemier avhenger av smittestoffets spredningsevne i befolkningen og alvorligheten av sykdom hos dem som blir smittet. Vi vurderer her sykdomsbyrden – eller risikoen – for covid-19-epidemien, influensaepidemien og RSV-epidemien i februar – mars 2022.

4.1 Vurdering for covid-19

Bakgrunn

Ny forskning, erfaring fra andre land og utviklingen i Norge har gjort oss tryggere på våre vurderinger.

Omikronvarianten har betydelig større spredningsevne enn deltavarianten. Det ser ut til å være tre hovedforklaringer til dette:

- **Større immunevasjon** (altså virusets evne til å omgå kroppens immunforsvar) ved omikron enn med delta er nok viktigste grunn. Beskyttelsen mot infeksjon og videre smitte er også kortvarig. Dette betyr at det i vår gjennomvaksinerte befolkning er mange flere som potensielt kan bli smittet med omikronvarianten og føre smitten videre enn det var med deltavarianten.
- **Større iboende smittsomhet** av omikron enn av delta bidrar, for eksempel ved at omikronvarianten i større grad smitter celler i øvre luftveier.
- **Kortere generasjonstid** (som følge av kortere latenstid) bidrar trolig litt, slik at epidemien spres raskere og er vanskeligere å bremse med smittesporing, men dette er det foreløpig ikke sikker kunnskap om. Dette betyr også at R_0 for omikron kan være lavere enn de estimatene som bygger på lengre generasjonstid.

Omikronvarianten gir mindre andel alvorlig sykdom enn deltavarianten. Kontrollert for alder og vaksinasjon kan risikoen for sykdom som trenger sykehusbehandling her i Norge være en firedel og risikoen for sykdom som trenger intensivbehandling være en åttendedel. Dette skyldes:

- **Mindre virulens.** Omikronvarianten har mindre iboende virulens enn deltavarianten. Det kan forklares med at omikronvarianten i mindre grad infiserer lungeceller.
- **Større immunevasjon.** Omikronvarianten smitter i større grad enn deltavarianten folk med noe immunitet fra før. De er ikke godt nok beskyttet mot å bli smittet, men godt beskyttet mot alvorlig sykdom²⁷.

Hittil har vinterbølgen særlig rammet barn, unge og unge voksne. Antallet alvorlige tilfeller kan øke etter hvert som stadig flere blir smittet, og viruset treffer flere eldre, herunder noen uvaksinerte, som er den gruppa som har størst risiko for alvorlig forløp. Det er uunngåelig at flere sykehjem vil bli rammet.

Undervarianten BA.2 av omikronvarianten er i ferd med å bli dominerende i Norge. Vi gjør egne undersøkelser og følger den internasjonale forskningen om BA.2. Det kan se ut til at hovedutfordringen er dens større spredningsevne sammenliknet med BA.1-undervarianten.

²⁷ <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2119682>

Foreløpig konklusjon om BA.2-varianten

BA.2-varianten har større spredningsevne enn BA.1-varianten.

BA.2-varianten ser ut til å ha omtrent samme virulens som BA.1-varianten.

BA.2-varianten er i framvekst og vil bli dominerende variant i løpet av noen uker.

Vurdering

Det er en del usikkerhet i vurderingen av hvor langt vinterbølgen er kommet. Som følge av endringer i testingen og gjennomgående mildere sykdomsbilde er det vanskeligere å bedømme hvor mange udiagnostiserte og uregistrerte tilfeller som forekommer.

En samlet vurdering av tilgjengelige overvåkingsdata, modelleringsscenarier og erfaringer fra andre land kan tilsi at epidemien fortsatt vokser, men ikke lenger så raskt som i januar. Det er for tidlig å vurdere effekten av at en rekke kontaktreduserende tiltak ble fjernet 1. februar. Videre har vi ennå ikke sett den fulle effekten av at den mer spredningsvillige BA.2-varianten er i ferd med å erstatte BA.1-varianten. Vinterferieukene kan legge en demper på spredningen.

