

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

22/5791-14

Martin Wikören Mogstad

03.03.2022

Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 630 – Om tiltakspakker på innreiseområdet i beredskapsøyemed

OPPSUMMERING

- HelseDirektoratet anbefaler at strategien framover innrettes som en leve med-strategi, med god beredskap og evne til krisehåndtering ved behov. God beredskap for tiltak mot importsmitte vil være nødvendig.
- HelseDirektoratet og FHI er enige om at importsmitte er av mindre betydning i dagens situasjon med mye smitte innenlands, høy vaksinasjonsdekning og en dominerende virusvariant med redusert risiko for alvorlig sykdom sammenlignet med tidligere varianter.
- I et scenario der vi står overfor en ny virusvariant oppdaget i utlandet med stor spredningsdyktighet og høy sykdomsalvorlighet, kan det bli behov for å forsøke å forsinke spredningen innenlands ved å innføre strenge tiltak mot importsmitte raskt, og deretter justere og målrette tiltakene så snart som mulig. I en slik situasjon må man samtidig avklare hva som er hensikten med en forsinkelse (vaksinasjon, bygge kapasitet for test på grensen/TISK i kommunene, gensekvensering og/eller for å få mer kunnskap).
- HelseDirektoratet ønsker å understreke at det kan være en stor fordel om arbeidet med importsmitte er godt samordnet med våre viktigste samarbeidspartnere i Norden og Europa. Samtidig må det ses hen til anbefalinger fra WHO jf. det internasjonale helsereglementet (IHR).
- HelseDirektoratet har utarbeidet forslag til tiltakspakker som er ment for å kunne lette beredskapsplanleggingen fremover. Disse er ikke knyttet til scenarier da det må gjøres en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen og behovet for tiltak før tiltak iverksettes.
- Om vilkårene for å iverksette tiltak mot importsmitte er oppfylt, må vurderes konkret og basert på den aktuelle smittesituasjonen på det tidspunktet tiltakene vurderes innført.

- Tiltak mot importsmitte berører menneskerettslige forpliktelser som for eksempel retten til privatliv, familieliv, bevegelsesfrihet og barns rettigheter. Tiltakene vil også kunne ha betydning for forpliktelser etter EØS-avtalen om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital. Disse forpliktelsene må hensyntas ved vurdering av tiltak.
- Helsedirektoratet anbefaler at beredskapen holdes på et høyere nivå enn før pandemien frem til våren/sommeren 2023. På det tidspunktet regner vi med å ha bedre kunnskap om hvordan beredskapen bør være videre etter dette.
- Beredskapsplanene må ta høyde for en alvorlig utvikling av pandemien med behov for å iverksette smitteverntiltak for å redusere importsmitte. Tiltak som er tatt helt ned, vil ta betydelig lengre tid å få opp igjen.

Vennlig hilsen

e.f.

Kopi:
FOLKEHELSEINSTITUTTET, Utbrudd Utbrudd

Svar på covid-19 oppdrag fra HOD 630 – Om tiltakspakker på innreiseområdet i beredskapsøyemed

Oppsummering

- HelseDirektoratet anbefaler at strategien framover innrettes som en leve med-strategi, med god beredskap og evne til krisehåndtering ved behov. God beredskap for tiltak mot importsmitte vil være nødvendig.
- HelseDirektoratet og FHI er enige om at importsmitte er av mindre betydning i dagens situasjon med mye smitte innenlands, høy vaksinasjonsdekning og en dominerende virusvariant med redusert risiko for alvorlig sykdom sammenlignet med tidligere varianter.
- I et scenario der vi står overfor en ny virusvariant oppdaget i utlandet med stor spredningsdyktighet og høy sykdomsalvorlighet, kan det bli behov for å forsøke å forsinke spredningen innenlands ved å innføre strenge tiltak mot importsmitte raskt, og deretter justere og målrette tiltakene så snart som mulig. I en slik situasjon må man samtidig avklare hva som er hensikten med en forsinkelse (vaksinasjon, bygge kapasitet for test på grensen/TISK i kommunene, gensekvensering og/eller for å få mer kunnskap).
- HelseDirektoratet ønsker å understreke at det kan være en stor fordel om arbeidet med importsmitte er godt samordnet med våre viktigste samarbeidspartnere i Norden og Europa. Samtidig må det ses hen til anbefalinger fra WHO jf. det internasjonale helsereglementet (IHR).
- HelseDirektoratet har utarbeidet forslag til tiltakspakker som er ment for å kunne lette beredskapsplanleggingen fremover. Disse er ikke knyttet til scenarier da det må gjøres en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen og behovet for tiltak før tiltak iverksettes.
- Om vilkårene for å iverksette tiltak mot importsmitte er oppfylt, må vurderes konkret og basert på den aktuelle smittesituasjonen på det tidspunktet tiltakene vurderes innført.
- Tiltak mot importsmitte berører menneskerettslige forpliktelser som for eksempel retten til privatliv, familieliv, bevegelsesfrihet og barns rettigheter. Tiltakene vil også kunne ha betydning for forpliktelser etter EØS-avtalen om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital. Disse forpliktelsene må hensyntas ved vurdering av tiltak.
- HelseDirektoratet anbefaler at beredskapen holdes på et høyere nivå enn før pandemien frem til våren/sommeren 2023. På det tidspunktet regner vi med å ha bedre kunnskap om hvordan beredskapen bør være videre etter dette.
- Beredskapsplanene må ta høyde for en alvorlig utvikling av pandemien med behov for å iverksette smitteverntiltak for å redusere importsmitte. Tiltak som er tatt helt ned, vil ta betydelig lengre tid å få opp igjen.

HelseDirektoratet har i dette oppdraget samarbeidet med Folkehelseinstituttet (FHI), Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) og Politidirektoratet (POD). Utkast til det faglige underlaget fra FHI mottok HelseDirektoratet 2. mars 2022 klokken 13.40. Endelig faglig underlag mottok HelseDirektoratet 3. mars 00:34. HelseDirektoratet har benyttet utkastet i besvarelsen av oppdraget. I tillegg er det innhentet erfaringer fra kommuner via Statsforvalter (SF) når det gjelder effekt og nytte av tiltakene. Kommuner med de største flyplassene har gitt sine innspill om kapasiteten som skal bestå i beredskap. Andre aktører, som Kystverket, Statens Vegvesen og Avinor, har fått muligheten til å komme med innspill, men ikke alle har benyttet den.

Innspill fra FHI, POD, DSB og Avinor legges ved i sin helhet. Innspillene fra POD, DSB og Avinor gjenfinnes også i vedlegg 1.

I møte mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet mandag 28. februar, kom man til enighet om at det ikke var nødvendig å lage utkast til forskriftsendringer for de forskjellige tiltakspakkene.

Innhold

Oppsummering	1
Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet	3
Bakgrunn	4
Andre relevante oppdrag	4
Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet og tilbakemelding fra Statsforvaltere (SF) og kommuner	4
Oppsummering fra FHI	4
Tilbakemelding fra Statsforvaltere, kommuner og samvirkeaktører	5
Helsedirektoratets vurdering	6
Strategi for håndtering av importsmitte	6
Tiltakspakker	7
Tiltakene må tilpasses aktuell situasjon	8
Risiko, effekt og tiltaksbyrde	8
Tabell 1: Scenarier og krisehåndtering:	9
Tabell 2 med tiltakspakker	10
Rettslige utgangspunkter ved vurderingen av tiltak mot importsmitte	11
Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring av reetablering av tiltak mot importsmitte?	12
Beredskap	12
Beredskapsnivåer	12
Nåværende beredskap	12
Drøfting av beredskapsbehovet fremover	13
Helsedirektoratets anbefaling om beredskapsnivå	14
Koordinert innsats	14
Kommunikasjonstiltak	15
Nærmere om søknadsbaserte ordninger for arbeidsreisende og Arbeidstilsynets godkjenning av innkvarteringssted for innreisekarantene	16
Om eventuelle forskriftsreguleringer	16
Betydningen av om SARS-CoV-2 regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom	17
Hjemmelsgrunnlag for kontroll av koronasertifikat	17
Unntak for transitt	17
Utforming av unntak fra test- og registreringsplikt	18
Behov for et enkelt og forutsigbart regelverk	18
Helsedirektoratets anbefaling	18

Vedlegg 1 - Oppsummering av tiltak og beskrivelse av tiltaksbyrde	20
Generelle tiltak eller tiltak rettet mot enkeltland.....	20
Innreiserestriksjoner	20
Innreisekarantene og karantenehotell	21
Test.....	22
Oppfølging av innreisende etter ankomst	24
Grensekontroll	25
Litt om Det internasjonale helsereglement og Verdens helseorganisasjon	26
Vedlegg 2 – Avinors innspill om erfaringer med innreisetiltak.....	28

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet i samråd med Folkehelseinstituttet, POD, DSB og eventuelle andre relevante aktører om å utarbeide «tiltaks pakker» med forslag til innreisetiltak for ulike scenarier til beredskapsøyemed. Pakkene med tiltak skal være et overordnet rammeverk som skal ligge klare ved mulige smitteutbrudd og nye virusvarianter, og bør kunne brukes som utgangspunkt både til innstramming og lettelser av innreisetiltak. Pakkene skal inneholde forslag til tiltak samt eventuelle unntak som anses nødvendige og forholdsmessige i den situasjonen der pakken kan anses relevant.

Formålet er at regjeringen kan bruke «tiltaks pakkene» for å kunne planlegge gjeninnføringer eller lettelser av innreisetiltak etter hvert som smittesituasjonen og andre sentrale faktorer endres, og at alle berørte sektorer har oppdaterte planer for ulike mulige endringer i tiltak.

Det bes også om utkast til forskriftsendringer for de forskjellige tiltaks pakkene og at det utarbeides en oversikt over tiltaks pakkene i tabells form. Tiltaks pakkene skal ta utgangspunkt i ulike scenarier som etter etatens vurdering synes å være mest aktuelle og som det bør tas høyde for i gjeldende beredskapssituasjon. Oppdraget må ses i sammenheng med oppdrag 610 om strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19 pandemien, oppdrag 623 om forlengelse av innreiserestriksjonsloven og oppdrag 629 om forlengelse av hjemler i smittevernloven.

Vi ber om at etatene en uke før endelig frist presenterer utkast til reviderte tiltaks pakker.

Bakgrunn

Regjeringens strategi og beredskapsplan legger til grunn at den samlede responsen og sammensetningen av smitteverntiltak, lokalt, regionalt og nasjonalt, gjennom 2022 løpende justeres etter pandemiens utvikling i Norge. Regjeringen har satt i gang et arbeid med å utforme skisser til tiltaks pakker som skal inngå i fremtidig beredskapsplan, jf. svar på oppdrag 601.

Under hele pandemien har innreisetiltak vært sentrale virkemiddel i arbeidet med å begrense importsmitte. Med innreisetiltak siktes det ikke bare til tiltak etter covid-19-forskriften som innreisekarantene, karantenehotell, test før og etter ankomst, innreiseregistrering, koronasertifikat, Nasjonalt kontrollsenter for innreisende og Arbeidstilsynets kontroll med arbeidsgivers karantenefasiliteter. Innreiserestriksjoner etter midlertidig lov om innreiserestriksjoner, UDs reiseråd og kontrolltiltak på grensen har også vært nødvendige og effektive tiltak mot importsmitte.

Graden og bruken av de ulike innreisetiltak under pandemien har som kjent variert. Blant annet har tiltaksbruken vært tilpasset etter hva som har vært smittevernfaglig nødvendig og forholdsmessig i lys av smittesituasjonen innenlands og utenlands, vaksinedekningen i befolkningen og kapasitet i helse- og omsorgstjenesten. Omfanget og

bruken av unntak fra tiltakene har også variert i lys av smittesituasjonen. Forskjellen i smittenivå relatert til andre land og introduksjon av nye varianter av viruset har vært viktige momenter i vurderingene av innreisetiltak.

Det er nå ønskelig at tiltakene som gjennomføres blir mer forutsigbare, slik at sektorene kan planlegge for tilpasninger som må gjøres ved ulike scenarier.

Frist: 3. mars 2022 kl. 12:00

Kontaktpersoner i HOD:

- Tjaarke Hopen tjh@hod.dep.no
- Stig Atle Vange stig-atle.vange@hod.dep.no

Kontaktperson i JD:

- Kaja Kolvig kaja.kolvig@jd.dep.no

Bakgrunn

Kontaktpersoner for dette oppdraget er Hilde Skyvulstad og Martin Wikören Mogstad.

Importsmitte er av mindre betydning i dagens situasjon med mye smitte innenlands, høy vaksinasjonsdekning og en dominerende virusvariant med redusert risiko for alvorlig sykdom sammenlignet med tidligere varianter.

Alle innreiserestriksjoner etter innreiserestriksjonsforskriften er opphevet og alle innreisetiltak etter covid-19-forskriften er fjernet. Smittevernregelverkets hensyn tilsier ikke lenger regulering av reiser inn og ut av landet. Pandemien er likevel ikke over, og det er nødvendig med en beredskap for å kunne gjeninnføre tiltak mot importsmitte (innreiserestriksjoner og innreisetiltak; herunder kontrolltiltak) dersom situasjonen tilsier det.

I oppdragsbesvarelsen vil Helsedirektoratet drøfte strategier for å håndtere importsmitte dersom det oppstår situasjoner med nye smittebølger eller nye virusvarianter, foreslå tiltak på ulike nivåer dersom det igjen skulle bli nødvendig med tiltak mot importsmitte, diskutere prinsipielle spørsmål som reises ved tiltak mot importsmitte og veie risiko opp mot samfunnsøkonomisk konsekvens. Tiltakspakkene må behandles som skisser over mulige aktuelle tiltak, og ikke som en fasit for hvilke tiltak som skal settes inn ved et gitt scenario. Aktuelle tiltak må vurderes konkret i den aktuelle situasjonen. Helsedirektoratet vurderer også behovet for beredskap for testing på grensen, samt behovet for beredskap i andre etater for å gjøre iverksettelse av tiltak mot importsmitte mulig.

Andre relevante oppdrag

- 601 – Tabell med oversikt over pakker med smitteverntiltak
- 610 – Om strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19 pandemien
- 620 – Overvåking av covid-19
- 622 – Om innreisetiltak
- 623 – Om vurdering av mulig forlenging av innreiserestriksjonslova
- 624 – Beredskap på teststasjoner
- 629 – Om forlengelse av hjemler i smittevernloven

Faglig underlag fra Folkehelseinstituttet og tilbakemelding fra Statsforvaltere (SF) og kommuner

Oppsummering fra FHI

FHI sitt endelige underlag ble mottatt 3. mars kl. 00.34:

- *"Mål for håndtering av pandemien i perioden mai '22 – september '23 (jf. oppdrag 610);*

- befolkningen skal beskyttes både mot alvorlig sykdom og død fra epidemien og mot uheldige følger av tiltak mot epidemien
- befolkningen skal sikres forsvarlig helsehjelp for alle sykdommer og ha frihet
- samfunnet og økonomien skal fungere så normalt som mulig.
- Erfaringene så langt har vist at når en svært smittsom Variant of Concern (VoC) først oppdages og rapporteres internasjonalt er den allerede spredt utover landets grenser og er forekommende i flere land. Innreisetiltak og reiserestriksjoner har ikke hindret introduksjon eller overtakelse av verken alfa-, delta- eller omikronvarianten i Norge, men innreisetiltak i kombinasjon med strenge, nasjonale tiltak har bidratt til å holde det totale smittenivået nede.
- Innreisetiltak har konsekvenser for befolkningen og samfunnet, og terskelen for å ta i bruk tiltak bør være høy. Innreisetiltak bør kun iverksettes som følge av en grundig smittevern­faglig risikovurdering og med et klart definert smittevernformål jf. Smittevernlovens §1-5
- For vurdering av scenarioer, viser vi til scenario 1-4 beskrevet i oppdragsbesvarelse 610.
- I situasjoner der virusets effektive spredningsevne (iboende spredningsevne og immunevasjon mot infeksjon og transmisjon) og effektive sykdomsalvorlighet (iboende virulens og immunevasjon mot alvorlig sykdom) er akseptabel i samfunnet jf. scenario 1-3 synes ikke forskriftsfestede innreisetiltak smittevern­messig formålstjenlig eller forholds­messig, men vil måtte inngå i en løpende, helhetlig risikovurdering.
- I et verstefallscenario (jf. scenario 4) der tilgjengelig overvåkning varsler om en ny og antatt verre bekymringsvariant, med større spredningsevne enn omikronvarianten, som forårsaker større sykdomsalvorlighet pga. immunevasjon mot alvorlig sykdom hos eldre og sårbare, men også hos voksne og middelaldrende, er det avgjørende med skjerpet overvåking og løpende risikovurdering. I en slik situasjon kan innreisetiltak være aktuelle for å holde forekomsten nede. Innreisetiltak bør ses i sammenheng med samtidig nivå av nasjonale tiltak, og ha et tydelig formål.
- Hvilke innreisetiltak som bør iverksettes er avhengig av smittesituasjonen nasjonalt og globalt, og hva som er formålet med tiltakene. Lavest mulig tiltaksbyrde bør benyttes for ønsket mål­oppnåelse, nytten må vurderes mot kostnaden for samfunnet og den enkelte, og innreisetiltak bør være midlertidige og revurderes fortløpende.
- Innreisetiltak er i liten grad målrettede, de er i sum ressurskrevende og kan påføre både den reisende og samfunnet stor tiltaksbyrde. Det bør gjøres en grundig og helhetlig vurdering av innreisetiltak i iht. effektivitet og kost-nytte, inkl. samfunnsøkonomiske implikasjoner av de ulike elementene i innreisekjeden".

Tilbakemelding fra Statsforvaltere, kommuner og samvirkeaktører

I tillegg til kunnskapsgrunnlaget om effekten av forskjellige innreisetiltak, som var etterspurt fra FHI, har Helse­direktoratet innhentet erfaringer fra kommunene via statsforvalterne om hvordan de vurderer effekten og nytten av tiltakene. Vi har fått svar fra 45 kommuner via ni statsforvaltere, som også i noen grad har gitt sine egne vurderinger.

Tilbakemeldingene er noe sprikende, men flertallet mener at tiltakene i noen eller stor grad har hatt effekt på importsmitten. Det framheves også at tiltakene i seg selv har hatt en mobilitetsreduserende effekt og derigjennom har hindret smittespredning over grensene. Selv om det ikke har blitt påvist så mange positive ved testing på grense­stasjonene, har oppfølging de nærmeste dagene avslørt ytterligere smittede. Én statsforvalter framhever at grensetiltakene måtte vært enda strengere for å ha effekt.

Når det gjelder kommunenes nytte av de enkelte innreisetiltakene, vil det bli omtalt under hvert enkelt tiltak i vedlegget. Kommentarer fra de andre aktørene i innreisekjeden gjengis også der, i tillegg til at deres innspill vedlegges i sin helhet.

Helsedirektoratets vurdering

Tiltak mot importsmitte, nærmere bestemt innreiserestriksjoner, og innreisetiltak; herunder kontrolltiltak, har så langt vært en viktig del av strategien for å håndtere SARS-CoV-2 pandemien. Den overordnede målsettingen med disse tiltakene har vært å redusere importsmitte, og på den måten bidra til å holde smittespredningen innenlands nede, samt å ha tiltaksnivået innenlands så lavt som mulig for å oppnå ønsket effekt. Det er helheten av tiltak mot importsmitte og tiltak innenlands, som er viktig for å oppnå ønsket effekt.

Helsedirektoratet og FHI vurderer imidlertid at innreiserestriksjoner og innreisetiltak ikke har hindret introduksjon eller overtakelse av verken alfa-, delta- eller omikronvarianten i Norge. På det tidspunktet en ny variant av viruset oppdages og rapporteres internasjonalt, har den allerede spredt seg og forekommet i flere land. Kombinasjonen av tiltak mot importsmitte og innenlands tiltak samlet, har bidratt til å holde det totale smittenivået nede i lengre perioder og forsinket spredningen innenlands. Helsedirektoratet vurderer også at det å fange opp tilfeller på grensen har vært verdifullt for å redusere belastningen på helsetjenesten i pandemihåndteringen; særlig for kommunene. Helsedirektoratet og kommunene erfarer dessuten at tiltak mot importsmitte har en generell mobilitetsreducerende effekt, noe som også bidrar til at mindre smitte krysser grensen.

Det har vært en utfordring å skape forutsigbarhet for tiltak mot importsmitte. Så langt har pandemien overrasket oss flere ganger, med utviklinger på måter vi ikke har kunnet forutsi. Det er derfor vanskelig å kunne forutsi når det eventuelt vil være behov for å iverksette tiltak mot importsmitte, og hvor strenge tiltakene trenger å være. Hvilke tiltak som eventuelt bør settes inn vil også være avhengig av hvilken risiko man er villig til å ta på det aktuelle tidspunktet. En vurdering av eventuell gjeninnføring av innreisetiltak må alltid gjøres konkret i den aktuelle situasjonen.

Strategi for håndtering av importsmitte

Oppdrag 610, levert 2. mars 2022, omhandler den overordnede strategi- og beredskapsplan videre for å håndtere covid-19-pandemien. Etter to år med pandemi er vi nå i en fase der det er grunn til håp om at vi kan bevare kontroll, holde samfunnet åpent og lære oss å leve med covid-19. Helsedirektoratet anbefaler at strategien framover innrettes som en leve med-strategi, med god beredskap og evne til krisehåndtering ved behov. Beredskap for å kunne iverksette tiltak mot importsmitte er en viktig del av denne strategien. Den overordnede strategien får dermed tre hovedelementer:

- Normalisering
- Overvåkning og beredskap
- Krisehåndtering ved behov

Disse tre elementene gjenspeiles i det nasjonale målbildet som er foreslått i oppdrag 610:

Normalisering: Målet er å normalisere økonomien og samfunnet slik at det kan holdes så åpent som mulig. Håndteringen av covid-19-infeksjon innarbeides så langt som mulig i alle sektors alminnelige tjenester og systemer. Risikogrupper beskyttes mot smitte. Befolkningen sikres nødvendig helsehjelp.