Vi vet ikke når epidemien når toppen og hvor lenge denne bølgen vil vare. Hele landet vil ikke nå bølgetoppen samtidig.

Vi må uansett vente mange innleggelses i ukene framover, både av covid-19-syke og av andre pasienter med tilfeldige funn av SARS-CoV-2-infeksjon. Den viktigste belastningen fra epidemien kan likevel være fraværet av arbeidstakere når mange er syke samtidig.

Risikovurdering for covid-19

Vi 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.

Vi regner med at vinterbølgen vil smitte tre-fire millioner mennesker, og at rundt en halv million kan smittes i de verste ukene. Vi tror at noen tusen vi trenge sykehusbehandling, men at sykehusene aldri vil ha flere enn tusen samtidig innlagt totalt og heller ikke flere enn hundre pasienter samtidig på respirator. I tillegg kommer pasienter med andre innleggelsesårsaker, men påvist SARS-CoV-2-infeksjon.

Størrelsen på vinterbølgen kan nå påvirkes særlig av smitteverntiltak og befolkningens egenvalgte atferdsendringer. Nyttan av tiltak er å redusere bølgetoppen og forlenge bølgen, men bare i liten grad å redusere antall smittede til sammen.

Konsekvensene av vinterbølgen for *samfunnet* er særlig økt belastning på fastlegene, hjemmebaserte tjenester, sykehjemmene og sykehusene, men også på resten av samfunnet ved at mange flere må være borte fra arbeidet på grunn av sykefravær og isolering. For *individene* er konsekvensene at mange blir smittet tidligere enn de ellers ville blitt.

Etter vinterbølgen må vi regne med en ny bølge av denne varianten, trolig til høsten eller vinteren, eller en ny bølge av en ny variant allerede i sommerhalvåret. Befolkningens grunnimmunitet vil sannsynligvis beskytte godt mot alvorlig sykdom, uansett variant.

4.2 Vurdering for influensa

Spredningspotensialet, målt ved R_e , bestemmes av balansen mellom virusets iboende spredningsevne og immunitet i befolkningen (nivå og utbredelse, fra tidligere infeksjoner med liknende virus og fra vaksinasjon) på den ene siden og befolkningens atferd (hygiene og kontakthypighet) på den andre siden:

- **Immunitet i befolkningen.** Immunitet i befolkningen påvirker både influensavirusenes spredningsevne og den individuelle sykdomsalvorligheten. Tiltakene mot covid-19 gjorde at influensaepidemien i 2019-20 ble avsluttet tidligere enn normalt og at den uteble helt i 2020-21. Dermed er det mindre immunitet i befolkningen etter infeksjon enn normalt. Det har imidlertid de to siste årene vært betydelig større vaksinasjonsopplutning enn årene før. Det er usikkert hvor godt vaksinasjon beskytter mot smitte og alvorlig sykdom.
- **Atferd i befolkningen.** Vinterens covid-19-begrunnede råd og regler om redusert kontakt, herunder rådet om å være hjemme ved symptomer, samt folks egeninitierte atferdsendringer har presset R_e for influensa under 1. I tillegg kan redusert reisevirksomhet ha bremsert import av nye virus.
- **Virusenes egenskaper.** Vi vet ikke nok om den iboende smittsomheten til de sirkulerende variantene av influensavirus A(H3N2) og B/Victoria. Det er ukjent om influensaepidemien vil påvirkes av covid-19-epidemien gjennom såkalt viral interferens²⁸ (altså at kroppens medfødte infeksjonsforsvar mer effektivt stopper nye virus når det på samme tid eller nylig er utsatt for et annet virus, slik at to epidemier ikke klarer å bre seg like godt samtidig). Hvis SARS-CoV-2 induserer betydelig viral interferens mot influensa, kan det omfattende covid-19-utbruddet fortsette å begrense influensavirusenes mulighet til å spre seg smitte selv når kontaktreduserende tiltak trappes ned.