Overvåkning og beredskap: Målet er at overvåkingen er tilstrekkelig til tidlig nok å oppdage uheldig utvikling både lokalt, nasjonalt og internasjonalt, og at alle aktører har tilstrekkelig beredskap til å kunne mobilisere ved behov for tiltak.

Krisehåndtering: Målet er at nødvendige, tilstrekkelige og forholdsmessige tiltak iverksettes så raskt som mulig lokalt, regionalt og/eller nasjonalt hvis det oppstår situasjoner med potensielt eller avklart fare for liv, helse og drift av kritisk viktige samfunnsfunksjoner. Sårbare grupper vernes så langt mulig mot negative effekter av krisehåndteringen.

Overvåkning drøftes hovedsakelig i oppdrag 620, mens beredskap og krisehåndtering med tanke på importsmitte drøftes i dette oppdraget.

I FHI sin besvarelse på oppdrag 610 beskriver FHI fire mulige scenarier. Scenariene er ikke uttømmende og heller ikke gjensidig utelukkende:

- "1. Antatt beste utfall er en variant (kan være omikron) som sprer seg lett, men gir lite alvorlig sykdom. Liten sesongeffekt, slik at det blir en del smitte gjennom sommeren, men bare en moderat høst- eller vinterbølge.*
- 2. Optimistisk utfall er en variant (kan være omikron) som sprer seg godt, men gir lite alvorlig sykdom. Betydelig sesongeffekt slik at det blir lite smitte gjennom sommeren, men en stor høst- eller vinterbølge.*
- 3. Pessimistisk utfall er en ny variant med enda større spredningsevne enn omikronvarianten, men ikke større sykdomsalvorlighet. Den blir raskt dominerende og gir en svært stor bølge.*
- 4. Antatt verste utfall er en ny variant med enda større spredningsevne enn omikronvarianten og samtidig større sykdomsalvorlighet. Den blir raskt dominerende og gir en svært stor bølge med mange alvorlig syke."*

Overordnet vurderer vi at ved en utvikling av pandemien tilsvarende "antatt beste utfall scenario" og "optimistisk utfall scenario", vil importsmitte sannsynligvis ha liten betydning for smitteutviklingen nasjonalt. Det kan likevel ikke utelukkes at det kan komme situasjoner der smitteutviklingen nasjonalt sammenliknet med utviklingen i andre land gjør at man vurderer tiltak for importsmitte. Dette kan for eksempel skje dersom det blir en svært stor belastning på helsetjenesten. Iverksetting av tiltak må alltid vurderes konkret i den aktuelle situasjonen.

I "antatt verste utfall scenario" der vi står overfor en ny virusvariant med stor spredningsdyktighet og høy forekomst i andre land, som gir økt sykdomsbyrde, kan det bli behov for å forsøke å forsinke spredningen innenlands. FHI skriver i sitt utkast til underlag at innreisetiltak alene ikke har hatt en ønsket bremsende effekt verken på introduksjonen av nye virusvarianter, eller på spredningen frem til dominans. Likevel konkluderer også de med at innreisetiltak kan bidra som en del i en samlet respons dersom formålet er å holde forekomsten nede nasjonalt. I en slik situasjon må man samtidig avklare hva som er hensikten med en forsinkelse. For eksempel kan formålet være å få gjennomført vaksinasjon, få på plass behandlingstilbud (for eksempel skaffe til veie medisiner), bygge kapasitet for test på grensen/TISK i kommunene, gensekvensering eller for å få mer kunnskap om den nye varianten. I en slik situasjon kan det være nødvendig å innføre strenge tiltak mot importsmitte så raskt som mulig for å få oversikt og kontroll over situasjonen, og deretter justere og målrette tiltakene så snart systemene er på plass. Tiltak mot importsmitte vil vurderes i sammenheng med tiltak innenlands, både lokalt, regionalt og nasjonalt. Uansett tiltaksnivå er det førende prinsippet at man innfører så lavt tiltaksnivå som mulig, og at tiltakene holdes over kortest mulig tid.

Strenge tiltak mot importsmitte kan også være aktuelt i en situasjon der man har høy mistanke om at situasjonen er som i "antatt verste utfall scenario". Dersom det viser seg at scenariet ikke var så ille likevel, vil man trappe tiltakene raskt ned, slik at tiltaksbyrden ikke blir høyere enn nødvendig.

Helsedirektoratet ønsker å understreke at det kan være en stor fordel om arbeidet med importsmitte er godt samordnet med våre viktigste samarbeidspartnere i Norden og Europa. Samtidig må det ses hen til anbefalinger fra WHO.

Tiltakspakker

I oppdraget blir etatene bedt om å utarbeide «tiltakspakker» med forslag til innreisetiltak for ulike scenarier. Helsedirektoratet og FHI finner det ikke formålstjenlig å utarbeide standardpakker med tiltak for de forskjellige scenariene. De fleste aktuelle tiltak mot importsmitte vil ha store negative konsekvenser for den enkelte og/eller for samfunnet, og må veies opp mot forventet effekt og farepotensialet i situasjonen. Graden av hast i forskjellige situasjoner vil også påvirke valgene av tiltak, siden noen av tiltakene lar seg etablere raskere enn andre.

I 610 beskriver vi utfordringene med tiltakspakker for de forskjellige scenariene slik:

"Helsedirektoratet vurderer at tiltakspakkene må betraktes som verktøy i en verktøykasse som kan benyttes. Helsedirektoratet og FHI mener at tiltakene kan ikke knyttes direkte til scenariene, da dette er vurderinger som må gjøres der og da og knyttes opp til en forholdsmessighetsvurdering. Det rettslige utgangspunktet er at beslutninger om valg av tiltak skal baseres på en helhetlig og konkret vurdering av den aktuelle situasjonen. Dette innebærer at tiltak vanskelig kan være forhåndsdefinerte, og at de vil måtte justeres og tilpasses situasjonen nært opp til tidspunktet for iverksettelse. Tiltakspakkene er ment for å kunne lette beredskapsplanleggingen fremover og forberede etater og næringer på hvilke tiltak som kan komme til å bli iverksatt. Samtidig må det understrekes at tiltakspakkene kun er forslag til sammenstilling av tiltak som vi tenker kan være aktuelle gitt dagens situasjon og den kunnskapen vi har i dag. Tiltak som iverksettes skal være basert på en «klar medisinskfaglig begrunnelse», «nødvendig av hensyn til smittevernet» og fremstå «tjenlig etter en helhetsvurdering», jf. smittevernloven § 1-5."

Tiltakspakkene vi har utarbeidet er derfor i større grad lister over aktuelle tiltak som har vist seg å utfylle hverandre på aktuelle tiltaksnivåer. I likhet med oppdrag 610, relaterer vi ikke tiltakspakken direkte til scenariene.

Forslag til tiltakspakker er skissert i tabell 2. I en situasjon med behov for strenge tiltak mot importsmitte, for eksempel i en situasjon med "verste utfall scenario" eller mistanke om en slik situasjon, vil det være aktuelt å vurdere tiltakspakkene under "svært høyt" eller "høyt" tiltaksnivå, men etter en konkret vurdering. Tiltakspakkene kan deretter brukes som støtte i en nedtrapping av tiltak. Vi har tidligere i pandemien sett at det har vært behov for gradvis nedtrapping av tiltakene mot importsmitte for å kunne overvåke smitteutviklingen på en god måte.

Tiltakene må tilpasses aktuell situasjon

Vurderingen av om vilkårene for å iverksette tiltak mot importsmitte er oppfylt, må gjøres konkret og basert på den aktuelle smittesituasjonen innen - og utenlands på det tidspunktet tiltakene vurderes innført. Egenskaper ved viruset, immunitet i befolkningen og smittegradienten over grensen må vurderes og vil påvirke hvilke tiltak som er mest hensiktsmessige.

Iverksetting av tiltak må gjøres etter en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen og potensialet for en alvorlig utvikling.

Det er viktig å presisere at ønsket tiltaksnivå på innreisefeltet ikke nødvendigvis vil være direkte sammenfallende med tiltaksnivået innenlands. Ulike situasjoner kan kreve ulik balanse mellom tiltak mot importsmitte og innenlands tiltak.

Tiltak knyttet til innreise vil påvirke innreisevolum og reiseaktivitet. Generelt viser Helsedirektoratets erfaringer at enhver lemping i tiltak fører til økt reising, mens enhver innstramming fører til en reduksjon i antall reisende. Dette gjelder særlig dersom tiltaket medfører mer/mindre praktiske utfordringer knyttet til det å reise. Man kan også tenke seg at usikkerheten rundt nye virusvarianter påvirker befolkningens reiselyst. Når innreisevolumet er høyt, er det ikke fysisk mulig å kontrollere alle, hverken med tanke på ressursbruk eller tilgjengelige arealer.

Risiko, effekt og tiltaksbyrde

Vi viser til FHIs bevarelse, der det gis en grundig gjennomgang av de ulike tiltakene, herunder omtale av smitteverneffekt og tiltaksbyrde. Dette er også grundig beskrevet i tidligere innreiseoppdrag. FHI viser videre til at smittesituasjon og immunitet i befolkningen er grunnleggende forskjellige sammenlignet med tidligere i pandemien. Ut fra disse forutsetningene vurderer FHI at, i de fleste scenariene, vil innreisetiltak ha liten smittevernmessig effekt i forhold til tiltaksbyrde. I det mest alvorlige scenariet vurderer FHI at innreisetiltak kan vurderes:

"I et slikt varslet scenario kan innreisetiltak vurderes som ett av flere grep for å skaffe bedre oversikt over situasjonen, etablere beredskap nasjonalt og erverve kunnskap for å minimere sykdomsbyrden. Hvis formålet er å holde smittespredningen i Norge nede over tid, vil tiltak på grensen kreve samtidige nasjonale tiltak. Innreisetiltak alene vil trolig være betydelig mindre effektive enn kontaktreduserende tiltak nasjonalt, men

erfaring viser at dersom flere land innfører strenge innreisetiltak, vil sekundæreffekten være dempet reiselyst og redusert reisevolum."

Helsedirektoratet deler disse vurderingene. Tiltak mot importsmitte har liten effekt i dagens situasjon med høy smittespredning av en variant som kan håndteres uten generaliserte tiltak innenlands. Helsedirektoratet støtter også FHI i at det mest sannsynlige scenariet der det vil være behov for tiltak mot importsmitte, vil være et scenario som likner på "antatt verste fall scenario", eller at det er mistanke om et slikt scenario. Helsedirektoratet mener imidlertid at det i en slik situasjon kan være aktuelt med strenge tiltak, som for eksempel innreiserestriksjoner, selv om tiltaksbyrden er høy. Innreiserestriksjoner er et tiltak som kan iverksettes raskt (underforutsetning av at midlertidig lov om innreiserestriksjoner forlenges etter 1. mai 2022 (se oppdrag 623)). Strenge tiltak beholdes kun inntil mindre inngripende tiltak, som for eksempel test ved innreise, kan komme på plass. Vi er enige med FHI i at innføring av innreiserestriksjoner kun vil være aktuelt etter en grundig risiko- og forholdsmessighetsvurdering, og at det beholdes så kort som mulig.

FHI skriver i sitt utkast til underlag: "... land som har gode systemer for sekvensering og rapportering i stor grad vil være de som oppdager nye varianter først, uavhengig av hvor variantene oppstår. Tiltak målrettet mot enkelt land vil derfor være lite effektive, og vil føre til uhensiktsmessige negative konsekvenser for land som har bedre overvåkingssystemer." FHI argumenterer derfor mot å innføre innreiserestriksjoner eller innreisetiltak som rammer reisende fra enkelte land eller regioner. Helsedirektoratet støtter disse vurderingene. Det kan likevel være situasjoner der man etter en helhetsvurdering beslutter å ha tiltak mot importsmitte rettet mot enkelte land/områder for å unngå å iverksette slike tiltak mot større befolkningsgrupper. Som beskrevet ovenfor, vil slike inngripende tiltak trappes ned så raskt som mulig.

Spørsmål om tiltak mot importsmitte må også vurderes opp mot internasjonale og grunnlovfestede menneskerettigheter og EØS-retten. For nærmere omtale av dette, se kapittelet om rettslige utgangspunkter ved vurderingen av tiltak mot importsmitte samt vedlegg til oppdragsbesvarelsen.

Tiltak mot importsmitte vil oppleves som byrdefulle for mange. Dersom det igjen skulle være aktuelt å innføre innreiserestriksjoner eller innreisetiltak mot covid-19, er vi enige om at formålet må være klart definert utfra en grundig smittevern faglig risikovurdering, samt at det må gjøres grundige forholdsmessighetsvurderinger. Mindre inngripende tiltak som innreiseregistrering og test vil være mindre byrdefullt innreiserestriksjoner og karantenehotell. Etterlevelsen påvirkes også av befolkningens oppfatning av at smitteverntiltakene er godt begrunnet, hensiktsmessige og at tiltaksbyrden står i forhold til effekten. Det er også viktig for etterlevelsen at befolkningen oppfatter tiltaksbyrden som rettferdig fordelt.

Tabell 1: Scenarier og krisehåndtering:

Scenario	Strategi	Tiltak innenlands	Tiltak mot importsmitte
Moderat smittenivå gjennom sommeren og høsten med mindre bølger	Leve med, beredskap mot nye bølger og nye varianter	Normal hverdag	Ingen
Lite smittespredning i sommer, men smittebølger til høsten/vinteren	Leve med, beredskap mot nye bølger og nye varianter	Normal hverdag	Ingen
Kraftig smittebølge	Strategi avhengig av potensialet i situasjonen	Tiltak avhengig av potensialet i situasjonen	Tiltak avhengig av potensialet i situasjonen
Svært kraftig smittebølge med ny virusvariant eller annen utvikling av pandemien der det er fare for liv og helse	Slå ned og holde nede, deretter revurdering av situasjonen	Svært høyt tiltaksnivå	Svært høyt tiltaksnivå

Følgende tabell konkretiserer hvilke tiltak som det kan bli aktuelt å iverksette mot importsmitte på de forskjellige tiltaksnivåene. Helsedirektoratet legger til grunn at nødvendige unntak gjeninnføres samtidig som tiltak mot importsmitte.

Tabell 2 med tiltakspakker

Tiltaksnivå	Normal hverdag	Lavt	Moderat	Høyt	Svært høyt
Kategori					
Innreise-restriksjoner	Opphevet	Opphevet	Opphevet	Opphevet;	For alle utlendinger; unntak for kritiske samfunnsfunksjoner og andre grupper beskyttet av lov/forskrift. Søknadsbaserte unntaksordninger for arbeidsreisende.
UDs reiseråd	Opphevet	Opphevet	Opphevet	Fraråde reiser som ikke er strengt nødvendige til enkelte områder	Fraråde reiser som ikke er strengt nødvendige
Test før ankomst	Opphevet	Opphevet	Opphevet	Plikt for enkeltgrupper	Plikt for alle
Innreise-registrering for reisende >16 år	Opphevet. Beredskap for reetablering	Opphevet. Beredskap for reetablering	Plikt for innreisende med test- eller karanteneplikt	Plikt for innreisende med test- eller karanteneplikt	Plikt for innreisende med test- eller karanteneplikt
Test ved/etter ankomst	Opphevet. Beredskap for reetablering	Opphevet. Anbefaling om test for enkeltgrupper kan vurderes	Testplikt for enkeltgrupper knyttet til immunitet ev. avreiseland ved ankomst	Testplikt for enkeltgrupper knyttet til immunitet ev. avreiseland ved ankomst	Generell plikt til test ved ankomst
Innreisekarantene	Opphevet	Opphevet	Innreisekarantene for enkeltgrupper kan vurderes	Innreisekarantene for enkelte	Innreisekarantene for mange/alle grupper
Nasjonalt kontrollsenter	Avviklet. Ev. beredskap for reetablering	Avviklet	Vurdere å reetablere. SMS-funksjonen og ev. veiledning og kontroll av innreisende med test- og karanteneplikt. Krever IRRS: Inntil 20 veiledere	Prioritere kontroll av innreisende med test- eller karanteneplikt. 20 veiledere	Prioritere kontroll av innreisende med test- eller karanteneplikt. Ev. vurdere flere veiledere
Grensekontroll	Avviklet. Beredskap for reetablering	Avviklet	Kunnskapsbasert grensekontroll kan vurderes	Kunnskapsbasert grensekontroll	Indre Schengen grensekontroll. Begrense antall åpne grenseoverganger
Karantenehotell	Avviklet	Avviklet	Frivillig tilbud om hotell til innreisende med ev. karanteneplikt	Karantenehotellordning kan vurderes ev. for enkeltgrupper	Karantenehotellordning for mange/alle grupper. Arbeidsgivere kan tilby karanteneinnkvartering godkjent av Arbeidstilsynet

Rettslige utgangspunkter ved vurderingen av tiltak mot importsmitte

Smittevernlovens formål er å verne befolkningen mot smittsomme sykdommer ved å forebygge dem og motvirke at de overføres i befolkningen, samt motvirke at slike sykdommer føres inn i Norge eller føres ut av Norge til andre land jf. § 1 første ledd. Tiltak mot importsmitte som ikke er anbefalinger må ha hjemmelsgrunnlag i lov eller forskrift. Smittevernloven inneholder flere slike hjemler, blant annet tiltak for å forebygge en mulig fremtidig situasjon, og bygger på et føre-var-prinsipp. I noen situasjoner kan innføring av tiltak være nødvendig for å forhindre at smitte sprer seg, eller for å forebygge en fremtidig smittesituasjon som man på beslutningstidspunktet anser sannsynlig hvis tiltakene ikke innføres.

Tiltak mot importsmitte etter smittevernloven skal være basert på en klar medisinskfaglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering. Ved iverksettelse av smitteverntiltak skal det legges vekt på frivillig medvirkning dra den eller de tiltaket gjelder. Dette følger av smittevernloven § 1-5.

Kravet om medisinskfaglig begrunnelse skal ikke tolkes for strengt og det er for eksempel ikke krav til vitenskapelig bevist effekt, men tiltaket må likevel være egnet til å ha en ønsket effekt. Nødvendighetskravet innebærer at tiltaket må være egnet til å forebygge eller hindre smittespredning. I nødvendighetskravet ligger også det minste inngreps prinsipp. Kravet om at smitteverntiltak skal fremstå som tjenlig etter en helhetsvurdering innebærer at det må foretas en avveining av den helsemessige nytten av tiltaket, i forhold til tiltakets øvrige konsekvenser. Disse grunnleggende kravene som stilles til smitteverntiltak etter smittevernloven må vurderes konkret ved iverksettelse av tiltakene.

Flere av tiltakene på innreisefeltet medfører begrensninger i menneskerettigheter, som for eksempel retten til privatliv, familieliv eller bevegelsesfrihet. Innreisetiltak vil også kunne ha betydning for forpliktelser etter EØS-avtalen om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital. Se vedlegg til denne besvarelsen hvor dette er redegjort for knyttet til de ulike tiltakene.

Inngrep i menneskerettighetene må ha tilstrekkelig hjemmel i lov, ivareta et legitimt formål og være forholdsmessig. Det har vært lagt til grunn at hensynet til å verne befolkningen mot covid-19 ved å forsinke importsmitte, forebygge eller motvirke at viruset blir overført mellom personer, er begrunnet i folkehelsen, og er et legitimt formål. Dette må imidlertid vurderes konkret for den aktuelle virusvarianten og situasjonen som eventuelt oppstår.

Forholdsmessighetskravet innebærer at inngrepet må være egnet og nødvendig for å oppnå det legitime formålet, og stå i forhold til (balanseres) mot det som skal oppnås. Kravene etter smittevernloven § 1-5 overlapper i stor grad med disse vurderingene, men det må likevel gjøres en konkret vurdering av den enkelte berørte rettighet.

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle tiltak som berører barn. Dette følger av Grunnloven § 104 andre ledd og Barnekonvensjonen artikkel 3 nr. 1. Dersom et tiltak mot importsmitte vil få betydning for barn, må det derfor foretas en vurdering av barnets interesser. Hensynet til barnets beste skal veie tungt, men vil ikke nødvendigvis være avgjørende. Ved iverksettelse av tiltak mot importsmitte vil det eksempelvis være sentralt å vurdere om det er nødvendig med unntak slik at barn og foreldre kan gjennomføre samvær.

Dersom et tiltak mot importsmitte rammer rettighetene til bestemte grupper særskilt, kan det måtte vurderes om inngrepet er i tråd med diskrimineringsforbudet som er fastsatt i for eksempel Grunnlovens § 98, SP artikkel 26, eller SP artikkel 2 og EMK artikkel 14. Det kan være lov å forskjellsbehandle så lenge det er et saklig formål, er nødvendig for å oppnå dette formålet, og ikke er uforholdsmessig inngripende for den som rammes.

Hvis tiltaket mot importsmitte berører EØS-rettens regler om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital, må det foretas en selvstendig forholdsmessighetsvurdering etter EØS-rettens regler. Eventuelle inngrep i en av de fire frihetene kan, som under EMK, rettferdiggjøres dersom inngrepet ivaretar legitime formål og er forholdsmessige, jf. for eksempel EØS-avtalens artikkel 13, 28 og 33. Dersom det allerede er foretatt en vurdering av om inngrepene i

menneskerettighetene kan anses rettferdiggjort, for eksempel for å sikre liv, helse og økonomi, må også eventuelle inngrep i de fire frihetene anses rettferdiggjort, jf. for eksempel E-16/10 Philip Morris avsnitt 77-83.

Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring av reetablering av tiltak mot importsmitte?

Beredskap

For å ha mulighet til å reetablere tiltak mot importsmitte, er det nødvendig med å opprettholde et hensiktsmessig beredskapsnivå. Nedenfor vil Helsedirektoratet drøfte konsekvensene av ulike beredskapsnivåer og muligheten til å reetablere tiltak mot importsmitte. Vi vil til slutt komme med en anbefaling om beredskapsnivå frem til våren/sommeren 2023.

Beredskapsnivåer

Helsedirektoratet ser for seg tre forskjellige beredskapsnivåer:

1. Plan for iverksetting. Dette er det laveste beredskapsnivået, der det kun foreligger planer for hvilke tiltak som skal iverksettes ved en gitt hendelse.
2. Bevart infrastruktur, systemer og noen ansatte for raskt å kunne iverksette et tiltak ved en gitt hendelse. Et eksempel på dette er beredskapen knyttet til det å kunne oppta testing på grensen som per i dag er ved store flyplasser med utenrikstrafikk, Storskog og Svinesund jf. brev fra Helsedirektoratet av 2. og 9. februar 2022.
3. Tiltak er i drift med mulighet for å øke kapasiteten ved behov

Hvilket beredskapsnivå vi har, bestemmer hvor raskt og hvor kraftig responsen på en krise kan bli. Ved beredskap på nivå 1, som skissert over, vil responstiden være tregere enn ved nivå 3. Aktiveringstiden vil imidlertid variere for ulike tiltak.

Vi har tidligere i pandemien erfart at det tar tid å reetablere tiltak som er opphevet. Samtidig har blant annet kommunene vist stor evne og vilje til å stille opp på kort tid. Senest ved iverksettelse av generell testplikt ved inntreden av omikronvarianten, viste kommunene (med samarbeidspartnere) evne til å oppskalere kapasiteten kraftig på kort tid. Kommunene hadde da et høyt antall personellressurser ansatt, selv om det hadde blitt nedskalert noe. Da testing på grensen ble etablert i september 2020, brukte kommunene ca. 3 uker på å opprette tilbud til frivillig testing (antall tester var da på et svært lavt nivå sammenlignet med desember 2021).

Regjeringens nåværende strategi- og beredskapsplan gjelder ut april 2022. Helsedirektoratet har i brev til kommunene av 2. februar 2022 og 9. februar 2022 redegjort for hvilken beredskap det skal være for å kunne reetablere testing på grensen i denne perioden. Vi viser også til oppdrag 624. I oppdrag 522 er beredskap for å kunne reetablere Nasjonalt kontrollsenters og innreiseregistreringssystemet beskrevet.

Det er svært vanskelig å forutsi pandemiens videre gang. I sin siste risikovurdering av 9. februar 2022, skriver FHI at:

"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."

Nåværende beredskap

Kun flyplasser med utenrikstrafikk, Storskog og Svinesund har beredskap på nivå 2 (beskrevet over). Ved Gardermoen er det fortsatt åpen teststasjon for dem som ønsker å teste seg (f.eks. om de har symptomer), og i uke 8 testet 36 av 585 positivt. For grenseoverganger ved vei og havn, er det ikke beredskap for å reetablere testing, og kommunene har fått føringer om at test vil skje i kommunen.

Hva beredskapsnivå 2 betyr for de ulike grenseovergangene, er svært ulikt. Å skalere opp kapasiteten på en mindre grenseovergang vil kreve færre ressurser enn på en større grenseovergang. En grenseovergang som har en beredskapsbemanning på fem personer, kan raskere doble kapasiteten, enn en grenseovergang med en

minimumsbemanning på for eksempel 20 personer. Testkapasiteten bestemmes også av andre faktorer som areal, køløsninger og IT-systemer.

Tidligere i pandemien så man på muligheten for å unnta test på grensen fra journalføringsplikten, eller definere test på grensen som noe annet enn helsehjelp, for potensielt å øke kapasiteten signifikant. Dette vil frigjøre mye tid til journalføring, spesielt av negative tester. En slik løsning bør vurderes nå, for å tilrettelegge for raskere responstid for testing på grensen. Å fravike kravet om å vente på testsvar vil potensielt kunne doble kapasiteten. Kommuner med beredskap på nivå 2 kan iverksette test i løpet av 1–2 dager, og deretter oppskalere kapasiteten.

Tilskuddsordningen "Testing ved grenseoverganger" dekker dagens beredskap. Basert på anslag fra kommunene med de største flyplassene, samt Halden (Svinesund) og Sør-Varanger (Storskog), koster beredskapen ca. 14 mill. kr i måneden. Personer ansatt i beredskap i kommunene, som har fått alternative arbeidsoppgaver, kan raskt disponeres på grensen.

POD opplyser i "Samvirkemøtet" mellom aktørene i innreiekjeden at politiet har ressurser til å stille opp på grensen innen kort tid. Ressursene vil etter 1. juli 2022 bli allokert til andre deler av politiet, eller ev. ikke være tilgjengelig. Gjennom pandemien har politiet hatt god bistand fra Forsvaret (Heimevernet) og Tolletaten for å gjennomføre grensekontrollen. Dette er aktører det vil være mulig å kalle på også i fremtiden. Sivilforsvaret har også bidratt godt tidligere i pandemien, og vil kunne være en mulig løsning i en overgangsperiode.

De digitale løsningene er ikke avvirket, men ligger "sovende". Digitale løsninger kan derfor raskt tas i bruk igjen, men for eksempel vil IRRS kreve oppdatering av skjemaet for å være i tråd med forskrift på aktuelle tidspunkt. PODs erfaring er at digitale løsninger, og automatikk, kan spare mye tid i grensekontrollen. I den grad det er mulig å automatisere verifiseringsprosessene ytterligere, vil det være gunstig.

Drøfting av beredskapsbehovet fremover

Hvilket beredskapsnivå som skal beholdes fremover er en politisk beslutning. For å beslutte beredskapsnivået, må man veie responstiden opp mot kostnaden av et høyere beredskapsnivå. Kostnaden er ikke kun økonomisk; tilgangen til personell har vist seg å være en begrensende faktor. Ved lengre responstid, må man også vurdere hvilke konsekvenser dette kan forårsake for samfunnet. Dersom FHIs "antatt verste fall scenario" skulle slå til, og beredskapen er tatt for langt ned, vil det potensielt ha store konsekvenser for samfunnet (se oppdrag 610). Det kan bety behov for enda strengere tiltak og over enda lengre tid, enn om man klarer å slå ned eller forsinke smitten ved å innføre tilstrekkelige tiltak tidlig, som følge av et høyere beredskapsnivå.

De økonomiske kostnadene for staten ved å opprettholde beredskap på dagens nivå i grensekommunene vurderes liten til moderat (se nåværende beredskap). Dersom beredskapen nedskaleres til nivå 1, vil en reetablering ta betydelig lenger tid.

Ved Svinesund vil det kunne bli vanskelig å få leid areal til teststasjon. Helsedirektoratet er gjort oppmerksom på at areal ved Svinesund teststasjon er attraktivt for andre dersom Halden kommune ikke disponerer det videre etter utgangen av 2022. Det er stor sannsynlighet for at kommuner gir avkall på fysisk infrastruktur og avtaler om leie av areal ved nivå 1. Flesland lufthavn Bergen disponerer per i dag en hel terminal for test på grensen. Dersom beredskapen skaleres ned til nivå 1, er det usikkert om Avinor er villig til å la terminalen stå ubrukt.

Den største utfordringen ved iverksetting av innreisetilak, er bemanning ved teststasjonene. Det har gått med mye tid og ressurser for å lære opp dagens personell, som stort sett har vært ansatt på midlertidige kontrakter med en uavklart arbeidssituasjon. Ved ytterligere nedskalering, vil mange av de som har arbeidet og opparbeidet god kompetanse, ikke være tilgjengelige.

Oppstart av frivillig test på grensen, tok ca. tre uker. Derimot er det stor forskjell på frivillig testing (kun en liten andel testet seg) og obligatorisk testing. Obligatorisk testing krever langt flere ansatte, større areal og tilgjengelighet på selvtester til utdeling for de man ikke har kapasitet til å teste på grensen. Ved introduksjonen av

omikronvarianten, var innreisevolumet lavt sammenlignet med 2019. Med massiv oppskalering av kapasiteten på de største flyplassene, klarte man å teste ca. 50 % av de innreisende. De resterende måtte teste seg i kommunene eller med selvtest. Kommunene har i liten grad oversikt over hvorvidt kravet ble etterlevd av de resterende reisende, men det er likevel grunn til å tro at etterlevelsen var god basert på tilbakemeldingene. Ved beredskap på nivå 2, vil det ta mer enn to uker å skalere opp testingen tilsvarende kapasitetsnivået sent i desember 2021/tidlig januar 2022 for Halden og Bergen.

Formålet med innreisetiltakene er å hindre eller forsinke spredning av nye, mer alvorlige virusvarianter. Helsedirektoratet viser i tabell 1 at det er mest sannsynlig med enten ingen/få tiltak eller høyt/svært høyt tiltaksnivå når det gjelder importsmitte. Ved beredskap på nivå 2 i kommunene vil man være avhengig av at politiet, i samarbeid med forsvaret, akutt stiller opp på grensen i for eksempel to uker, mens kommunene reetablerer og skalerer opp testing. Det vil så være mulig å gradvis, eller helt, erstatte de strengeste tiltakene (for eksempel innreiserestriksjoner) med test og karantene dersom man har kunnskap om eventuell ny variant som tilsier at det er smittevernfare trygt, eller at kapasiteten ellers i innreisekjeden er bygget opp tilstrekkelig.

I tiden fremover må grunnberedskapen beskrives av alle etatene som skal bidra, og tiden uten tiltak på grensen brukes konstruktivt til å sette opp en oversikt over ansvarsområdene til de ulike etatene, samt responstiden til ulike etater for sine områder. På den måten kan man være bedre forberedt. Både POD og DSB viser i sine innspill til at man nå har en mulighet til å legge planer for gode logistiske løsninger ved grenseovergangene, herunder sikring av tilstrekkelig areal for grenseoperasjoner i krisetid. Planene bør være konkrete og per grenseovergangssted. Det kan bidra til bedre flyt dersom det igjen blir nødvendig med innreiserestriksjoner eller andre sterke innreisetiltak. Det er naturlig at en annen etat enn Helsedirektoratet holder i et slikt koordineringsarbeid.

Beredskapsnivå 3 vurderes ikke samfunnsøkonomisk hensiktsmessig fordi man i dagens situasjon kan ivareta rimelig responstid på et lavere beredskapsnivå med mindre økonomisk kostnad.

Sammenfallende hendelser (naturkatastrofer, flyktingestrømmer etc.) kan bidra til å utfordre etatenes kapasitet.

Helsedirektoratets anbefaling om beredskapsnivå

Pandemien har vist oss at vi må være forberedt på det uventede. Det er fortsatt mulig at det vil komme andre signifikante varianter som krever tiltak på grensen. Helsedirektoratet anbefaler at beredskapen opprettholdes på beredskapsnivå 2 til våren/sommeren 2023, slik at det er mulig å reetablere og oppskalere for eksempel testing på grensen på de største flyplassene, Storskog og Svinesund innen rimelig tid. I det inngår også andre etaters beredskapsnivå, samt beredskap for hurtig iverksetting av digitale løsninger, ettersom innreisekjeden er komplisert og har mange avhengigheter på tvers av etater. Dette fremstår som det mest hensiktsmessige når man vurderer den samlede risikoen opp mot kostnad og behovet for relativt rask responstid.

Koordinert innsats

God dialog og avklart ansvarfordeling mellom de ulike aktørene er avgjørende for en god håndtering av pandemien. Dette gjelder både mellom de ulike aktørene på selve grenseovergangen, men også mellom etatene nasjonalt. Det har gjennom pandemien vært ulike samarbeidsarenaer på ulike nivå for å sikre at aktørene i innreisekjeden har felles situasjonsforståelse og at innsatsen er koordinert. Møtene har vært arena for gjensidige statusoppdateringer, praktisk håndtering og drøfting av strategiske tilnærminger og nødvendige tiltak. Møtestrukturen har utviklet seg gjennom pandemien. POD skriver i sitt innspill at samvirkemøtene har vært en forutsetning for at politiet har kunnet ivareta sitt koordineringsansvar.

Erfaringene med koordineringen mellom aktørene og fra ulike samarbeidsarenaer kan gjennomgås og brukes i utviklingen av det videre samarbeidet mellom aktørene. Samarbeidsarenaene må raskt gjenopptas ved behov både på lokalt og nasjonalt nivå. Dersom det på forhånd er avklart hvilke samarbeidsarenaer/møteplasser som er hensiktsmessige, formål med møtene og møtedeltagelse, vil man ved utvikling av pandemien i en negativ retning, eller ved nye kriser, raskt kunne få en koordinert innsats.

Statsforvaltere og kommuner har pekt på at belastningen har vært stor for enkelte grensekommuner med store grenseoverganger. Etablering og drift av teststasjoner, logistikk, samarbeid med andre aktører i innreisekjeden og håndtering av reisende som har testet positivt på grensen, har i perioder krevd store ressurser. Det reises spørsmål ved om det i større grad enn i dag bør være en koordinering av innsatsen også på regionalt nivå.

I den grad det er formålstjenlig, bør innreisetiltak harmoniseres med EUs rådsanbefalinger. Avinor legger særlig vekt på at det vil være enklere å ferdes i Europa om innreisetiltakene er samordnet mellom landene. En samordning spesielt mellom de nordiske landene, vil gjøre det enklere for næringslivet og et felles nordisk arbeidsmarked. Dersom målet er å hindre introduksjon av en ny virusvariant, vil det kunne bli behov for å handle hurtig, også før det er kommet nye råd fra for eksempel ECDC. Hurtig tilpassing/harmonisering med andre lands regelverk og situasjonen, blir i et slikt tilfelle viktig. Ved konkret vurdering i en situasjon med en alvorlig mutasjon, bør man se hen til WHO's anbefalinger, samt hvilke tiltak de nordiske landene vedtar, for å forsøke å harmonisere reglene i for eksempel Norden. Grensekommunene har gitt tilbakemelding om at felles bo- og arbeidsregion på svensk/finsk side kan vurderes annerledes enn andre regioner i våre naboland.

Kommunikasjonstiltak

Aktuelle kommunikasjonstiltak på innreise må ses i sammenheng med generelle kommunikasjonstiltak for ny strategi og beredskap, ref. oppdrag 610. Innspill og råd fra aktørene i innreisekjeden bygger opp under Helsedirektoratets anbefalinger.

Helsedirektoratet og aktørene i innreisekjeden har gjennom pandemien informert reisende om myndighetenes regelverk og anbefalinger i ulike kanaler. Dersom det blir behov for å gjeninnføre tiltak på grensen, er følgende kanaler aktuelle å bruke:

- Helsenorge.no med reiseinformasjon på 20 språk, chatbot mv.
- Nasjonal informasjonstelefon, svarer på forskjellige språk etter behov.
- Aktørenes nettsteder - Helsedirektoratet.no, FHI.no, dsb.no, Arbeidstilsynet.no mv.
- SMS-varsler til reisende ved ankomst til grensepasseringssteder
- SMS-varsler til norske reisende i utlandet ved innstramming av innreiseregler
- Oppfølging og veiledning av innreisende v/Nasjonalt kontrollsenter
- Plakater, roll-ups, skilt og informasjonsmaterieell på grensepasseringssteder, til kommuner mv.
- Annonsering til alle som søker informasjon om flyreise til Norge på internett
- Kampanjer og sosiale medier
- Media

Aktørene i innreisekjeden har etablert et godt tverrsektorielt samarbeid. Faste møteserier er blitt en viktig arena for rask informasjonsdeling, problemløsning og situasjonsforståelse. Dialogmøter med SF og grensekommuner har vært viktig for å avdekke behov og unngå misforståelser. Arbeidstilsynet er en helt sentral partner for å målrette kommunikasjon til arbeidsinnvandrere og norske arbeidsgivere, som raskt kan mobilisere.

I følge POD anses kommunikasjon som en primærstrategi for å sikre etterlevelse, deriblant forenkling av regelverket. POD skriver følgende: "*Veiledning knyttet til hvordan den enkelte skal forholde seg til hovedregler og unntaksbestemmelser må sikres gjennom bred kommunikasjon, tilgjengelig informasjon og en forenkling av regelverket. Kommunikasjon bør skje gjennom kjente kommunikasjonsplattformer og tekniske løsninger*".

DSB påpeker tydelige budskap for å unngå misforståelser, og anbefaler at kommunikasjonsmiljøene er mer aktive i egne organisasjoner, slik at også fagmiljøer er innforstått med det som er elementært innen kommunikasjonsfaget.

I sitt innspill skriver DSB følgende: "*En stor utfordring i kommunikasjonen mot befolkningen, var til dels meget korte frister fra vedtak ble fattet, til de skulle iverksettes. Dette gjorde det svært vanskelig for kommunikasjonsmiljøer i relevante departementer og etater å nå ut til innbyggere og reisende til landet med oppdatert og tydelig informasjon,*

koordinere seg internt slik at informasjonen fra alle avsendere var likelydende, og rydde opp og oppdatere relevante nettsider".

Et tiltak i informasjonsberedskapen vil være at aktører i innreisekjeden tar vare på materiell som skilt og roll-ups, slik at det ved behov raskt kan hentes frem igjen. Dette vil spare tid og ressurser. Dersom Helsedirektoratet ved senere behov kan distribuere informasjonsmateriell i form av filer og produksjon/trykk skjer lokalt, vil dette også være tidsbesparende.

Merk: det forutsettes at relevante nettsted, veiledere, chatbot osv. er primære informasjonskilder som til enhver tid er oppdatert med gjeldende regler og anbefalinger.

[Nærmere om søknadsbaserte ordninger for arbeidsreisende og Arbeidstilsynets godkjenning av innkvarteringssted for innreisekarantene](#)

Da vi tidligere hadde omfattende innreiserestriksjoner, var det ordninger for søknadsbaserte unntak fra innreiserestriksjonene. Reisende over ordningene (som ikke kunne dokumentere gyldig immunisering) hadde krav til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell eller i arbeidsgivers innkvarteringssted godkjent av Arbeidstilsynet. Tidligere har forhåndsgodkjent innkvartering av arbeidsgivers karantenefasiliteter også gitt unntak fra plikten til karantenehotell uavhengig av innreiserestriksjoner.

Smittevernloven § 4-3 andre og tredje ledd gir hjemmel for å utforme forskriftsbestemmelser som pålegger arbeidsgiver å tilrettelegge for egnet oppholdssted for arbeidstakere som kommer til Norge for å utføre arbeid eller oppdrag. Helsedirektoratet anbefalte nylig å forlenge disse hjemlene i oppdrag 629.

Helsedirektoratet har tidligere innhentet tilsynsstatistikk og vurderinger fra Arbeidstilsynet. Erfaringen med (et begrenset antall) tilsyn av forhåndsgodkjente innkvarteringssteder for innreisekarantene var gjennomgående god – det var funnet tilfredsstillende forhold ved tilnærmet alle tilsyn. Vi har heller ikke erfart nevneverdige utbrudd i forbindelse med de søknadsbaserte ordningene og/eller innkvarteringen. Søknadsbaserte ordninger med forhåndsgodkjente unntak er også hensiktsmessige for å redusere tidsbruk i grensekontrollen. POD er tydelige i sitt innspill på at forhåndsgodkjente unntak er viktige for å hindre flaskehals i grensekontrollen.

Erfaringen med de søknadsbaserte ordningene for arbeidsreisende og Arbeidstilsynets forhåndsgodkjenning av karantenefasiliteter, tilsier at etterlevelsen av innreisekontrolltiltak var god. Vi vurderer at det kan være hensiktsmessig å gjeninnføre disse ordningene dersom det igjen skulle bli behov for innreiserestriksjoner eller karantenehotell.

Etter at innreiserestriksjonene ble opphevet, ble det innført krav om at *alle arbeidsgivere som ansatte utenlandsk arbeidskraft og stilte karanteneinnkvartering til disposisjon*, måtte ha denne innkvarteringen forhåndsgodkjent av Arbeidstilsynet (tidligere § 8a i covid-19-forskriften). Denne ordningen bestod inntil plikt til innreisekarantene ble opphevet. Helsedirektoratet var ikke involvert ved innføringen av dette kravet. Vi vurderer at et slikt krav kan være hensiktsmessig for etterlevelse av innreisekarantene, imidlertid kjenner vi ikke til i hvilken grad kravet ble fulgt.

PS: Det er viktig å ikke forveksle forhåndsgodkjent karanteneinnkvartering med generelle innkvarteringsfasiliteter for utenlandske arbeidere. Ifm. sistnevnte har det vært avdekket et betydelig antall utbrudd og tilsynsavvik gjennom pandemien.

[Om eventuelle forskriftsreguleringer](#)

Dersom det blir aktuelt å iverksette tiltak mot importsmitte som krever forskriftsreguleringer, legger Helsedirektoratet til grunn at det vil være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i tidligere reguleringer og system i covid-19-forskriften. Den nærmere innretningen av forskriftsforslagene vil måtte vurderes konkret i en situasjon der tiltakene på et gitt nivå skal innføres.

Betydningen av om SARS-CoV-2 regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom

Tiltakene som er skissert ovenfor er hjemlet i smittevernloven § 4-3 første, andre og tredje ledd. Krav om innreisekarantene, test før ankomst, test etter ankomst og innreiseregistrering har hjemmel i smittevernloven § 4-3 første ledd. Vilåret er etter bestemmelsen at tiltaket er ment å motvirke at "smittsomme sykdommer" føres inn i landet.

Krav om opphold på karantenehotell er hjemlet i smittevernloven § 4-3 annet ledd, som stiller krav om at covid-19 må være en "allmennfarlig smittsom sykdom". Det samme gjelder forskriftsbestemmelser som pålegger arbeidsgiver å tilrettelegge for egnet oppholdssted for arbeidstakere som kommer til Norge for å utføre arbeid eller oppdrag etter tidligere covid-19-forskriften kapittel 2A. For at tiltak etter denne bestemmelsen skal kunne iverksettes, må covid-19 være oppført i listen i forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer. Det innebærer at plikten til opphold på karantenehotell og krav til arbeidsgivers innkvartering er avhengig av at covid-19 er definert som en "allmennfarlig smittsom sykdom".