Sykdommens alvorlighet bestemmes av virusets virulens og de smittedes immunitet. Siden det er mindre immunitet i befolkningen, kan en eventuell epidemi denne vinteren gi høyere andeler med alvorlig sykdom. Det gjelder særlig blant barn under 4 år, som sammen med de eldre, normalt er særlig utsatt for alvorlig influensa.

Det er høyst uvanlig at influensaepidemien ikke er i gang i begynnelsen av februar. Selv om det påvises noen influensavirus og noen alvorlige tilfeller, er det ikke blitt noen epidemi ennå. Dersom et influensautbrudd begynner nå som covid-19-tiltakene trappes ned, vil det ta mange uker før det kan vokse seg stort, og da vil både vinterferieukene og etter hvert sesongeffekten slå inn slik at epidemien bremses igjen.

Risikovurdering for influensa

Det er vanskelig å vurdere risikoen for en influensaepidemi denne sesongen. Det er svært uvanlig at vi i begynnelsen av februar ennå ikke har sett starten av epidemien. Årsakene kan være tiltak mot covid-19-epidemien samt influensavaksinasjon, og muligens viral interferens.

Det er nå trolig at influensaepidemien og sykdomsbyrden den forårsaker, blir liten også denne vinteren. Selv om epidemien skulle bli liten, kan den gi mer alvorlig sykdom blant de smittede, særlig hos små barn. Det er nå flere barn som aldri har møtt influensavirus før.

Dersom influensaepidemien uteblir denne vinteren også, vil neste vinters epidemi kunne bli betydelig større på grunn av lite immunitet i befolkningen.

²⁸ https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/2/21-1727_article

Når de kontaktreduserende tiltakene mot covid-19-epidemien trappes ned, øker risikoen for influensaspredning. Det bør fortsatt planlegges for at det kan komme mer influensa i februar – april, men sannsynligheten for et omfattende utbrudd minker for hver uke som går.

4.3 Vurdering for RS-virusinfeksjon

I en normal sesong, som regel i perioden mellom november til mars, er det mellom 1000 og 2000 barn som trenger innleggelse for RSV-infeksjon. De fleste er under ett år og de aller fleste under fem år.

Siden det ikke var noen skikkelig epidemi vinteren 2020-21, var det et nytt årskull av barn uten eksponering i det hele tatt, og flere eldre årskullene med mindre eksponering enn normalt. Dermed var det høsten 2021 mange flere immunologisk naive barn enn normalt.

Dette førte til en stor smittebølge i oktober/november 2021 med til 2507 innleggelser i sykehus av barn i alderen 0-4 år og 76 innleggelser blant barn i alderen 5-17 år. Dette var om lag 30 % flere enn under tidligere store utbrudd av RSV-infeksjon. På det meste, i uke 44, var det nye 405 innleggelser blant barn.

De aller fleste innlagte barna var i første leveår, slik det også er normalt, og disse har behov for både respirasjons- og ernæringsstøtte. Det har imidlertid også vært flere innleggelser enn normalt i småbarnsalderen (andre og tredje leveår).

Mye av «immunitetsgjelden» fra pandemitiden er nå sannsynligvis gjort opp blant barn i barnehagealder.

Risikovurdering for RS-virusinfeksjon

Vi vurderer at det er liten risiko for noen ny epidemi av RSV-infeksjon i vinter.

5. Videre håndtering av epidemien

Vi bygger her videre på den utførlige drøftingen i risikovurderingen av 26. januar om den videre håndteringen av epidemien.

Utgangspunktet er regjeringens mål og prinsipper for arbeidet mot covid-19-epidemien i Norge²⁹.

Regjeringens mål for arbeidet mot covid-19-epidemien

Regjeringen legger til grunn at håndteringen av pandemien skal ivareta helse, redusere forstyrrelser i samfunnet og beskytte økonomien. Regjeringens mål er å beholde kontrollen på covid-19-pandemien slik at den ikke fører til en betydelig sykdomsbyrde og betydelig belastning på kapasiteten i kommunehelsetjenesten og i sykehusene, samtidig som offentlige tjenester kan ytes på et forsvarlig nivå og økonomien beskyttes.