Helsedirektoratet viser også til høring om revisjon og forlengelse av midlertidig lov om innreiserestriksjoner hvor det er foreslått å lovfeste at Kongen sin myndighet til å innføre innreiserestriksjoner bare skal gjelde når covid-19 er definert som en "allmennfarlig smittsom sykdom" etter smittevernloven § 1-3.

Hjemmelsgrunnlag for kontroll av koronasertifikat

Eventuelle tiltak ved innreise som skal redusere smittefaren fra innreisende og sikre god kontroll med importsmitten, kan forutsette at koronasertifikat kan kontrolleres på grensen. Dersom tiltak skal differensiere mellom de som har mottatt et visst antall vaksinedoser/har gjennomgått sykdom og øvrige, må politiet ha hjemmel til å kunne kontrollere vaksinasjonsstatus på grensen ved koronasertifikat og det må finnes tiltak for innreisende som mangler gyldig dokumentasjon.

Helsedirektoratet anbefalte i leveransen på oppdrag 552 at kontrollen ikke lenger skulle knyttes til vilkår for innreise, men til å sikre etterlevelse av smitteverntiltak for de som omfattes av test- og/eller karanteneplikt. På den bakgrunn foreslo Helsedirektoratet å innføre en selvstendig hjemmel for politiets kontroll av koronasertifikat i covid-19-forskriften § 5b tredje ledd. Bestemmelsen ble lydende:

"Personer som etter første ledd skal registrere nødvendige opplysninger i innreiseregisteret, skal ved innreise framvise koronasertifikat og dokumentasjon for innreiseregistrering når politiet ber om det. Politiet kan gi slik myndighet som nevnt i første og annet punktum til annen offentlig etat."

Helsedirektoratet vurderer at en eventuell hjemmel for politiets kontroll av koronasertifikat ikke er avhengig av en plikt til innreiseregistrering. Det bør derfor vurderes om hjemmelen for politiets kontroll av koronasertifikat kan inntas i en egen bestemmelse om kontroll av koronasertifikat for at nødvendig kontroll skal kunne skje.

Unntak for transitt

Helsedirektoratet vil bemerke at vi tidligere har mottatt flere henvendelser som gjelder transitt. Henvendelsene har i hovedsak dreid seg om behov for unntak fra visse innreisetiltak for gruppen som reiser i transitt.

Innreiseregistrering har vært benyttet til å følge opp reisende med karantene- og/eller testplikt. Personer som reiser i transitt forlater landet innen kort tid, og det har på denne bakgrunn vært reist spørsmål ved behovet for å registrere denne gruppen.

Samme problemstilling gjør seg gjeldende for kravet om test etter ankomst. Den smittevernfaglige begrunnelsen for å kreve test etter ankomst gjør seg ikke gjeldende i samme grad for personer som skal forlate landet umiddelbart eller innen kort tid. Dette aktualiseres særlig dersom test etter ankomst innrettes slik at myndighetene kan gi anvisning på at testen skal tas innen 24 timer etter ankomst.

Ved en eventuell gjeninnføring av innreisetiltak bør det derfor vurderes å gi unntak for personer som reiser i transitt. I den sammenheng må det tydeliggjøres hva som er innholdet i transittbegrepet, herunder om det begrenses til flytrafikk, et visst tidsrom mv.

Utforming av unntak fra test- og registreringsplikt

Helsedirektoratet vil bemerke at i den grad unntakene som fulgte av §§ 4a, 4d og 5b skal gjelde på de ulike tiltaksnivåene, er det hensiktsmessig med en slik utforming at persongruppen ikke kobles mot unntak fra innreisekarantene i §§ 6a flg. Vi viser til endringene av 26. januar 2022. Tidligere knyttet unntakene i §§ 4a, 4d, og 5b seg til at man hadde unntak fra karanteneplikt i §§ 6a flg., hvilket medførte flere problemstillinger. Disse er omtalt blant annet i vedlegg til besvarelsen på revidert svar til oppdrag 577.

Behov for et enkelt og forutsigbart regelverk

Godt informerte reisende er en viktig forutsetning for etterlevelse av innreisetiltak som test- og karantene. Befolkningen i Norge har gjennomgående høy grad av tillit til myndighetene, og etterlever i stor grad helsemyndighetenes råd og retningslinjer. Muligheten for å bli kontrollert har likevel betydning for etterlevelsen av innreisetiltakene.

Komplisert regelverk og hyppige endringer påvirker også etterlevelsen. Dette påpeker mange aktører i sine tilbakemeldinger. POD skriver i sitt innspill: "*Veiledning knyttet til hvordan den enkelte reisende skal forholde seg til hovedregler og unntaksbestemmelser primært må sikres gjennom bred kommunikasjon, tilgjengelig informasjon og forenkling av regelverk. Man bør ikke forutsette at regelverket krever utstrakt fortolkning og eventuell bekreftelse i en fysisk kontrollsituasjon*". De peker også på at det har vært krevende for grensekontrollørene å ha oversikt over gjeldene regelverk med mange unntak da det skjedde hyppige endringer med korte tidsfrister fra beslutning til iverksettelse. Sjansen for at veiledningen ikke var oppdatert og korrekt, var periodevis stor.

Helsedirektoratet er enig i at regelverket bør være så enkelt som mulig. Et enkelt regelverk øker rettssikkerheten og skaper færre problemstillinger. Det har likevel vært utfordrende å forenkle reglene fordi det har vist seg nødvendig med en rekke unntaksbestemmelser for å ivareta særlige grupper reisende. Vi viser til at unntaksbestemmelser blant annet er viktige for å sikre nødvendig arbeidskraft, transport av personer og gods, samvær mellom foreldre og barn, og grensependling i forbindelse med arbeid eller skole. Endringer i pandemiens utvikling og kravet om at det skal gjøres løpende vurderinger av tiltakenes nødvendighet og forholdsmessighet kan også gi hyppige regelverksendringer.

Aktørene i innreisekjeden, kommunene og andre påpeker i sine innspill at de trenger tid til å tilpasse seg regelverksendringer. Fra de mottar informasjon om endringen til endringen skal iverksettes, må det gå tilstrekkelig tid til å oppdatere informasjon, gjøre nødvendige tilpasninger i systemer og rutiner samt å gi ansatte som skal gjennomføre endringene nødvendig opplæring. Involvering av ulike aktører for å sikre felles situasjonsforståelse i forkant, vil til en viss grad kunne forberede aktørene på hvilke beslutninger som kan forventes å komme, og bidra til en mer sømløs og effektiv overgang.

Helsedirektoratets anbefaling

- Helsedirektoratet anbefaler at strategien framover innrettes som en leve med-strategi, med god beredskap og evne til krisehåndtering ved behov. God beredskap for tiltak mot importsmitte vil være nødvendig.
- Helsedirektoratet og FHI er enige om at importsmitte er av mindre betydning i dagens situasjon med mye smitte innenlands, høy vaksinasjonsdekning og en dominerende virusvariant med redusert risiko for alvorlig sykdom sammenlignet med tidligere varianter.
- I et scenario der vi står overfor en ny virusvariant oppdaget i utlandet med stor spredningsdyktighet og høy sykdomsalvorlighet, kan det bli behov for å forsøke å forsinke spredningen innenlands ved å innføre strenge tiltak mot importsmitte raskt, og deretter justere og målrette tiltakene så snart som mulig. I en slik situasjon

må man samtidig avklare hva som er hensikten med en forsinkelse (vaksinasjon, bygge kapasitet for test på grensen/TISK i kommunene, gensekvensering og/eller for å få mer kunnskap).

- Helsedirektoratet ønsker å understreke at det kan være en stor fordel om arbeidet med importsmitte er godt samordnet med våre viktigste samarbeidspartnere i Norden og Europa. Samtidig må det ses hen til anbefalinger fra WHO jf. det internasjonale helsereglementet (IHR).
- Helsedirektoratet har utarbeidet forslag til tiltakspakker som er ment for å kunne lette beredskapsplanleggingen fremover. Disse er ikke knyttet til scenarier da det må gjøres en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen og behovet for tiltak før tiltak iverksettes.
- Om vilkårene for å iverksette tiltak mot importsmitte er oppfylt, må vurderes konkret og basert på den aktuelle smittesituasjonen på det tidspunktet tiltakene vurderes innført.
- Tiltak mot importsmitte berører menneskerettslige forpliktelser som for eksempel retten til privatliv, familieliv, bevegelsesfrihet og barns rettigheter. Tiltakene vil også kunne ha betydning for forpliktelser etter EØS-avtalen om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital. Disse forpliktelsene må hensyntas ved vurdering av tiltak.
- Helsedirektoratet anbefaler at beredskapen holdes på et høyere nivå enn før pandemien frem til våren/sommeren 2023. På det tidspunktet regner vi med å ha bedre kunnskap om hvordan beredskapen bør være videre etter dette.
- Beredskapsplanene må ta høyde for en alvorlig utvikling av pandemien med behov for å iverksette smitteverntiltak for å redusere importsmitte. Tiltak som er tatt helt ned, vil ta betydelig lengre tid å få opp igjen.

Vedlegg 1 - Oppsummering av tiltak og beskrivelse av tiltaksbyrde

Helsedirektoratet har i forbindelse med oppdrag 630, gjennomgått de forskjellige tiltakene mot importsmitte, inkludert drøfting rundt det rettslige grunnlaget for dem. Det er også innhentet erfaringer med tiltakene fra kommuner, statsforvaltere og samarbeidsaktører i innreisekjeden. Gjennomgangen ble ganske omfattende, og er derfor hentet ut som et utdypende vedlegg til oppdragsbesvarelsen. FHI har foretatt en vurdering av nytten opp mot samfunnskostnadene ved innreisetiltakene, men den ble mottatt så sent at det ikke har vært mulig å integrere den i vår besvarelse. Det henvises derfor til vedlegget fra FHI for kompletterende informasjon om tiltakene.

At smitteverntiltakene er godt begrunnet, hensiktsmessige og at tiltaksbyrden står i forhold til effekten, påvirker etterlevelsen. Det er også viktig for etterlevelsen at befolkningen oppfatter tiltaksbyrden som rettferdig fordelt.

Tiltaksbyrden ved strenge tiltak på grensen vil ramme samfunnet på mange områder; spesielt deler av industrien og tjenesteyting som er avhengig av utenlandsk arbeidskraft, arbeidspendling over grensen og næringsliv som er knyttet til turisme og internasjonal handel. I tillegg vil redusert mulighet for å krysse grensen være belastende for den enkelte.

Generelle tiltak eller tiltak rettet mot enkeltland

Gjennom pandemien har tiltak vært rettet mot enkelte land/områder, og bygd på kunnskap om smittenivået i aktuelle land. Når smittenivået innenlands er like høyt som smittenivået i andre land med mye innreise til Norge, blir tiltak mindre hensiktsmessig. Ved en ny virusvariant kan tiltakene rettes mot innreisende fra områder der vi vet at varianten er til stede. Som FHI påpeker, kan dette imidlertid føre til at land med god overvåkning får en uforholdsmessig stor tiltaksbyrde, samtidig som land med dårligere overvåking slipper de samme tiltakene selv om insidensen av varianten i disse landene reelt sett kan være like høy.

Innreiserestriksjoner

Innreiserestriksjoner er hjemlet i innreiserestriksjonsloven. Loven innebærer at utlendinger bare har rett til innreise dersom de hører til nærmere bestemte unntaksgrupper, jf. innreiserestriksjonsloven § 2 første og annet ledd. Formålet med innreiserestriksjonsloven er å avgrense retten til innreise for utlendinger som ellers vil ha rett til innreise etter utlendingsloven, når det er nødvendig for å trygge folkehelsen ved utbrudd av den allmennfarlige smittsomme sykdommen covid-19, jf. § 1.

Innreiserestriksjonsloven er midlertidig og oppheves 1. mai 2022. Justis- og beredskapsdepartementet har imidlertid sendt et forslag om mulig revisjon og forlengelse av loven på høring. Helsedirektoratet viser ellers til vurdering av behovet for forlengelse av innreiserestriksjonsloven i oppdrag 623.

Innreiserestriksjoner berører ulike rettigheter som for eksempel retten til privatliv og familieliv, jf. GrL § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17. Restriksjonene kan også gripe inn i rettigheter som retten til å søke asyl, og det har derfor vært unntak for denne gruppen.¹ Videre skal barnets beste være et grunnleggende hensyn ved alle tiltak som berører barn, jf. GrL § 104 andre ledd og BK artikkel 3 nr. 1, samt at barns rett til å opprettholde kontakt med foreldre må vurderes jf. BK artikkel 10 nr. 2. Ved iverksettelse av innreiserestriksjoner og vurdering av tiltakets formål og forholdsmessighet, vil det derfor være nødvendig å vurdere om det kan gis unntak for enkelte grupper. Norske statsborgere kan ikke nektes adgang til riket etter jf. GrL § 106 andre ledd andre punktum og EMK P4 artikkel 3 nr. 2.

¹ Se vurdering av relevante berørte rettigheter i [JDs høringsnotat av 17. januar 2022 om revisjon og forlengelse av lov om innreiserestriksjoner for utlendinger av hensyn til folkehelsen](#)

Innreiserestriksjoner vil kunne berøre EØS-rettens regler om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital, hvilket forutsetter en selvstendig forholdsmessighetsvurdering etter EØS-rettens regler. Eventuelle inngrep i en av de fire frihetene kan, som under EMK, rettfærdiggjøres dersom inngrepet ivaretar legitime formål og er forholdsmessige, jf. for eksempel EØS-avtalens artikkel 13, 28 og 33. Dersom det allerede er foretatt en vurdering av om inngrepene i menneskerettighetene kan anses rettfærdiggjort, for eksempel for å sikre liv, helse og økonomi, må også eventuelle inngrep i de fire frihetene anses rettfærdiggjort, jf. for eksempel E-16/10 Philip Morris avsnitt 77-83.

I tidligere faser av pandemien har vi hatt omfattende innreiserestriksjoner.

De viktigste formålene med innreiserestriksjoner er å

- hindre innreise av potensielt smitteførende personer
- redusere innreisevolumet tilstrekkelig til at det er håndterbart for innreisekjeden, slik at nødvendige innreisekontrolltiltak kan gjennomføres og etterleves.

Per i dag er alle innreiserestriksjoner og -tiltak fjernet. Et vesentlig spørsmål er i hvilken grad det kan bli nødvendig å gjeninnføre innreiserestriksjoner i fremtiden. Innreiserestriksjoner har en svært høy tiltaksbyrde. Tiltaket er inngripende og hindrer den enkelte i å kunne fritt reise inn til landet, herunder for å arbeide eller besøke familie. Jo mer inngripende tiltak det er tale om, jo strengere krav stilles til at tiltaket er nødvendig og forholdsmessig. Ved vurderingen av om tiltaket skal innføres, har det betydning om formålet kan oppnås med mildere inngrep. For eksempel, er innreisekarantene et mindre inngripende tiltak enn innreiserestriksjoner.

Helsedirektoratet legger til grunn at vi kan havne i en situasjon der det haster å innføre innreiserestriksjoner. Fra et smittevernlig beredskapsperspektiv mener vi det er nødvendig at lovverket gjør dette mulig. Dette innebærer også at grensekontroll må kunne gjeninnføres på kort tid for å sikre etterlevelse av eventuelle innreiserestriksjoner. Hvorvidt det i framtiden vil være nødvendig og forholdsmessig av hensyn til folkehelsen å gjeninnføre innreiserestriksjoner, vil være vurderinger som må gjøres utfra den aktuelle situasjonen. Det vil også være hensiktsmessig å samordne eventuelle innreiserestriksjoner med andre land (eksempelvis Norden eller EU). Det vises også til oppdrag 623.

Innreisekarantene og karantenehotell

Smittevernloven § 4-3 første ledd jf. § 1-5 gir hjemmel til å gi forskrift om innreisekarantene. Tiltak etter smittevernloven § 4-3 første ledd kan iverksettes for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karantenetiltak). Krav om opphold på karantenehotell er hjemlet i smittevernloven § 4-3 annet ledd jf. § 1-5. Når covid-19 er regnet som en allmennfarlig smittsom sykdom, kan Kongen med hjemmel i smittevernloven § 4-3 annet ledd gi forskrift om hvor og hvordan personer som reiser inn til Norge skal gjennomføre karantene for å forebygge eller motvirke overføring av covid-19.

Plikt til innreisekarantene og opphold på karantenehotell griper inn i grunnleggende menneskerettigheter som retten til privatliv og familieliv, jf. GrL. § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17 og rett til fri bevegelighet i GrL. § 106 første ledd og EMK P4 artikkel 2.1. Videre skal barnets beste være et grunnleggende hensyn ved alle tiltak som berører barn, jf. GrL. § 104 andre ledd og BK artikkel 3 nr. 1, samt at barns rett til å opprettholde kontakt med foreldre må vurderes jf. BK artikkel 9 nr. 3 og 10 nr. 2. Ved iverksettelse av innreisekarantene og karantenehotell og vurdering av tiltakets formål og forholdsmessighet, vil det derfor være nødvendig å vurdere om det kan gis unntak for enkelte grupper.

I likhet med innreiserestriksjoner, vil innreisekarantene og karantenehotell kunne berøre EØS-rettens regler om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital, hvilket forutsetter en selvstendig forholdsmessighetsvurdering etter

EØS-rettens regler. Vi viser i den forbindelse til omtalen ovenfor, hvor det fremgår at eventuelle inngrep i frihetene kan rettfærdiggjøres dersom de er tillatt etter EMK.

Innreisekarantene sikrer at personer som har vært på reise, må holde avstand til andre inntil man vet om personen er smittet eller ikke. På den måten reduseres sannsynligheten for at smitte fra reisende spres videre innenlands. Innreisekarantene har vært et viktig innreisetiltak. Karantene er imidlertid et inngripende tiltak fordi det innebærer sosial distansering og begrensninger i adgangen til fritt å ta del i aktiviteter og oppholde seg der man ønsker.

Dersom det på nytt blir aktuelt med strenge innreisetiltak, kan innreisekarantene bli aktuelt, enten for enkelte grupper, for innreisende fra enkelte områder, eller eventuelt for alle med enkelte unntak.

Lengden på innreisekarantene, inkludert muligheten for å teste seg ut, må vurderes konkret opp mot gjeldende virusvariant, tilgang på gode tester osv. Det kan være aktuelt at test, for eksempel daglig i fem dager eller liknende, vil kunne erstatte innreisekarantene. Dette vil i så fall være mindre inngripende for de reisende.

Innreisekarantene kan forsterkes med bruk av karantenehotell slik det har vært gjort i perioder av pandemien så langt. Opphold på karantenehotell bidrar til å sikre etterlevelsen av karantenen og beskytte familiemedlemmer i husstanden mot smitte. Det er imidlertid et enda mer inngripende og ressurskrevende tiltak, og vil kun tas i bruk når det er svært nødvendig å sikre optimal etterlevelse. Et tilbud om karantenehotell for de som ikke har egnet karantenested, bør også vurderes dersom innreisekarantene på nytt skal tas i bruk.

Tilbakemeldingen fra kommunene er at karantenehotell har vært krevende å planlegge og administrere, men at det i hovedsak har vært nyttig når det først har kommet i gang. Kommunene har også hatt behov for hotellplasser til andre personer med behov for smittekarantene eller isolasjon, som ikke har egnede forhold på sitt eget bosted.

DSB skriver i sitt innspill til oppdraget "*En hovedregel om at innreisende må være på karantenehotell for å gjennomføre innreisekarantene var et svært inngripende tiltak i innreisekjeden, og det var krevende å drifte en ordning med mange unntak fra hovedregelen. Risikobaserte og behovsbaserte vurderinger av hvem som skulle på karantenehotell mener DSB fungerte bedre, og er en innretning som i større grad kan benyttes i beredskapssammenheng.*"

Videre bemerker DSB at "*Dersom det blir behov for å gjeninnføre innreisekarantene, plikt til testing ved innreise, eller at kommunene får ansvar for å tilby egnet isolasjonssted til personer som får plikt til å isolere seg, og dette medfører et behov for hotellplasser egnet for karantene eller isolasjon, vurderer DSB at disse behovene bør samordnes og løses på én og samme måte. DSB mener at en felles hotellordning der man kan se behovene under ett, administrere refusjon/tilskudd enhetlig og planlegge dimensjonering og kapasitet samlet, kan være mer effektivt enn slik det har vært løst tidligere.*" Denne vurderingen støttes av Helsedirektoratet.

Test

Smittevernloven § 4-3 første ledd jf. § 1-5 gir hjemmel til å gi forskrift om testplikt før og/eller etter ankomst.

Etter smittevernloven § 4-3 første ledd kan det gis forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karanteneiltak), herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer. I forskriftene kan Kongen også fastsette nærmere krav til undersøkelser, smittesaning og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.

Helsedirektoratet legger til grunn at smittevernloven § 4-3 første ledd også gir hjemmel til å fastsette testplikt uavhengig av karanteneplikt. Det fremgår av forarbeidene til smittevernloven § 4-3 første ledd at departementet er

gitt forholdsvis vide fullmakter til å bestemme relevante tiltak for å motvirke at allmennfarlige smittsomme sykdommer føres inn i eller ut av landet. Dette begrunnes i forarbeidene med at den usikre epidemiologiske utviklingen globalt skaper uvisshet om hvilke kjente eller hittil ukjente smittsomme sykdommer som vil gjøre seg gjeldende i framtiden og true folkehelsen. Helsedirektoratet viser også til at test anses som et mindre inngripende tiltak enn innreisekarantene.

Ved iverksettelse av plikten til test før og/eller etter ankomst, må forholdet til grunnleggende menneskerettigheter vurderes. Disse tiltakene kan berøre for eksempel retten til privatliv og familieliv etter GrL § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17. Plikt til å gjennomføre test kan anses som en plikt til å motta medisinsk behandling, noe som kan være et inngrep i retten til privatliv. Videre kan testplikt før ankomst med tilhørende bortvisningsadgang gripe inn i retten til familieliv. Barnets beste skal også være et grunnleggende hensyn ved alle tiltak som berører barn, jf. GrL § 104 andre ledd og BK artikkel 3 nr. 1. Ved iverksettelse av testplikt og vurdering av tiltakets formål og forholdsmessighet, vil det derfor være nødvendig å vurdere om det kan gis unntak for enkelte grupper.