Vinterbølgen av covid-19-epidemien er i gang, drevet av omikronvarianten. Mange pasienter og mye fravær belaster kommunehelsetjenestene. Det er også mye fravær i barnehagene, skolene og andre virksomheter. Sykehusene har nokså moderat belastning fra pasienter, men mye sykefravær.

Konsekvensene av vinterbølgen kan reduseres gjennom robusthet og kontinuitetsplanlegging i sykehusene, kommunehelsetjenesten og andre virksomheter.

Premissene for håndtering av epidemien har endret seg de siste par månedene med omikronvariantens påvirkning av epidemien og sykdomsbildet:

- Epidemien har nå veldig stor spredningsevne, og den vil bli enda større med BA.2-varianten. Siden viruset smitter så lett nå, ville det ha krevd sterke og langvarige smitteverntiltak for å bremse epidemien. Videre må man nå forebygge mange flere smittetilfeller for å forebygge én sykehusinnleggelse. Tiltakene som skal til for å kunne redusere sykdomsbyrden, vil dermed måtte være omfattende og inngripende og neppe forholdsmessige i denne situasjonen.
- SARS-CoV-2-infeksjon gir nå jevnt over mildere sykdom enn tidligere, iallfall hos vaksinerte. Selv om mange flere blir smittet, er den samlede sykdomsbyrden ikke urimelig stor. Sykehusene er forberedt på å behandle et høyere antall nye pasienter med covid-19.
- De aller fleste voksne som ønsker det, har nå vaksinert seg eller kan nå velge å vaksinere seg med to eller tre doser og dermed bli så godt beskyttet som det nå er mulig å bli med vaksinasjon.
- Tiltakene mot epidemien koster mye, innskrenker friheten og er på noen måter og for noen grupper sannsynligvis verre enn epidemien ville vært. Tiltak har vært nødvendig, dels av føre var-hensyn, for å begrense sykdomsbyrden og belastningen på helsetjenesten.
- Kommunene og sykehusene er belastet med stort sykefravær, men ser så langt ut til å håndtere dette greit og har planer for en eventuell større belastning.

²⁹ Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien. 30.11.2021. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dee8c25ba49f4e21add931746e04f7fb/regjeringens-strategi-og-beredskapsplan.pdf>

- Dersom mange uansett skal bli smittet, er det bedre å bli det mens beskyttelsen fra tredje dose er stor. Infeksjon etter andre dose (for unge) eller tredje dose (for eldre) gir trolig bredere beskyttelse videre enn enda en dose.
- Kraftig bremsing av epidemien nå kan bety at mange hundre tusen ikke blir smittet nå, men seinere. Problemet forskyves. Det er ingen klare fordeler med en slik utsettelse.
- Vi overvåker epidemien og nye varianter og kan justere tiltakene dersom det skulle bli nødvendig.

Konklusjon og anbefaling

Spredningsevnen til epidemien er nå så stor at en betydelig bremsing av epidemien ville ha krevd svært sterke tiltak over tid.

Det er ingen klare fordeler med å forskyve epidemien ut i tid.

Samfunnet kan i løpet av kort tid gå tilbake til normal hverdag uten særlige smitteverntiltak mot covid-19 uten at det vil gi betydelig økt sykdomsbyrde fra covid-19.

Grupper med økt risiko for alvorlig forløp bør sikres god vaksinasjon og gode råd for atferd som reduserer smittefaren gjennom vinterbølgen.

Epidemien må overvåkes, og helsetjenestene og andre virksomheter må ha beredskap for forverring og stort fravær.

Befolkningen bør være forberedt på samt vise forståelse for at tjenester kan ta lenger tid enn normalt, og at virksomheter kan være mindre tilgjengelige.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Februar 2022
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no