Norske statsborgere kan ikke nektes adgang til riket etter jf. GrL § 106 andre ledd andre punktum og EMK P4 artikkel 3 nr. 2 og de kan derfor ikke bortvises selv om de ikke har negativt testresultat på test tatt før innreise. Dette forholdet må vurderes ved iverksettelse av testkrav før innreise.

Det vil også kunne være aktuelt å vurdere om testplikten berører EØS-rettens regler om fri flyt av personer, tjenester, varer eller kapital, hvilket forutsetter en selvstendig forholdsmessighetsvurdering etter EØS-rettens regler. Vi viser i den forbindelse til omtalen ovenfor, hvor det fremgår at eventuelle inngrep i frihetene kan rettfærdiggjøres dersom de er tillatt etter EMK.

Testing av innreisende har vært et viktig tiltak for å redusere sannsynligheten for importsmitte. Test før innreise kan hindre at smittede personer kommer inn i landet. Den enkelte reisende er selv ansvarlig for test før ankomst, og dette er derfor et lite belastende tiltak for samfunnet. Flere flyselskaper har også krevd negativ test, en såkalt "fit-to-flight"-attest, før ombordstigning av reisende, uavhengig av hva som har vært kravet for innreisende til landet.

Testing ved/etter grensepassering identifiserer smittede slik at de kan isoleres, før de sprer smitte videre inn i befolkningen. En slik test har liten betydning dersom det ikke samtidig er en plikt, eventuelt en sterk anbefaling som kommuniseres godt til de reisende, om isolasjon ved positiv test i et visst antall dager. Det vil si at testing bør innføres dersom det også er iverksatt isolasjonstiltak. Test ved/etter grensepassering anses som et lite inngripende tiltak, men krever et stort apparat på grensen, og er kostbart. Videre er test av alle reisende ved grensepassering krevende å gjennomføre dersom innreisevolumet er høyt. Det kan lett oppstå samtidskonflikter som medfører opphopning av reisende, slik at mange må henvises til test i hjemkommunen, for eksempel innen 24 timer. Ca. 50 prosent av de reisende ble testet ved grenseovergangsstedet ved generell testplikt desember 2021/januar 2022. Det vil kunne ta noe tid å oppskalere testkapasiteten igjen når den nå er tatt ned. I påvente av en eventuell oppbemanning av teststasjoner på grensen, kan det være behov for å vurdere om det er grunnlag for å iverksette strengere tiltak som for eksempel innreiserestriksjoner eller karantene i en periode.

Kommunene melder at teststasjoner på grensen har vært krevende å opprette og drive, ikke minst på grunn av raske endringer i testkrav, og derav følgende endringer i testvolum. Flere grensekommuner melder om godt samarbeid med politi og toll etter hvert som ordningene har gått seg til. Ellers oppgir et flertall av kommunene at test i hjemkommunen innen 24 timer etter innreise stort sett har fungert fint. De har inntrykk av god etterlevelse av den tillitsbaserte ordningen, og foreslår utdeling av selvtest på grensen som den enkleste løsningen. Det har vært noe krevende for små kommuner å motta store turistgrupper for testing i kommunene.

Selv i perioder med testplikt for alle, har ikke testingen på grensen lagt beslag på mer enn 1 % av testene brukt i landet. Vi kan derfor ikke si at grense-testingen på noe tidspunkt har gått på bekostning av testkapasiteten til andre formål i landet.

Oppfølging av innreisende etter ankomst

Smittevernloven § 4-3 første ledd jf. § 1-5 gir hjemmel for å gi forskrift om registreringsplikt.

Etter smittevernloven § 4-3 første ledd kan det gis forskrifter for å motvirke at smittsomme sykdommer føres inn i landet eller spres til andre land (karanteneiltak), herunder bestemmelser om tiltak som gjelder personer, dyr, transportmidler, varer og gjenstander som kan tenkes å overføre smittsomme sykdommer. I forskriftene kan Kongen også fastsette nærmere krav til undersøkelser, smittesaning og dokumentasjon i forbindelse med innreise til og utreise fra Norge og i forbindelse med inn- og utførsel av varer.

Helsedirektoratet legger til grunn at smittevernloven § 4-3 første ledd også gir hjemmel til å fastsette registreringsplikt uavhengig av karanteneplikt. Det fremgår av forarbeidene til smittevernloven § 4-3 første ledd at departementet er gitt forholdsvis vide fullmakter til å bestemme relevante tiltak for å motvirke at allmennfarlige smittsomme sykdommer føres inn i eller ut av landet. Dette begrunnes i forarbeidene med at den usikre epidemiologiske utviklingen globalt skaper uvisshet om hvilke kjente eller hittil ukjente smittsomme sykdommer som vil gjøre seg gjeldende i framtiden og true folkehelsen. Helsedirektoratet viser også til at registreringsplikt anses som et mindre inngripende tiltak enn innreisekarantene.

All behandling av personopplysninger krever etter personvernforordningen et behandlingsgrunnlag.

Innreiseregisteret har tidligere hatt sitt behandlingsgrunnlag i covid-19-forskriften § 5b, jf. smittevernloven § 4-3 og personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e, hvor det var hjemmel for innhenting av personopplysninger som er nødvendige for å sikre etterlevelse av smitteverntiltakene, for å styrke smittevernarbeidet og bidra til bedre smitteoppsporing.

Videre vil retten til privatliv etter GrL § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17 ha betydning for adgangen til å innhente og behandle personopplysninger i forbindelse med innreiseregistrering.

Registreringsplikt er i utgangspunktet et lite inngripende tiltak overfor den enkelte sett opp mot andre innreisetiltak som testing og karantene. Helsedirektoratet vurderer at innreiseregistrering vil bare være nødvendig og hensiktsmessig så lenge det foreligger smitteverntiltak og et oppfølgingsbehov av disse. Dersom det blir aktuelt å innføre regler om karantene og/eller testing igjen, vil innreiseregistrering være et tiltak som kan bidra til bedre oppfølging av etterlevelsen av disse.

Innspill vi har fått til dette oppdraget viser at kommunene i ulik grad har hatt tilsyn med innreisende etter ankomst. I dette arbeidet har de kunnet benytte rapportering fra Nasjonalt kontrollsenter og informasjon fra innreiseregisteret. For kommunene har denne informasjonen vært tilgjengelig på ulike flater, og har ikke vært direkte koblet til testresultatene for de innreisende i MSIS. Nye løsninger er nå utviklet for kobling av data knyttet til smittesporingssystemene på kommunesektorens organisasjon (KS) sin FIKS plattform, men kun et mindre antall av kommunene har benyttet disse løsningene.

All informasjonen i innreiseregisteret er basert på egenerklæring – uten noen form for digital kontroll.

Feilregistreringer har forekommet, noe som vanskeliggjør kontakt med de innreisende. Dette påpeker også kommunene i sine innspill.

Flere kommuner melder om at de har hatt lite nytte av Nasjonalt kontrollsenter. Tilbakemeldingene kan tyde på at formålet med IRRS og hvilke tiltak kontrollsentret har utført rettet mot den enkelte innreisende, har vært for dårlig

kommunisert til kommunene. Kontrollsentret har sendt SMS med informasjon om gjeldene regelverk til reisende og har vært i kontakt med og veiledet en stor andel av de reisende på telefonen. Veilederne ved kontrollsentret har behersket ulike språk. I 95–97 % av samtalene har veilederne angitt at den innreisende har forstått og etterlevd regelverket. I de resterende samtalene er det meldt om mistanke om brudd på regelverket til kommune og ev. Arbeidstilsynet. En del kommuner har fått negative tilbakemeldinger fra grensependlere om at de har fått mange unødige meldinger og oppringninger.

Ulike digitale løsninger for IRRS og rapporteringen fra kontrollsenter samt lite bruk/kjennskap til de digitale løsningene i FIKS innreise som ble utviklet våren 2021, har også bidratt til at kommunen ikke har sett nytten av innreiseregistreringen og kontrollsenterets arbeid. FIKS innreise kobler rapporteringen fra kontrollsentret i smittesporingsløsningen på plattformen med testresultat i MSIS. Det er i samme system også utviklet en saksbehandlingsmodul for kommunens egen oppfølging av innreisende.

Ved en eventuell reetablering av Nasjonalt kontrollsenter, kan det være hensiktsmessig å se om kontrollsentret skal benytte seg av FIKS innreiseoppfølging som arbeidsflate. Dette vil være med å forenkle arbeidsflyten for kommunene og øke kommunens nytte av arbeidet kontrollsentret gjør og informasjonen fra innreiseregistreringen.

I tillegg til oppfølging av innreisende etter ankomst, har data fra innreiseregistreringen også vært benyttet til overvåking av pandemien og i politiets grensekontroll. Innføringen av registreringsplikt for alle innreisende i desember 2021 sammenstilt med DSBs estimerte innreisetall, viser at etterlevelsen av registreringsplikten var høy selv om graden av kontroll var lav.

DSB angir i sitt innspill at "*Innreiseregistrering med tilhørende systemer bør vurderes opprettet som en del av den nasjonale beredskapen i fremtiden for å være forberedt på pandemihåndtering eller andre scenarier som krever tilsvarende kontroll på grensepassering eller nasjonal oppfølging*".

Grensekontroll

Politiet har frem til 12. februar, hatt hjemmel til å kontrollere koronasertifikat og dokumentasjon for innreiseregistrering i covid-19-forskriften § 5b tredje ledd. Forutsetningen for politiets tilstedeværelse var myndighetsutøvelse i form av kontroll av innreisevilkår, samtidig som det ble gitt veiledning i forbindelse med kontrollen.

Høy kontrollintensitet og et begrenset antall grenseoverganger har ifølge POD vært tidkrevende, men effektivt. Tilstedeværelse har sikret etterlevelse av krav og plikter blant de reisende. Oversikt over gjeldende regelverk med mange unntak har for politiet vært utfordrende på grunn av hyppige endringer med korte tidsfrister fra beslutning til iverksettelse.

Hvilken effekt politiets kontroll har hatt på smittebildet er i liten grad utredet. Hvilket nivå kontrollintensiteten bør ligge på for å oppnå tilstrekkelig effekt, må ifølge politiet vektles mot risikoaksept.

POD skriver følgende; *dersom det innføres tiltak som øker kontrollintensiteten må reisevolumet nedjusteres i takt med dette. Slike endringer vil utfordre kapasiteten, ressurser, infrastruktur og materiell ved grenseovergangssteder. For at politiets grensekontroll skal ha en hensikt må den enten være kunnskapsbasert hjemlet i koronaregelverket, eller systematisk ved å innføre indre Schengen grensekontroll. Sistnevnte vil kreve bistand fra andre ressurser, som Forsvaret. Politiet er også avhengig av et kunnskapsgrunnlag for å utføre kunnskapsbasert stikkprøvekontroll. Slik grunnlag ble utarbeidet av FHI og gjennomgått i ukentlige koordineringsmøte mellom aktørene.*

Helsedirektoratet er godt kjent med at utvidet grensekontroll medførte konsekvenser som lange køer og ventetider. Avinor har i sitt innspill også presisert nødvendigheten av å parallelt iverksette tiltak som reduserer volumet av innreisende til Norge, dersom det er behov for å gjeninnføre indre Schengen grensekontroll.

Både POD og Avinor peker på hjelpemidler som app for verifikasjon av koronasertifikat, løsninger i IRRS for forhåndsgodkjenning for de reisende med unntak fra karantenehotell og andre unntak (næringskritisk, grøntnæringen, familiebesøk etc.) vil være nødvendig for en enhetlig og effektiv kontroll. Digitale løsninger vil bidra til å lette kompleksiteten i en kontrollsituasjon.

Helsedirektoratet har ikke ansvar for reglene knyttet til grensekontrollen. Vi legger derfor til grunn at Justis- og beredskapsdepartementet ivaretar eventuelle juridiske vurderinger knyttet til regelverket.

[Litt om Det internasjonale helsereglement og Verdens helseorganisasjon](#)

Det internasjonale helsereglementet (IHR²) er en folkerettslig avtale som er bindende for 194 land, inkludert alle Verdens helseorganisasjons (WHOs) medlemsstater som ikke har avvist eller gjort reservasjoner mot reglementet, samt alle land som ikke er medlemmer, men som har godtatt å være bundet av det. Helsereglementet av 2005 fikk et utvidet virkeområde i forhold til reglementet av 1969, slik at det nå omfatter alle alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse uavhengig av årsak eller kilde. Dette innebærer at smittsomme sykdommer, så vel som spredning av andre helseskadelige faktorer, omfattes.

IHR tar sikte på å forebygge, varsle, beskytte mot, kontrollere, og sikre en helsemessig respons, ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. Samtidig legges det visse begrensninger på medlemsstatenes handlefrihet idet slik respons, så langt det er mulig, skal søke å unngå unødvendig forstyrrelse av internasjonal handel og trafikk. IHR krever derfor at stater varsler WHO om alle hendelser som kan være "alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse". WHO kan samle informasjon, anbefale tiltak, samt sørge for teknisk assistanse når nødvendig. Med bakgrunn i WHOs erfaring med global overvåking, alarm og respons definerer IHR hvilke rettigheter og plikter medlemsstatene har når det gjelder å rapportere og varsle om hendelser av betydning for internasjonal folkehelse. IHR etablerer også prosedyrer som WHO må følge i sitt arbeid for å opprettholde global helsesikkerhet.

I norsk retts er IHR implementert i blant annet folkehelseloven og IHR-forskriften³. Forskriften gjelder oppdagelse, vurdering og varsling av alvorlige hendelser som kan ha betydning for internasjonal folkehelse, og relevante tiltak rettet mot personer, gods, transportmidler m.m. som befinner seg i Norge eller innreise til eller utreise fra Norge.

Forskriften har i dag til formål å forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom, samt sikre en internasjonalt koordinert oppfølging. Sentralt i IHR-forskriften er begrepet "en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse", som er definert som "en ekstraordinær hendelse som utgjør eller kan utgjøre en folkehelseis risiko gjennom spredning av sykdom eller andre helseskadelige faktorer over landegrensene".

IHR-forskriften har, basert på reglementet, detaljerte regler om varsling og oppfølging. Forskriften utpeker Folkehelseinstituttet som det nasjonale IHR-kontaktpunkt i Norge. Dette kontaktpunktet skal være tilgjengelig på 24-timers basis for kommunikasjon med WHO for vurdering av hendelser i Norge og varsling til organisasjonen, samt følge opp eventuelle henvendelser fra WHO om mistanke om alvorlig hendelse i andre land. Kontaktpunktet skal informere Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre relevante myndigheter om slik varsling.

² [IHR i norsk oversettelse](#)

³ [Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse mv. \(IHR-forskriften\)](#)

IHR-forskriften omhandler, basert på reglementet, blant annet midlertidige tiltak for å begrense skadevirkningene av en alvorlig hendelse av betydning for internasjonal folkehelse. Ved en slik alvorlig hendelse vil WHO utstede midlertidige eller stående anbefalinger om helsetiltak. Det er av denne grunn også viktig at medlemslandene, deriblant Norge, følger med på WHO sine råd og anbefalinger. <https://www.who.int/>

Det vises særlig til midlertidige anbefalinger (Temporary Recommendations) som gis under pandemien av organisasjonen.

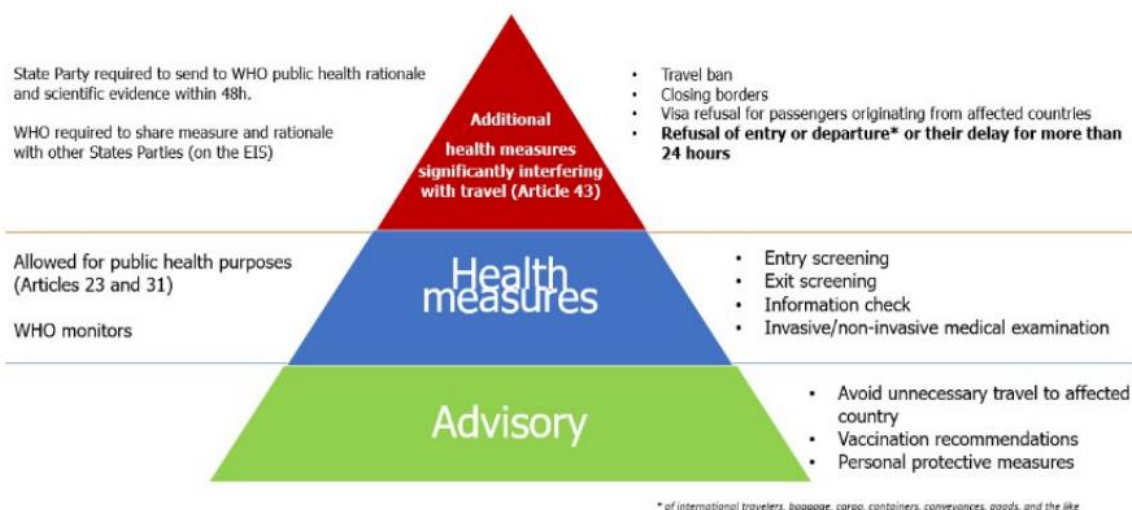
[Statement on the ninth meeting of the International Health Regulations \(2005\) Emergency Committee regarding the coronavirus disease \(COVID-19\) pandemic \(who.int\)](#)

Det vises også til artikkel 43 Ytterligere helsetiltak i reglementet. [IHR artikkel 43](#) hvor det fremgår at reglement skal ikke være til hinder for at landene kan gjennomføre helsetiltak i samsvar med relevant nasjonal lovgivning og i henhold til sine folkerettslige forpliktelser, som respons mot særlige folkehelse- og sykdomsrisikoer eller alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, som

- a) oppnår den samme eller en høyere grad av helsevern som WHO's anbefalinger, eller
- b) for øvrig er forbudt i henhold til artikkel 25, 26, 28 nr. 1 og 2, artikkel 30 og 31 nr. 1 bokstav
- c) samt artikkel 33, forutsatt at slike tiltak for øvrig er i samsvar med reglementet.

Slike tiltak skal ikke være mer begrensende for internasjonal trafikk og ikke mer invasive eller inngripende for personer enn rimelig tilgjengelige alternativer som ville sikret et hensiktsmessig helsevernnivå.

Travel and trade measures during outbreaks under the IHR (2005)



Vedlegg 2 – Avinors innspill om erfaringer med innreisetiltak

Tilbakemelding fra Avinor vedrørende epost nedenfor og innspill til oppdrag 630 ang pakker av tiltak ifm. innreise.

Vi har diskutert hvilke typer tilbakemelding som vil være relevant å gi fra oss inn i dette arbeidet. Avinor har ikke kompetanse på hvilken effekt de ulike tiltakstypene har mht. å redusere smittetrykket i samfunnet, og har derfor valgt å svare ut fra hvilke effekter vi ser at ulike typer tiltak har hatt for de reisende og kapasitet i prosessene ved våre lufthavner/grenseovergangspunkter.

- Å iverksette indre Schengen grensekontroll – medfører store konsekvenser i form av køer og lange ventetider
 - For å håndtere dette, er det helt nødvendig at det parallelt iverksettes tiltak som reduserer volum av reisende inn til Norge.
- Andre krav til kontroll ved innreise f.eks. kontroll av koronasertifikat, må sees i sammenheng med trafikkvolum o.t. på samme måte som punktet over
 - Innreiserestriksjoner er det viktigste tiltaket for å holde innreisevolumene nede
 - Kontroller ifm. innreiserestriksjon medfører krevende logistikk selv med små innreisevolum
 - Jo mer selvbetjente/automatiserte og digitale løsninger som kan benyttes, fortrinnsvis i forkant av ankomst til Norge, jo bedre flyt og mindre køer oppstår i grensekontrollen og på lufthavn
- Informasjon til de reisende bør i så stor grad som mulig gis rettet direkte til den enkelte via informasjon fra aktuelt flyselskap eller SMS ved ankomst til Norge
- Registrering/informasjon som er forventet at den reisende skal gi til Norske myndigheter, må innhentes i forkant av ankomst til Norge
 - Løsningen via EntryNorway - som etter hvert kom på plass inkl. forventning til flyselskapene om å kontrollere før avreise – gjorde situasjonen mindre ressurskrevende ved innreise
- Segmentering av reisende ut over Schengen/Non-Schengen eller konkrete «enkeltfly» fra utvalgte destinasjoner er vanskelig gjennomførbart i praksis»,
 - Lufthavnene ikke er bygget for slik detaljert inndeling av passasjerstrømmer
- Politiets risikobaserte tiltaksplaner, som ble iverksatt i juni 2021 – var helt avgjørende for at Oslo lufthavn og andre lufthavner med trafikk fra utlandet kunne håndtere trafikkvolumene med akseptable ventetider og smittevernstiltak gjennom sommeren og høsten 2021. Dette inkludert:
 - anbefalinger fra sentrale helsemyndigheters mht. risiko for importsmitte og hvilke land som kunne sluses utenom full kontroll o.t.
 - at tiltaksplanene gav lokalt mandat til å gjøre vurderinger og iverksette tiltak lokalt ved lufthavn/grenseovergangspunkt
- Regjeringens trinnvise gjenåpningsplan, selv uten definerte datoer, gjorde det enklere å kommunisere forventninger og planer i egen organisasjon, til leverandører og samarbeidsparter
 - Tydelige trinn eller tiltaksnivåer, på tvers av sektorer/bransjer, anbefales også i videre beredskapsplaner
- Felles forståelse for situasjonen, tverrfaglige felles mål for og samarbeid om kommunikasjonstiltak har vært viktig gjennom hele pandemien
 - Med Kommunikasjonsavdelingen i Hdir som produsent og navet i samarbeidet har Avinor kunnet bidra med erfaring til utvikling og distribusjon av COVID-19 informasjon på flyplassene
- At Avinor fikk anledning til å delta i møteserien «Samvirke på grensen» har vært vesentlig for at vi har kunnet bidra med ressurser, erfaring og kapasitet til håndtering av innreisekjeden ved lufthavnene

COVID-19

Oppdrag fra HOD nr. 630 – om tiltakspakker på innreiseområdet i beredskapsøyemed

3.mars 2022



OPPDRAG NR. 630 – OM TILTAKSPAKKER PÅ INNREISEOMRÅDET I BEREDSKAPSØYEMED

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet i samråd med Folkehelseinstituttet, POD, DSB og eventuelle andre relevante aktører om å utarbeide «tiltakspakker» med forslag til innreisetiltak for ulike scenarier til beredskapsøyemed. Pakkene med tiltak skal være et overordnet rammeverk som skal ligge klare ved mulige smitteutbrudd og nye virusvarianter, og bør kunne brukes som utgangspunkt både til innstramning og lettelser av innreisetiltak. Pakkene skal inneholde forslag til tiltak samt eventuelle unntak som anses nødvendige og forholdsmessige i den situasjonen der pakken kan anses relevant.

Formålet er at regjeringen kan bruke «tiltaksprogrammene» for å kunne planlegge gjeninnføringer eller lettelser av innreisetiltak etter hvert som smittesituasjonen og andre sentrale faktorer endres, og at alle berørte sektorer har oppdaterte planer for ulike mulige endringer i tiltak.

Det bes også om utkast til forskriftsendringer for de forskjellige tiltakspakkene og at det utarbeides en oversikt over tiltakspakkene i tabells form. Tiltakspakkene skal ta utgangspunkt i ulike scenarier som etter etatens vurdering synes å være mest aktuelle og som det bør tas høyde for i gjeldende beredskapssituasjon. Oppdraget må ses i sammenheng med oppdrag 610 om strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19 pandemien, oppdrag 623 om forlengelse av innreiserestriksjonsloven og oppdrag 629 om forlengelse av hjemler i smittevernloven.

Vi ber om at etatene en uke før endelig frist presenterer utkast til reviderte tiltakspakker.

Bakgrunn

Regjeringens strategi og beredskapsplan legger til grunn at den samlede responsen og sammensetningen av smitteverntiltak, lokalt, regionalt og nasjonalt, gjennom 2022 løpende justeres etter pandemiens utvikling i Norge. Regjeringen har satt i gang et arbeid med å utforme skisser til tiltakspakker som skal inngå i fremtidig beredskapsplan, jf. svar på oppdrag 601.

Under hele pandemien har innreisetiltak vært sentrale virkemiddel i arbeidet med å begrense importsmitte. Med innreisetiltak siktes det ikke bare til tiltak etter covid-19-forskriften som innreisekarantene, karantenehotell, test før og etter ankomst, innreiseregistrering, koronasertifikat, Nasjonalt kontrollsenter for innreisende og Arbeidstilsynets kontroll med arbeidsgivers karantenefasiliteter. Innreiserestriksjoner etter midlertidig lov om innreiserestriksjoner, UD's reiseråd og kontrolltiltak på grensen har også vært nødvendige og effektive tiltak mot importsmitte.

Graden og bruken av de ulike innreisetiltak under pandemien har som kjent variert. Blant annet har tiltaksbruken vært tilpasset etter hva som har vært smittevern faglig nødvendig og forholdsmessig i lys av smittesituasjonen innenlands og utenlands, vaksinedekningen i befolkningen og kapasitet i helse- og omsorgstjenesten. Omfanget og bruken av unntak fra tiltakene har også variert i lys av

smittesituasjonen. Forskjellen i smittenivå relatert til andre land og introduksjon av nye varianter av viruset har vært viktige momenter i vurderingene av innreisetiltak.

Det er nå ønskelig at tiltakene som gjennomføres blir mer forutsigbare, slik at sektorene kan planlegge for tilpasninger som må gjøres ved ulike scenarier.

Ny frist: 3. mars 2022 kl 12:00

Kontaktpersoner i HOD:

Tjaarke Hopen tjh@hod.dep.no

Stig Atle Vange stig-atle.vange@hod.dep.no»

Kontaktperson i JD:

Kaja Kolvig kaja.kolvig@jd.dep.no

Oppsummering	4
Folkehelseinstituttets vurdering	4
Kunnskapsgrunnlag	5
Eksisterende publisert kunnskap om innreisetiltak	5
Kunnskap om innreisetiltak og smittevernmessig effekt av tiltak	6
Erfaringer med strenge nasjonale tiltak og innreisetiltak over lang tid	8
Hvordan kan vi styrke kunnskapsgrunnlaget?	8
Anbefaling om innreisetiltak i ulike scenarier* i beredskapsøyemed	8
Scenario 1; Variant som spres lett, men gir lite alvorlig sykdom og har liten sesongeffekt;.....	8
Scenario 2; Variant som spres lett, men gir lite alvorlig sykdom og har betydelig sesongeffekt. ...	8
Scenario 3; Ny dominerende variant som gir lite alvorlig sykdom.	9
Scenario 4; Ny dominerende variant som gir alvorlig sykdom.	9
Vurdering av nytte av innreisetiltak opp mot samfunnskostnad	10
Effekt og effektivitet av innreisetiltak.....	11
Innreisetiltak – Smitteverneffekt og tiltaksbyrde	13
Innreiseregistrering.....	15
Test før ankomst	15
Testplikt ved/etter ankomst	16
Innreisekarantene	17
Karantenehotell	18
Innreiserestriksjoner	19
UDs reiseråd.....	19
Nasjonalt kontrollsenter for innreise.....	20
Arbeidstilsynet	20
Grensekontroll/veiledning	21
Bruk av koronasertifikat/differensierte tiltak	21
Vedlegg 1.....	22
Eksisterende publisert kunnskap om innreisetiltak	22
Hvordan kan vi styrke kunnskapsgrunnlaget?	22
Vedlegg 2:	24
Bakgrunn for beregninger av risiko for videresmitte og effektivitet av karantene/test for innreisende	24
Beregninger og metode	27

Oppsummering

- Mål for håndtering av pandemien i perioden mai '22 – september '23 (jf. oppdrag 610);
 - *befolkningen skal beskyttes både mot alvorlig sykdom og død fra epidemien og mot uheldige følger av tiltak mot epidemien*
 - *befolkningen skal sikres forsvarlig helsehjelp for alle sykdommer og ha frihet*
 - *samfunnet og økonomien skal fungere så normalt som mulig.*
- Erfaringene så langt har vist at når en svært smittsom Variant of Concern (VoC) først oppdages og rapporteres internasjonalt er den allerede spredt utover landets grenser og er forekommende i flere land. Innreisetiltak og reiserestriksjoner har ikke hindret introduksjon eller overtakelse av verken alfa-, delta- eller omikronvarianten i Norge, men innreisetiltak i kombinasjon med strenge, nasjonale tiltak har bidratt til å holde det totale smittenivået nede.
- Innreisetiltak har konsekvenser for befolkningen og samfunnet, og terskelen for å ta i bruk tiltak bør være høy. Innreisetiltak bør kun iverksettes som følge av en grundig smittevernfaglig risikovurdering og med et klart definert smittevernformål jf. Smittevernlovens §1-5
- For vurdering av scenarioer viser vi til scenario 1-4 beskrevet i oppdragsbesvarelse 610.
- I situasjoner der virusets effektive spredningsevne (iboende spredningsevne og immunevasjon mot infeksjon og transmisjon) og effektive sykdomsalvorlighet (iboende virulens og immunevasjon mot alvorlig sykdom) er akseptabel i samfunnet jf. scenario 1-3 synes ikke forskriftsfestede innreisetiltak smittevernmessig formålstjenlig eller forholdsmessig, men vil måtte inngå i en løpende, helhetlig risikovurdering.
- I et verstefallsscenario (jf. scenario 4) der tilgjengelig overvåkning varsler om en ny og antatt verre bekymringsvariant, med større spredningsevne enn omikronvarianten, som forårsaker større sykdomsalvorlighet pga immunevasjon mot alvorlig sykdom hos eldre og sårbare, men også hos voksne og middelaldrende, er det avgjørende med skjerpet overvåking og løpende risikovurdering. I en slik situasjon kan innreisetiltak være aktuelle for å holde forekomsten nede. Innreisetiltak bør ses i sammenheng med samtidig nivå av nasjonale tiltak, og ha et tydelig formål.
- Hvilke innreisetiltak som bør iverksettes er avhengig av smittesituasjonen nasjonalt og globalt, og hva som er formålet med tiltakene. Lavest mulig tiltaksbyrde bør benyttes for ønsket måloppnåelse, nytten må vurderes mot kostnaden for samfunnet og den enkelte, og innreisetiltak bør være midlertidige og revurderes fortløpende.
- Innreisetiltak er i liten grad målrettede, de er i sum ressurskrevende og kan påføre både den reisende og samfunnet stor tiltaksbyrde. Det bør gjøres en grundig og helhetlig vurdering av innreisetiltak i iht. effektivitet og kost-nytte, inkl. samfunnsøkonomiske implikasjoner av de ulike elementene i innreisekjeden.

Folkehelseinstituttets vurdering

I løpet av pandemien har formålet med *innreisetiltak* endret seg i takt med immunitetsstatus i befolkningen, smittsomhet av virus, alvorlighetsgrad av sykdom og den samlede belastningen på helsevesenet. I tidlig pandemisk fase ble innreisetiltak iverksatt med formål om å begrense smitte på grunn av manglende immunitet i befolkningen, og mangelfull kunnskap om potensiell sykdomsbyrde som konsekvens av utbredt smitte i samfunnet. Innreisetiltak ble iverksatt parallelt med nasjonale smittereduserende tiltak, som TISK og kontaktreduksjon, for å begrense smittespredningen. I faser med slå-ned-strategi, forskriftsfestet TISK og lite immunitet i befolkningen, har innreisetiltak i kombinasjon med strenge, nasjonale kontaktreduserende tiltak bidratt til å holde forekomsten av

smitte nede og redusert risikoen for utbrudd som følge av importsmitte. Utbruddsarbeid har vært arbeidskrevende for kommunene og har satt kapasiteten på strekk. Å forhindre og begrense utbrudd har derfor vært viktig. Særlig fokus har det vært på å redusere risikoen for utbrudd knyttet til arbeidsinnvandring på steder der mange bor og jobber tett.

To år inn i pandemien er situasjonsbildet endret. Vaksinedekningen i befolkningen er svært god, og vaksinene har vist seg å gi god beskyttelse mot alvorlig sykdom. I aldersgruppen '18 år og eldre' er 94% av befolkningen vaksinert med en dose, 91% med to doser, og i aldersgruppen '45 år og eldre' er 84,6% vaksinert med tre doser (tall fra 01.03.2022). Insidensen av SARS-CoV-2 nasjonalt er p.t. høy, og vinterbølgen forårsaket av omikronvarianten gir økende grad av hybridimmunitet i befolkningen.

FHI følger nøye med på den globale situasjonen. Vi har gjennom pandemiens mange faser opparbeidet betydelig erfaringsgrunnlag, kompetanse og beredskap til å håndtere fremtidige scenarier. Ved ethvert fremtidig scenario vil det imidlertid bli behov for å gjøre en helhetlig risikovurdering for å få en best mulig situasjonsforståelse til å målrette tiltak. Alle tiltak kommer med en kostnad for den enkelte og for samfunnet, og det er avgjørende å holde tiltaksbyrden på lavest mulig nivå for ønsket måloppnåelse. Implisitt unngå å gjeninnføre mindre effektive tiltak, selv om tiltakene kan ha vist seg effektive i andre faser av pandemien.

Bruk av innreisetiltak for å tjene et smittevern­faglig formål, medfører en kostnad for samfunnet, økonomien og for den enkelte reisende. Terskelen for å ta i bruk innreisetiltak bør derfor være høy. Jf. Smittevernlovens §1-5 bør innreisetiltak for å hindre eller forsinke importsmitte kun iverksettes etter en grundig smittevern­faglig risikovurdering og med et klart definert smittevern­formål; *Smittevern­tiltak etter loven skal være basert på en klar medisinsk­faglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhets­vurdering. Ved iverksettelse av smittevern­tiltak skal det legges vekt på frivillig med­virkning fra den eller de tiltaket gjelder. Tvangstiltak kan ikke brukes når det etter sakens art og forholdene ellers vil være et uforholdsmessig inngrep.*

Dette samsvarer med WHO's *temporary recommendation*, - om reiserestriksjoner og andre reisetiltak ved covid-19 (revidert 19. januar 2022), der WHO samtidig understreker viktigheten av å unngå å pålegge den enkelte reisende kostnadsbyrden av tiltak;

Lift or ease international traffic bans as they do not provide added value and continue to contribute to the economic and social stress experienced by States Parties. The failure of travel restrictions introduced after the detection and reporting of Omicron variant to limit international spread of Omicron demonstrates the ineffectiveness of such measures over time. Travel measures (e.g. masking, testing, isolation/quarantine, and vaccination) should be based on risk assessments and avoid placing the financial burden on international travellers in accordance with Article 40 of the IHR.

Kunnskapsgrunnlag

Eksisterende publisert kunnskap om innreisetiltak

Vi har ikke hatt mulighet til å utføre systematiske kunnskapsoppsummeringer innenfor tidsrammen av dette oppdraget, men vi har gjort søk etter *oppsummert kunnskap* som omhandler tiltak relatert til reise under pandemien. (Vedlegg 1). Vi fant 7 systematiske oversikter som omhandler reise i perioden jan '21 - jan. '22.

Oversiktene omhandler følgende tiltak;

- Reiserestriksjoner (stenging av grenser, ulike former for begrensinger av reiser på nasjonalt og regionalt nivå).
- Screening og testing av reisende
- Tiltak som ikke anses som relevante i Norge, som for eksempel temperaturscreening
- Karantene og isolasjon
- Effekten av en rekke tiltak i kombinasjon
- Sosiale konsekvenser/kontekstuelle faktorer

Vi identifiserte ingen studier som evaluerte effekten av reiseråd og informasjon, og heller ingen av helseøkonomiske evalueringer inkludert kost-nytte analyser av de ulike nevnte tiltakene.

De fleste studiene er fra tidlig fase av pandemien (publisert i 2020). Hovedmengden data er fra modelleringsstudier og observasjonsstudier. Modelleringsstudier er som kjent beheftet med stor usikkerhet. Vi fant ingen rapporterte data fra eksperimentelle studier. Det er mange studier fra Kina, men også flere større europeiske og internasjonale studier som rapporterer effekt av stenging av grenser.

Kunnskap om innreisetiltak og smittevernmessig effekt av tiltak

Effekten av tiltak, inkludert innreisetiltak, har til tider vært vanskelig å vurdere. Datagrunnlaget har vært varierende pga manglende gode observasjonsstudier, og en stor del av datamaterialet har vært basert på modelleringsstudier med metodologiske feilkilder og totalt sett sprikende resultater ¹ 2. En betydelig del av litteraturen har tatt utgangspunkt i, studert og modellert, situasjonsforståelsen og risikovurderingen fra starten av pandemien, i mars-april 2020, da alle var immunologisk naive, og viruset var lokalisert til enkelte land og steder. I flere studier er det vist at innreisetiltak, i kombinasjon med nasjonale tiltak, i begynnelsen av pandemien førte til en lavere initial introduksjon av smitte og en mindre rask økning i epidemiens tilvekst. I andre studier, fant man ikke noen effekt av stengte grenser på smittespredning selv i den begynnende fasen, men en tydelig effekt av nasjonal nedstengning ³. Slike studier belyser problematikken med vurderinger rundt innreisetiltak, der det samtidig er iverksatt strenge nasjonale tiltak innenlands.

Dagens situasjon er svært annerledes enn da SARS-CoV-2 begynte å sirkulere etter de første tilfellene i Hubei-regionen. Viruset var nytt og hadde spredd seg til få land. Hver positive SARS-CoV-2-test indikerte et nytt tilfelle. Nå sirkulerer viruset i de fleste land, og for å oppdage en ny bekymringsvariant, må en positiv prøve sekvenseres eller variantscreenses. Dette gjøres med svært varierende frekvens i ulike land, og resultatene kommer ofte sent. Det vil si at land som har gode systemer for sekvensering og rapportering i stor grad vil være de som oppdager nye varianter først, uavhengig av hvor variantene faktisk oppstår. Tiltak målrettet mot enkelt land vil derfor være lite effektive, og vil føre til u hensiktsmessige negative konsekvenser for land som har bedre overvåkingssystemer.

¹ Burns J, Movsisyan A, Stratil JM, Biallas RL, Coenen M, Emmert-Fees KMF, Geffert K, Hoffmann S, Horstick O, Laxy M, Klinger C, Kratzer S, Litwin T, Norris S, Pfadenhauer LM, von Philipsborn P, Sell K, Stadelmaier J, Verboom B, Voss S, Wabnitz K, Rehfuess E. International travel-related control measures to contain the COVID-19 pandemic: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 3. Art. No.: CD013717. DOI: 10.1002/14651858.CD013717.pub2.

² Talic S, Shah S, Wild H, et al. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis [published correction appears in *BMJ*. 2021 Dec 3;375:n2997]. *BMJ*. 2021;375:e068302. Published 2021 Nov 17. doi:10.1136/bmj-2021-068302

³ Shiraef, M.A., Friesen, P., Feddern, L. et al. Did border closures slow SARS-CoV-2?. *Sci Rep* 12, 1709 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05482-7>

For senere faser av pandemien (etter mai 2020) viser beregninger og studier, inkludert fra det norske beredskapsregistret BEREDT-C19, at innreisetiltak sannsynligvis har vært lite effektive sammenlignet med tiltak innenlands. Selv ved store gradientforskjeller i forekomst mellom ulike land var for eksempel smittekarantene langt mer effektiv enn innreisekarantene. I en studie fra London School of Hygiene and Tropical Medicine, fant man at innreisetiltak begrenset epidemiens tilvekst i landet helt i begynnelsen av pandemien, men hvis landet allerede har lokale utbrudd, vil det være lite effektivt med innreisetiltak ⁴. Lignende konklusjoner støttes av andre studier ⁵. Ved introduksjon av nye, og mer smittsomme virusvarianter, i et land, vil de spre seg innenlands til dominans. Erfaring har imidlertid vist at strenge nasjonale smitteverntiltak har gjort det mulig å holde forekomsten av SARS-CoV-2 lav nasjonalt. Internasjonal sekvenseringsdata tyder på at innreisetiltak trolig ikke har hatt en ønsket bremsende effekt på verken introduksjon av ny VoC, eller spredning til dominans, men innreisetiltak kan ha en plass i en samlet respons dersom formålet er å holde den totale smitteforekomsten nede nasjonalt. Strenge innreisetiltak og reiserestriksjoner i Norge og andre land, samt nasjonale tiltak også i andre land, har dempet reiselyst og redusert antall reisende.

Det er totalt sett mindre sannsynlig at et importert tilfelle vil smitte videre enn et smittetilfelle som oppstår innenlands fordi store deler av den smitteførende perioden allerede vil kunne være over for de innreisende. Slike vurderinger støttes blant annet av detaljerte kontaktsporingsstudier, der man har vist at importerte tilfeller i gjennomsnitt forårsaker betydelig mindre smitte videre, enn smittetilfeller innenlands ⁶.

Det har til tider vært stor bekymring knyttet til importsmitte fra arbeidsinnvandrere, men kunnskapsgrunnlaget har vært begrenset. I en nylig, foreløpig upublisert studie fra FHI, ble dette undersøkt nærmere med data fra beredskapsregistret BEREDT-C19. Analysen for perioden april '20 - april '21 viste at det ikke var mer smitte blant personer med D-nummer (utenlandsk lønnstager på korttidsopphold i Norge) og nytt arbeidsforhold. Det er ingen signifikante forskjeller verken i sannsynlighet for påvist smitte eller positivitetsrate mellom personer med D-nummer og personer med norsk F-(fødsels)nummer i studien. Studien finner ikke grunnlag for å rette særskilte tiltak mot gruppen av arbeidsinnvandrere med D-nummer og nytt arbeidsforhold ⁷, - ei heller grunn til bekymring om forhøyet forekomst av SARS-Cov-2 i denne gruppen.

Frem til sommeren 2021 var det overordnede formålet med alle smitteverntiltak, også på innreisefeltet, å begrense smittetrykket nasjonalt, i påvente av vaksinasjon. Dette lyktes vi med, men i lange perioder til en høy tiltakskostnad. Introduksjonen av vaksiner i julen 2020, og tiltagende vaksinedekning utover våren gjorde befolkningen mer robust mot smitte. Milepælene for tiltakslette på innreisefeltet ble forskjøvet utover sommeren, høsten og vinteren, påvirket av ytterligere målsetting om vaksinerings av to og, etter hvert, tre doser, introduksjon av deltavarianten og til slutt omikronvarianten. Avvikling av alle innreisetiltak skjedde 12.februar 2022. Avvikling av innreiserestriksjoner 26.november 2021.

⁴ Russell TW, Wu JT, Clifford S, et al. Effect of internationally imported cases on internal spread of COVID-19: a mathematical modelling study. *Lancet Public Health*. 2021;6(1):e12-e20. doi:10.1016/S2468-2667(20)30263-2

⁵ Liu Y, Morgenstern C, Kelly J, Lowe R; CMMID COVID-19 Working Group, Jit M. The impact of non-pharmaceutical interventions on SARS-CoV-2 transmission across 130 countries and territories. *BMC Med*. 2021;19(1):40. Published 2021 Feb 5. doi:10.1186/s12916-020-01872-8

⁶ James A, Plank MJ, Hendy S, Binny RN, Lustig A, Steyn N. Model-free estimation of COVID-19 transmission dynamics from a complete outbreak. *PLoS One*. 2021;16(3):e0238800. Published 2021 Mar 24. doi:10.1371/journal.pone.0238800

⁷ Gjefsen m.fl, FHI, 2022

I den senere delen av pandemien (fra høst/vinter 2020), er evidensen for smitteverneffekt av innreisetiltak svak. Erfaringen i Norge og andre land er at når nasjonale tiltak er blitt lettet på, har det skjedd en betydelig økning i insidens, og gradientforskjeller mellom ulike land har stort sett forsvunnet.

Erfaringer med strenge nasjonale tiltak og innreisetiltak over lang tid

Det er blitt diskutert om strenge innreisetiltak vil ha effekt i en situasjon med lav til null smitte. En slik «zero covid»-strategi har til tider vært målet blant annet på New Zealand, i Australia og Kina. Denne strategien forutsetter at innreisetiltak kombineres med svært strenge tiltak innenlands ved smitte. Byen Melbourne i Australia er blant de byene i verden som har rapportert flest dager i full nedstengning. Med luftveivirus, som SARS-CoV-2, der smitteveier er vanskelige å begrense grunnet høy smittsomhet og kort tid til smittsomhet etter infeksjon, kan hvert enkelt smittetilfelle ha opp mot 20-45% risiko for å forårsake samfunnsspredning⁸. Mht. til bekymringsvarianter har verken Australia eller New Zealand kunnet stoppe introduksjoner helt, til tross for strenge nasjonale tiltak og innreisetiltak. Det har også tatt kort tid til dominans av alfa-, delta- og nå senest omikronvarianten, og begge land har nå store smittebølger med omikronvarianten.

Hvordan kan vi styrke kunnskapsgrunnlaget?

I *Vedlegg 1* har vi laget et forslag til hvordan vi kan styrke kunnskapsgrunnlaget om innreisetiltak. Effektstudier bør vurderes i lys av nytte-risikovurderinger på individ- og samfunnsnivå og av kost-nytte analyser. Vi anbefaler at det gjøres slike vurderinger basert på norske/nordiske tall hvis mulig. Dette vil sannsynligvis gi nyttig kunnskap som anses som mer relevant, og vil være et viktig supplement til den internasjonale litteraturen.

Anbefaling om innreisetiltak i ulike scenarier* i beredskapsøyemed

*Viser til oppdrag 610 med detaljert beskrivelse av scenario 1-4..

Scenario 1; Variant som spres lett, men gir lite alvorlig sykdom og har liten sesongeffekt;
Beskriver en situasjon der viruset sirkulerer i befolkningen, men befolkningen etter vinterbølgen har god immunrespons mot SARS-CoV-2,- enten vaksinemediert, hybrid eller ved gjennomgått infeksjon alene. I en slik situasjon fremstår det ikke tjenlig etter en helhetsvurdering å innføre innreisetiltak. Det er verken en smittegradient å beskytte befolkningen mot, eller en ventet, stor sykdomsbyrde i befolkningen som konsekvens av smitte. At befolkningen er immunisert, eventuelt har mulighet til å friske opp immuniteten med eksisterende vaksiner, reduserer sannsynligheten for overbelastning av helsevesenet også ved utbredt smitte.

Forskriftsfestede innreisetiltak i en slik situasjon, synes uforholdsmessig inngripende.

Scenario 2; Variant som spres lett, men gir lite alvorlig sykdom og har betydelig sesongeffekt.
Beskriver en situasjon der viruset kan blusse opp i årlige sesongbaserte epidemier, men møter en befolkning med ervervet immunrespons mot SARS-CoV-2,- enten vaksinemediert, hybrid eller ved gjennomgått infeksjon. I en slik situasjon fremstår det ikke tjenlig etter en helhetsvurdering å innføre innreisetiltak. At befolkningen er immunisert, eventuelt har mulighet til å friske opp immuniteten

⁸ Paula Sanz-Leon, Nathan J. Stevenson, Robyn M. Stuart, Romesh G. Abey Suriya, James C. Pang, Stephen B. Lambert, Cliff C. Kerr, James A. Roberts. Risk of sustained SARS-CoV-2 transmission in Queensland, Australia. medRxiv 2021.06.08.21258599; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.06.08.21258599>

med eksisterende vaksiner, reduserer sannsynligheten for overbelastning av helsevesenet også ved utbredt smitte.

Forskriftsfestede innreisetiltak i en slik situasjon, synes uforholdsmessig inngripende.

Scenario 3; Ny dominerende variant som gir lite alvorlig sykdom.

Beskriver en situasjon der en ny virusvariant oppdages og blir dominerende. Varianten har høy smittespredningsevne og immunevasjon. Til tross for redusert immunitet mot infeksjon og transmisjon har befolkningen godt bevart immunitet mot alvorlig sykdom. Ny variant har større ideoende virulens enn omikronvarianten, men gir tilsvarende sykdomsalvorlighet. Sykehusene og kommunehelsetjenesten opplever betydelig belastning, og samfunnet opplever stort sykefravær, men alvorlig sykdom forekommer kun hos sårbare grupper som eldre, immunsvekkede og personer uten noe immunitet.

Forskriftsfestede innreisetiltak i en slik situasjon, synes uforholdsmessig inngripende.

Scenario 4; Ny dominerende variant som gir alvorlig sykdom.

Beskriver en situasjon der en ny virusvariant har høy spredningsevne, høy grad av immunevasjon og der høy ideoende og effektiv alvorlighet blir dominerende. Immunitet mot alvorlig sykdom er i en slik situasjon forringet. Sykdomsalvorligheten er større enn ved omikronvarianten. Den store sommer-/høstbølgen fører til alvorlig sykdom hos mange eldre, immunsvekkede og personer uten noe immunitet, men også hos voksne og middelaldrende.

Sykehusene og kommunehelsetjenesten opplever svært stor belastning, og samfunnet opplever stort sykefravær.

I et slikt varslet scenario kan *innreisetiltak* vurderes som ett av flere grep for å skaffe bedre oversikt over situasjonen, etablere beredskap nasjonalt og erverve kunnskap for å minimere sykdomsbyrden. Hvis formålet er å holde smittespredningen i Norge nede over tid, vil tiltak på grensen kreve samtidige nasjonale tiltak. Innreisetiltak alene vil trolig være betydelig mindre effektive enn kontaktreduserende tiltak nasjonalt, men erfaring viser at dersom flere land innfører strenge innreisetiltak og nasjonale tiltak, vil sekundæreffekten være dempet reiselyst og redusert reisevolum.

Retrospektiv sekvensering, og erfaringer med introduksjon av alfa-, delta- og omikron-variantene har vist at virusspredningen er i forkant av overvåkingen, og at summen av tiltak som må implementeres ved deteksjon av en ny og svært smittsom VoC, for å oppnå ønsket formål, vil medføre en høy tiltaksbyrde for befolkningen. Lavest mulig tiltaksbyrde bør benyttes for ønsket måloppnåelse, nytten bør vurderes mot kostnaden for samfunnet og den enkelte, og innreisetiltak bør være midlertidige og revurderes fortløpende.

Innreiserestriksjoner har vært benyttet under store deler av pandemien. Videreføring av innreiserestriksjonsloven vurderes i et parallelt oppdrag 623. FHI anbefaler å avvikle loven.

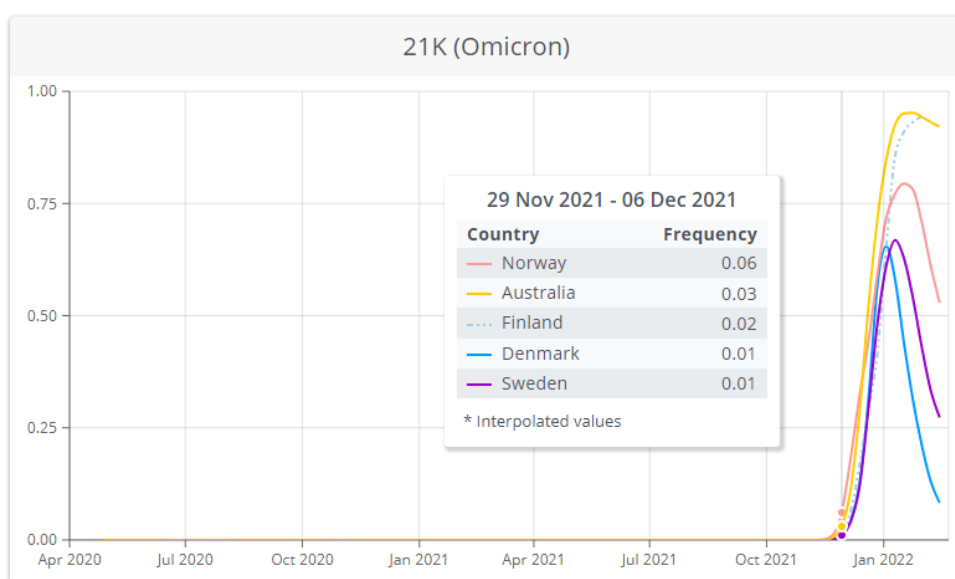
Vi er avhengig av god og transparent overvåking globalt for å kunne håndtere eventuelle, kommende pandemier. Erfaringen med nye virusvarianter har gjennom pandemien vist at mange land, inkludert Norge, har vært raske til å iverksette strenge tiltak rettet mot enkeltland eller områder med god overvåking, som sekvenserer og rapporterer funn iht. til IHR. Praksisen med å ramme enkeltland med restriksjoner kan virke som et disincentiv til å varsle funn fra overvåking og til å følge internasjonale forpliktelser. Dersom vi også i fremtiden skal ha tillit til globale overvåkingssystemer bør vi være forsiktige med å innføre restriksjoner mot enkelte land. Erfaringen med både alfa-, delta- og omikronvarianten er at når en ny moderat til svært smittsom Variant of Concern (VoC)

sekvenseres og varsles av et land, er den allerede eksportert utover landet og forekommende i mange land, inkludert Norge. Å innføre innreiserestriksjoner synes dermed lite målrettet dersom formålet er å holde smitten i Norge nede, da det trolig verken hindrer eller bremser introduksjonen. Innreiserestriksjonene har dessuten ikke hindret norske borgere i å returnere til Norge.

I oppdrag 577, beskrev FHI at internasjonale sekvenseringsdata har vist at tiden det tok før alfa og deltavarianten dominerte var lik i forskjellige land, til tross for svært ulike nivåer av tiltak i disse landene. Sekvenseringsdata fra GISAID viser samme mønster for omikronvarianten, med rask overtagelse i ulike land til tross for ulike nivåer av tiltak (figur 1). De strenge nasjonale tiltakene som ble iverksatt i Norge kan ha hatt noe effekt på smittenivå, men ikke på bremsing av omikronvariantens overtak.

1. Overtakelse og tid for omikronvarianten i Norge, Sverige, Danmark, Finland og Australia.

Nedgangen i sekvenseringsfrekvens merker tiden da undervarianten BA.2 begynte å ta over. Kilde: GISAID



Vurdering av nytte av innreisetiltak opp mot samfunnskostnad

Samfunnsøkonomiske vurderinger må inkluderes før man igjen implementerer innreisetiltak, jamfør utredningsinstruksen. Innføring av innreisetiltak krever en helhetsvurdering av alle sektorer som blir berørt, og velferdstapet til befolkningen. En vurdering må ta hensyn til administrative utgifter, ressursbruk og kostnadene ved at tiltakene belaster offentlige budsjetter.

En situasjon der det er nødvendig å vurdere innreiserestriksjoner vil kunne sammenfalle med en presset situasjon innenlands, spesielt med tanke på arbeidskraft i helsetjenestene. Tiltak som gjør det vanskelig å ta i bruk arbeidskraft fra utlandet vil kunne tilføre ytterligere vanskeligheter i en situasjon med høy belastning.

Behovet for arbeidskraft i andre sektorer vil kunne variere ut fra situasjonen for øvrig. Det er imidlertid nødvendig å forholde seg til at Norge er en liten åpen økonomi og at enkelte næringer er svært avhengige av arbeidskraft fra utlandet. Tiltak som forsinket grensepasseringer eller hindrer effektiv innreise (som krav om karantene) for personell som pendler/har familie i utlandet kan få store samfunnskostnader når det er mangel på arbeidskraft.

Dette gjelder særlig siden Norge har en lang geografisk grense til Sverige, og en kortere grense til Finland og Russland. Grensen består av mange grenseoverganger. Erfaringer gjennom pandemien har vist oss at vi er gjensidig avhengig av grensependlere og utenlandsk arbeidskraft, og at strenge innreisetiltak rammer næringsliv, helsevesen og enkeltpersoner hardt. Innreisetiltakene kan ha bidratt til å hindre arbeidsinnvandring. Ifølge SSB var det 270 færre sykepleiere som pendlet fra andre land i september 2021 som det var før pandemien. Et annet aspekt er at omfattende innreisetiltak kan skape en oppfatning i befolkningen om at smitterisikoen er størst ved innreise, og ikke ved normal livsførsel innenlands. Det kan gi en skjevhet i hvilke tiltak som etterleves, hvor befolkningen nedprioriterer å følge de mest effektive smittevernrådene til fordel for etterlevelse av mer ineffektive tiltak. I Helsedirektoratets befolkningsundersøkelse uke 48-52, høsten 2021, svarte omtrent 90% at de testet seg etter reise, mens kun 50% svarte at de testet seg dersom de mistenkte at de var smittet. Dette til tross for at pretestsannsynligheten var langt større for positiv test ved symptomatisk testing, enn screening ved reise.

Ved hver innstramming av regelverket har det vært behov for å unnta grupper av reisende fra tiltakene. De fleste innreisetiltak har gjennom pandemien hatt forskriftsfestede unntak for større eller mindre grupper av reisende, som helsepersonell, grensependlere og barn, for å nevne noen. Dersom det på ny skulle bli behov for å gjeninnføre innreisetiltak, vil det også være behov for unntak. Unntakene er ikke smittevernfaglig motivert, men innført for å redusere tiltaksbyrden. Alle unntak vil potensielt redusere ønsket effekt av tiltaket og medføre en administrativ kostnad. Vurderinger rundt unntak, innretting av unntak og kompensierende tiltak har vært et gjentakende tema, som har medført hyppige endringer og et komplisert regelverk. Dette rammer skjevt, og er i stor grad motivert av at vi er gjensidig avhengige av tiliggende land.

Unntak fra regelverket har vært utfordrende å forholde seg til og å følge med på for de reisende, men også for ulike virksomheter og helsevesenet, som er avhengig av arbeidskraft fra utlandet.

Utover begrensninger i verdiskapning som følge av vanskeligheter med å få tak i riktig personell vil innreiserestriksjoner medføre en betydelig begrensning i livsutfoldelse og sosiale relasjoner. Dette gjelder særlig personer med internasjonale arbeidsforhold og/eller familie i utlandet.

Tiltak ved innreise har lagt beslag på mye ressurser og personell i kommunene, i en allerede anstrengt periode. I perioden med testmangel innenlands rundt årsskiftet 21/22 var det forskriftsfestet testplikt for alle reisende, noe som førte til at tester ble prioritert til dette formålet. I denne situasjonen burde man ha vurdert bruk av testkapasitet for å nå best mulig smitteverneffekt helhetlig.

Forventet effekt av tiltak må alltid veies opp mot ressursbruken for å oppnå effekten av tiltak(ene). Forskjellige innreisetiltak (innreiserestriksjoner, innreisekarantene og karantenehotell, testkrav) har forskjellige kostnad for samfunnet, forskjellig tiltaksbyrde for den enkelte, og forskjellig effektivitet smittevernmessig. FHI anbefaler at det gjøres grundige samfunnsøkonomiske analyser av konsekvensene og kostnadene for innreisetiltakene under pandemien, gitt den lave smittevernmessige effektivitet de beregnes å ha.

Effekt og effektivitet av innreisetiltak

Effekten av tiltak bør veies opp mot ressursbruken for å oppnå effekten av tiltak(ene). Som eksempel kan nevnes at det å teste hele befolkningen mot SARS-CoV-2, som screening, vil ha en smitteverneffekt, da det vil oppdage flere smitteførende personer, men vil være svært lite *effektivt*.

På lignende måte må effektiviteten av innreisetiltakene veies opp mot ressursbruken for samfunnet, og konsekvensen og byrden av tiltaket for den enkelte.

For å vurdere dette nærmere, har FHI sett på effektiviteten av innreisetiltak i tre ulike faser av pandemien (**juli 2020**, **april 2021** og **desember 2021**). De tre landene med flest innreisende til Norge er studert (Sverige, Danmark, Polen), og effekten av tiltakene er sammenlignet med lignende tiltak rettet mot den norske befolkningen generelt, og personer i Norge som er definert som enten «øvrige nærkontakter» eller «husstandsmedlemmer og tilsvarende nære». Detaljerte beskrivninger av beregninger og tall finnes i vedlegg 2, og gjennomgang av effektivitet i de tre ulike fasene nedenfor.

Oppsummert finner FHI at beregninger tyder på at selv ved stor gradientforskjell mellom ulike land, har innreisetiltak som karantene og test, vært betydelig mindre effektive enn lignende tiltak innenlands. Til tider er det mulig at det kan ha vært høyere smittevernmessig effekt av å bruke samme tiltak (karantene, test) i et tilfeldig utvalg i den norske befolkningen, enn på innreisende.

Som beskrevet i avsnitt om kunnskapsgrunnlag vil det selv ved høy insidens i et land være betydelig lavere sannsynlighet for at en tilfeldig innreisende er smittet, enn noen som er bekreftet smitteeksponert (nærkontakt). Innreisende som er smittet, smitter videre i betydelig lavere grad enn smittetilfeller innenlands (ref). Det er blant annet grunnet at innreisende smittede vil ha «brukt opp» en del av sine smitteførende periode før innreise, en høyere andel vil også være asymptomatiske (grunnet at symptomatiske personer sannsynligvis ikke reiser i større grad) og det er vel kjent at asymptomatiske smitter videre i betydelig lavere grad enn symptomatiske personer.

Juli 2020

I juli 2020 var det etter en tid (6 uker) med svært strenge nasjonale tiltak, betydelig forskjell i smittenivå innenlands og utenlands. Det var forskriftsfestet innreisekarantene, etter opphevelse av grensestengningen. I denne tid var det fortsatt betydelig gradientforskjell mellom Sverige/Norge, Polen/Norge, men lite forskjell mellom Danmark/Norge.

Til tross for gradientforskjellen, viser beregninger at innreisekarantene av personer fra Sverige og Polen sannsynligvis var kun $1/5-1/20$ så effektiv som smittekarantene for øvrige nærkontakter i Norge. Det vil si at 5-20 ganger så mange personer måtte sitte i innreisekarantene for å forhindre like mye videresmitte, som ved karantene av øvrige nærkontakter. Sammenlignet med karantene for husstandsmedlemmer var det kun $1/33-1/130$ så effektivt.

April 2021

I april, i alfa-bølgen, var det innført svært strenge innreisetiltak med forskriftsfestet innreisekarantene på karantenehotell og testkrav ved ankomst. Det var samtidig strenge tiltak innenlands, særlig i Oslo.

I denne tiden var gradientforskjellen mindre og effektiviteten av innreisekarantene enda mer redusert enn i 2020. Det er sannsynlig at det for Danmark var lavere risiko for videresmitte enn det som var forventet i den norske befolkningen, grunnet høyere mørketall i Norge (høyere testandel i Danmark). For Sverige og Polen var innreisekarantene $1/8-1/9$ så effektivt som smittekarantene for "øvrige nærkontakter".

Desember 2021

I desember, med både delta- og start av omikronvarianten, var det ikke lenger innreisekarantene fra mange land, men testkrav ved ankomst.

FHIs beregninger viser at testkrav ved grensen sannsynligvis var svært ineffektiv bruk av tester, og beregningene antyder at det kan ha vært større sannsynlighet for at en tilfeldig person på gaten i Norge testet positivt, enn det som var forventet på grensen fra innreisende fra Sverige og Polen.

Det bør nevnes at testforbruket på grensen var høyt, og testplikten for alle reisende var forskriftsfestet i en tid med betydelig testmangel innenlands. Samtidig testet kun 60-65% av personer som hadde symptomer seg innenlands, - i en gruppe med høyere risiko for SARS-CoV-2 smitte.

Innreisetiltak – Smitteverneeffekt og tiltaksbyrde

Tabellen under gir en oversikt over ulike innreisetiltak som er benyttet i løpet av pandemien, en vurdering av smitteverneeffekt og noen overordnede vurderinger av tiltaksbyrde. FHI har ikke den fullstendige oversikten over kostnader og konsekvenser av tiltakene i ulike sektorer og næringer, men viser til ekspertgruppen som er nedsatt for samfunnsøkonomiske vurderinger (Holden-utvalget)

En mer detaljert vurdering av de ulike tiltakene er beskrevet under tabellen.

Innreisetiltak	Vurdering av smitteverneeffekt	Vurdering av tiltaksbyrde og fordeling av kostnader
<p>Innreiseregistrering for alle >16 år</p> <p>Knyttet til</p> <ul style="list-style-type: none"> - Test/karantene - Kontrollsentret 	<p>Ingen smitteverneeffekt av tiltaket alene, men data fra IRRS styrker overvåkingen, og muliggjør kobling med MSIS og mulighet for oppfølging av kontrollsentret</p>	<p>Lav tiltaksbyrde, men utvikling og drift av tiltaket har en administrativ kostnadsbyrde.</p>
<p>Test før ankomst</p>	<p>Kan hindre smittede personer i å reise inn i Norge samt smitte på reise.</p> <p>Vi har ingen oversikt over etterlevelse/smitteverneeffekt av tiltaket</p> <p>Forfalskning av dokumentasjon er en utfordring, som reduserer smitteverneeffekten av tiltaket</p>	<p>Moderat tiltaksbyrde</p> <p>Lav kostnadsbyrde for Norge, men en kostnadsbyrde for den reisende</p>
<p>Test ved/etter ankomst</p>	<p>Smittetilfeller avdekkes og risikoen for videre spredning fra disse reduseres. Testinnsatsen påvirker i liten grad epidemien i Norge ved høy nasjonal insidens. Ved lav nasjonal insidens og stor smittegradient over grensen kan</p>	<p>Lav tiltaksbyrde for den enkelte reisende uten kø eller forsinkelser. Moderat tiltaksbyrde for den reisende ved kø og forsinkelser.</p> <p>Høy kostnadsbyrde for Norge pga stort forbruk av test- og</p>

	dette ha en bremsende effekt ved stort reisevolum.	personellressurser knyttet til grensetesting.
Innreisekarantene hjemme	<p>Reduserer risikoen for videre spredning dersom reisende som har karanteneplikt ankommer i inkubasjonstiden.</p> <p>Karantenetiltaket påvirker i liten grad epidemien i Norge ved høy nasjonal insidens. Ved lav nasjonal insidens og stor smittegradient over grensen kan dette ha en bremsende effekt ved stort reisevolum.</p>	Moderat tiltaksbyrde for den enkelte reisende.
Karantenehotell Knyttet til - innreisekarantene	Pålagt eller frivillig. Et tiltak som sikrer bedre etterlevelse av innreisekarantenen. Se innreisekarantene	Stor tiltaksbyrde for den enkelte reisende. Stor administrativ kostnad*. Legger beslag på personell og ressurser.
Innreiserestriksjoner	Hindrer utlendinger å komme til landet, deriblant noen smittede. Eliminerer ikke importsmitte, da de fleste innreisende er returnerende nordmenn/bosatte i Norge, og tiltaket krever unntak.	Stor tiltaksbyrde for enkeltindivider og samfunnsøkonomien. Stor administrativ kostnad ved organisering av unntaksordninger.
UDs reiseråd	Reduserer reiseaktivitet og dermed importsmitte	Stor tiltaksbyrde for enkeltindivider og virksomheter
Kontrolltiltak		
Nasjonalt kontrollsenter for innreise Knyttet til - Karantene - Test etter ankomst - Innreiseregisteret	Kan gi bedre etterlevelse av iverksatte tiltak pga personlig veiledning	Samfunnskostnad i drift, personell, ressurser.
Arbeidstilsynets kontroll av virksomheters karantenefasiliteter Knyttet til - innreisekarantene	Gir bedre mulighet for etterlevelse av innreisekarantene for arbeidsreisende, og dermed redusere risiko for spredning etter eventuell importsmitte og utbrudd	Samfunnskostnad i personell, ressurser.

Grensekontroll/veiledning Knyttet til - innførte tiltak	Kan gi bedre etterlevelse av tiltak, pga veiledning. Muligens signaleffekt om at man risikerer bøter/bortvisning dersom tiltakspått ikke overholdes. Bare gjennomførbart på en begrenset andel av de reisende.	Samfunnskostnad i personell, ressurser.
--	--	---

*Kommunene får 1,2 milliarder kroner i refusjon for karantenehotell. Revidert nasjonalbudsjett 2021

Innreiseregistrering

Registrering av innreisende er et tiltak som er knyttet sammen med andre tiltak i innreisekjeden. Det er mest aktuelt å innføre dersom man samtidig innfører testplikt for å muliggjøre kobling til testdata, og ved karanteneplikt dersom man ønsker å følge opp og veilede innreisende mtp etterlevelse av karantenen.

- **Fordeler ved plikt til innreiseregistrering:**

Gir bedre oversikt over innreisevolum, avreiseland og enkelte andre variabler som "reise med eller uten koronasertifikat".

Gjør det mulig for kommuner, Nasjonalt kontrollsenter og Arbeidstilsynet å følge opp innreisende mht. rådgivning og veiledning rundt etterlevelse av tiltak som karantene, test og gjeldende smittevernråd/anbefalinger og vaksinetilbud.

Registrerte i IRRS med F- eller D-nummer kan kobles med MSIS-data og dermed bidra til å gi oversikt over smittetall i forbindelse med innreise.

Det anses ikke som et inngripende tiltak, men kan ha personvernaspekter som må ivaretas.

- **Ulemper ved plikt til innreiseregistrering:**

Det er en overvåking av grensekryssing som vi ikke har hatt pre-pandemi.

Tiltaket alene har ingen smittevernfaglig verdi (men muliggjør datakobling med MSIS, som gir bedre kunnskapsgrunnlag).

Kontroll av plikt til innreiseregistrering krever grensekontroll, som er ressurskrevende.

Tiltaket har en samfunnskostnad i utvikling og drift, og eventuelt kontroll.

- **Aktuelt ved:**

Tiltaket er mest relevant dersom det er innført test ved/etter ankomst og/eller innreisekarantene.

Test før ankomst

Tiltakets primære formål er å hindre smittede i å reise inn i Norge, men en sekundær effekt av tiltaket vil etter all sannsynlighet være redusert reiseaktivitet, særlig for kortvarige og mindre nødvendige reiser.

- **Fordeler med test før ankomst:**

Hvis tiltaket etterleves vil det hindre personer som tester positivt før avreise, i å reise til Norge, samt at det hindrer fare for smittespredning under reisen. Ved å teste uvaksinerte vil risikoen for at

smittede, uvaksinerte ankommer og eventuelt belaster norsk helsevesen dersom de utvikler alvorlig sykdom reduseres. Tiltaket anses som mindre inngripende enn for eksempel karantene.

- **Ulemper med test før ankomst:**

Tiltaket er inngripende for personer med kortvarig opphold utenfor Norge, særlig gjelder dette pendlere (arbeid og skole/studier) og andre arbeidsreisende.

Tiltaket øver press på andre lands testkapasitet, slik Norge opplevde i enkelte kommuner da Sverige innførte krav til test før ankomst for reisende fra Norge.

Per i dag er det vanskelig å si om det kan forventes at dette tiltaket er enkelt gjennomførbart i fremtiden. Mange land har gjennom pandemien bygd opp et testnett og en viss tilgjengelighet av testing. Dersom dette skaleres ned igjen, vil det i mange land være vanskelig å etterleve tiltaket.

Det er betydelig risiko for falsk dokumentasjon. Tiltaket krever en kontrollfunksjon på norsk side, som kan være utfordrende å gjennomføre og kan medføre ulik praksis.

- **Aktuelt ved:**

Kan, etter en risikovurdering, være aktuelt hvis det blir viktig å hindre ethvert mulig tilfelle å reise til landet. Kan vurderes som tiltak i en situasjon som beskrevet i scenario 4.

Testplikt ved/etter ankomst

Ved å teste innreisende ved ankomst, finner man smittede, som da kan følge de gjeldende plikter/anbefalinger for smittede. Tiltaket har best effekt når gradienten er høy. Dersom man ikke har innført tiltak for smittede innenlands, har det liten smitteverneeffekt i å teste ved grensen. En positiv test må etterfølges av tiltak for at det skal være noen effekt av testing. Innretning av tiltaket vil måtte vurderes. Særlig må det gjøres en vurdering av hvem som skal testes. Testplikt har gjennom pandemien vært knyttet til landvurderinger, til vaksinasjonsstatus/koronasertifikat og alder. Da omikron ble oppdaget, ble testplikt for alle innført. Hvor mange som omfattes av tiltaket, har betydning for hvordan det skal gjennomføres. Den beste effekten får man med test ved grenseovergang slik at tiltak umiddelbart kan iverksettes. Men har man testplikt for alle, er ikke dette gjennomførbart, slik at man må åpne for test for eksempel innen 24 timer og bruk av selvtest. I praksis vil man med åpen indre Schengen-grense trolig ikke få testet mer enn en liten andel av de innreisende, spesielt ved andre grenseoverganger enn de store flyplassene og de største veigrensene. Dette vil også avhenge av om man stenger grenseoverganger, om passasjerstrafikk går som normalt og lignende. Testplikt ved ankomst og plikt til innreiseregistrering har muliggjort kobling mellom IRRS-data og MSIS-data i Beredt C19, noe som har bidratt til bedre overvåking av smitte knyttet til innreise. Datakvaliteten har imidlertid vært en utfordring, denne problematikken har vært belyst i flere tidligere innreiseoppdrag, vi viser til disse.

- **Fordeler med test ved ankomst:**

Dersom man tester mange, vil man finne flere smittede.

Det er vanskelig å estimere den indirekte effekten på reisevolum som allmenn testplikt har, da tiltaket har vært benyttet i perioder med stor smittefrykt, og innreisetiltak i ankomstland, men det er grunn til å tro at testplikt demper reiseaktiviteten.

Å oppdage og å isolere smittetilfeller ved ankomst kan ha indirekte betydning for innleggelser, ved at videre spredning (spesielt til uvaksinerte eller personer i risikogrupper med lite immunitet) hindres.

Ved en innenlands strategi der man tilstreber å slå ned alle utbrudd og drive omfattende TISK, vil ethvert tilfelle man oppdager og isolerer på grensen, bidra til å redusere risiko for utbrudd og dermed lette kommunenes arbeid.

Testplikt sammen med innreiseregistrering kan gi bedre overvåkingsdata om smitte som oppdages i forbindelse med innreise.

- **Ulemper med test ved ankomst:**

Testplikt innebærer stor ressursbruk, spesielt ved testplikt for alle. Både av personell og materiell på teststasjonene ved grenseovergangsstedene, og eventuelt forbruk av selvtester. Ved tilhørende plikt/anbefaling om isolasjon, fordrer tiltaket at isolasjonshotell (eller annen løsning) stilles til rådighet for reisende uten egnet sted for isolasjon.

Teststasjonene på grensen skaper potensielle flaskehalsar med risiko for trengsel og dermed smitterisiko, mens reisende venter på å teste seg, eller venter på svar.

Testplikten kan oppleves som en ulempe for de reisende, spesielt ved kø og forsinkelser.

Ved krav om bekreftende PCR, kan grensetesting bidra til økt press på lokal test- og analysekapasitet.

Mange som krysser grensen er nordmenn på kortere opphold utenlands av 0-3 døgns varighet. Det vil si at mange vil kunne være smittet i Norge før de reiser ut, fordi de reiser ut i inkubasjonstiden. Når disse tilfellene avdekkes ved ankomst skyldes de ikke import av smitte fra utlandet, men innenlandssmitte som oppdages pga screening av innreisende. Vi antar at en stor andel av disse uansett ville ha testet seg og fulgt gjeldende anbefalinger/plikter dersom de hadde utviklet symptomer, fordi de er godt kjent med pandemi-håndteringen i Norge. Dermed ville videre spredning uansett ha blitt forhindret, uavhengig av testplikten på grensen.

Å oppdage smittetilfeller ved innreise har ingen direkte betydning for å unngå innleggelser i sykehus. De som til enhver tid er i landet og trenger sykehusbehandling, må uansett få tilbud om behandling.

Ved høy insidens av smittetilfeller i Norge utgjør ikke smittetilfeller som oppdages ved screening av innreisende en stor andel av det totale volumet av smittetilfeller. Da vil tiltaket således være lite målrettet, og trolig ha liten betydning for epidemiutviklingen i Norge, eller for belastningen på sykehusene.

Tiltaket vil kreve unntaksordninger for eksempelvis transportpersonell og pendlere.

- **Aktuelt ved:**

Kan, etter en risikovurdering, være aktuelt i et scenario der man ønsker å oppdage alle tilfeller for å isolere dem og for å redusere spredning etter importsmitte. Må ses i sammenheng med teststrategi innenlands. Kan vurderes som tiltak i en situasjon som beskrevet i scenario 4.

Innreisekarantene

Formålet med innreisekarantene er å hindre personer som kan ha vært utsatt for smitte i å ha nærkontakt med andre, slik at de i en eventuell inkubasjonsfase unngår å smitte andre. Tiltaket har best effekt når gradienten er høy.

Som for test ved ankomst, må innreisekarantene ses i sammenheng med at det eksisterer anbefaling eller plikt til tiltak dersom man utvikler symptomer eller tester positivt (for eksempel isolasjonsplikt). Har man ingen lovpålagt plikt til tiltak ved positiv test, anses innreisekarantene som mindre relevant.

Test i karantenetiden kan være aktuelt som tilhørende tiltak, enten for å sikre at man oppdager a-/presymptomatisk smittede eller for å forkorte karantenetiden.

Tiltaket bør ses i sammenheng med karantenebestemmelser innenlands. Personer som har reist har ikke en kjent eksponering, slik definerte nærkontakter har. Risikoen for at man er smittet kan derfor være lavere enn for "øvrige nærkontakter". Har man ikke karantenetiltak rettet mot nærkontakter innenlands, er det også mindre aktuelt ved innreise.

Innretning av tiltaket vil måtte vurderes. Særlig må det gjøres en vurdering av *hvem* som skal i innreisekarantene. Innreisekarantene har gjennom pandemien vært knyttet til landvurderinger, til den reisendes vaksinasjonsstatus/koronasertifikat og alder. Karanteneplikt basert på landvurderinger, altså forekomst i ulike land, er utfordrende gitt at ulikheter i overvåking, testaktivitet, og rapportering i de ulike landene gjør sammenligningsgrunnlaget mangelfullt. Vi viser til tidligere innreiseoppdrag for omtaler av denne problematikken.

- **Fordeler med innreisekarantene:**

Dersom etterlevelsen er god, vil innreisende som reiser i inkubasjonsfasen, eller smittes på reisen, og som utvikler symptomer og/eller tester positivt ved testing, ha unngått nærkontakt med andre, og dermed er risikoen for videre spredning redusert.

Tiltaket har en lav samfunnskostnad, da det antas at befolkningen endrer sin reiseatferd slik at fravær fra arbeid pga innreisekarantene reduseres.

- **Ulemper med innreisekarantene:**

Tiltaket er inngripende for den enkelte reisende.

Ikke et spesielt målrettet tiltak, da man karantenesetter personer *uten* kjent eksponering. (I motsetning til smittekarantene som er etter kjent eksponering til et kjent tilfelle i smittsom periode.)

Tiltaket kan være kostbart for den reisende dersom opphold på egnet karantenested må påkostes av den enkelte.

Tiltaket fordrer at karantenehotell (eller annen løsning) stilles til rådighet for personer som ikke har egnet karantenested.

Tiltaket kan ha en kostnad for virksomheter som er avhengig av utenlandsk arbeidskraft.

Krever mange unntak da flere samfunnskritiske funksjoner er avhengig av utenlandsk arbeidskraft og hyppig grensekryssing.

- **Aktuelt ved:**

Kan, etter en risikovurdering, være aktuelt hvis det blir viktig å redusere risikoen for spredning etter eventuell importsmitte. Kan vurderes som tiltak i en situasjon som beskrevet i scenario 4.

Karantenehotell

Plikt til opphold på karantenehotell er et inngripende tiltak har vært brukt i pandemien som en ekstra beskyttelse mot spredning av importsmitte utover innreisekarantene i eget hjem, eller annet egnet sted. Dersom plikt til innreisekarantene med strenge krav til oppholdsstedet benyttes som

tiltak, bør en karantenehotellordning etableres som et tilbud til reisende som ikke har egnet karantenested.

- **Fordeler med karantenehotell:**

Sikrer bedre mulighet for god etterlevelse av karantenebestemmelser.

- **Ulemper med karantenehotell:**

Tiltaket er svært inngripende for den enkelte reisende, også økonomisk dersom opphold må påkostes av den enkelte.

Tiltaket har en stor administrativ kostnad og legger beslag på personell og ressurser.

Tilleggseffekten til karantene hjemme er usikker, trolig ikke stor betydning, men kan ha en effekt for å redusere risikoen for smitte i husstand, spesielt til risikogrupper.

- **Aktuelt ved:**

Bør være svært høy terskel for å innføre plikt til karantenehotell. Bare relevant hvis karanteneplikt er innført, men trolig kan tiltaket avventes i alle scenarioer.

Innreiserestriksjoner

Innreiserestriksjoner, altså særskilte restriksjoner i adgang til innreise knyttet til covid-19, er et svært inngripende tiltak som bør brukes målrettet og hvis mulig, erstattes med mindre inngripende tiltak som kan gi tilstrekkelig beskyttelse.

- **Fordeler med innreiserestriksjoner:**

Reduserer antallet personer som ankommer landet, og reduserer dermed importsmitte.

- **Ulemper med innreiserestriksjoner:**

Svært inngripende tiltak både for enkeltpersoner og for virksomheter i Norge som er avhengig av utenlandsk arbeidskraft.

Rammer kun utlendinger, smitte vil uansett komme inn i landet med returnerende nordmenn/bosatte i Norge.

Krever mange unntak og eventuell etablering av søknadsordninger om unntak, tilsvarende de som ble innført vinteren 2021.

- **Aktuelt ved:**

FHI anbefaler at det i utgangspunktet unngås å innføre innreiserestriksjoner. Andre innreisetiltak og tiltak innenlands anses som tilstrekkelig for å håndtere situasjonen, uten at utlendinger forbys å komme til landet. Dersom det likevel vurderes, bør det være i et svært alvorlig scenario og etter en grundig risiko- og forholdsmessighetsvurdering.

UDs reiseråd

FHI legger til grunn at med "UDs reiseråd" her menes et globalt reiseråd som gjelder alle ikke strengt nødvendige reiser.

(Grunnlaget for utstedelse av reiseråd knyttet til covid-19 situasjonen i enkeltland og områder bør være knyttet til en totalvurdering av den lokale situasjonen, hvor tilgangen til helsetjenester/kapasitet i helsevesenet i det enkelte land og region anses å være det viktigste grunnlaget for videre utstedelse av covid-relaterte reiseråd.)

Et globalt reiseråd om å unngå alle ikke-nødvendige reiser, vil ha som formål å hindre nordmenn/bosatte i Norge fra å reise utenlands, slik at reiseaktivitet reduseres og risikoen for å bringe smitte til landet reduseres.

- **Fordeler med globalt reiseråd:**

Reduserer reiseaktivitet og dermed importsmitte.

- **Ulemper med globalt reiseråd:**

Inngripende for enkeltpersoner og virksomheter.

- **Aktuelt ved:**

Kan, etter en risikovurdering, være aktuelt i et scenario der det blir viktig å redusere risikoen for importsmitte og andre tiltak i innreisekjeden/innenlands ikke er tilstrekkelig for å håndtere situasjonen innenlands. Trolig bare aktuelt som tiltak i en situasjon som beskrevet i scenario 4.

Ved eventuell innføring av innreiserestriksjoner, bør logisk sett et globalt reiseråd også innføres. Risiko og ulemper knyttet til et importtilfelle er uavhengig av om det er utlendinger eller nordmenn som bringer smitte til landet. Stenger man grensen for utlendinger, bør man gjøre tilsvarende for nordmenn, men dette må da innrettes som et globalt reiseråd siden man ikke kan hindre norske statsborgere å vende hjem.

Nasjonalt kontrollcenter for innreise

Formålet med Nasjonalt kontrollcenter for innreise er å bedre etterlevelse av smitteverntiltak i innreisekjeden. Hvilken effekt det har hatt på etterlevelse av innreisekarantene og/eller testplikt kan best vurderes av andre aktører enn FHI. Tiltaket er avhengig av at innreiseregistrering er innført, ettersom man trenger kontaktopplysninger og informasjon om eventuelle plikter den innreisende har.

- **Fordeler med kontrollcenteret:**

Kan bedre etterlevelse av tiltak og generelle smittevernråd fordi man får personlig veiledning, på språk man forstår.

Kan gi kommunene oversikt over innreisende det kan være aktuelt å følge opp, for eksempel knyttet til arbeidsplasser eller vaksinetilbud.

- **Ulemper med kontrollcenteret:**

Har en samfunnskostnad i drift, personell, ressurser.

Vanskelig å vite hvor mye ekstra man vinner på å kontrollere reisende ved å ringe rundt. Mange etterlever gjeldende tiltak, uavhengig av kontroll.

Usikkert om kommunene har opplevd informasjon om innreisende som nyttig.

- **Aktuelt ved:**

Tiltaket er aktuelt dersom innreiseregistrering og plikter for innreisende er innført. Bør gjøres en kost/nyttvurdering før tiltaket iverksettes.

Arbeidstilsynet

Arbeidstilsynets godkjenningsordning av karantenested som tilbys av arbeids- eller oppdragsgiver er et tiltak for å bedre etterlevelsen av karantenebestemmelser, særlig ved å sikre at boliger som

arbeidsgivere tilbyr sine ansatte er egnede bosteder der karantene kan gjennomføres på en god måte. Hvilken effekt det har på etterlevelse av innreisekarantene kan best vurderes av andre aktører enn FHI.

- **Fordeler med Arbeidstilsynets godkjenningsordning:**

Sikrer bedre mulighet for etterlevelse av innreisekarantene for arbeidsreisende, og dermed redusere risikoen for spredning etter eventuell importsmitte og utbrudd, særlig i boliger der mange bor tett og på arbeidsplasser der mange jobber tett.

- **Ulemper med Arbeidstilsynets godkjenningsordning:**

Tiltaket har en samfunnskostnad i drift, personell, ressurser.

- **Aktuelt ved:**

Tiltaket er mest aktuelt dersom innreisekarantene er innført. I en situasjon der man ønsker å slå ned alle utbrudd og kommunene driver full TISK kan det være spesielt viktig å forebygge utbrudd på bo- og arbeidsplasser.

Grensekontroll/veiledning

Grensekontroll og veiledning på grensen er aktuelt dersom innreisetiltak er innført. Det vil trolig bedre etterlevelsen av smitteverntiltakene ved for eksempel at reisende geleides til teststasjon på grensen, får veiledning om testplikt, karanteneplikt og andre gjeldende tiltak. Dersom test før ankomst er innført, er det for å kontrollere dette, ev andre tiltak som er besluttet.

- **Fordeler med grensekontroll**

Kan medføre bedre etterlevelse av tiltak, både pga veiledning og muligens signaleffekt om at man risikerer bøter/bortvisning dersom tiltak ikke etterleves.

- **Ulemper med grensekontroll**

Ressurskrevende for politi/andre som skal gjennomføre kontrollen.

Vanskelig å vite hvor mye ekstra man vinner på å kontrollere reisende og hvor mye det har å si for situasjonen innenlands om noen "glipper". Mange ville etterlevd gjeldende tiltak, uavhengig av kontroll.

Ikke gjennomførbart å kontrollere alle på alle grenseoverganger. Lite effektivt på den samlede situasjonen dersom kun en liten andel innreisende kontrolleres.

- **Aktuelt ved:**

Grensekontroll og veiledning er aktuelt ved innføring av innreisetiltak som test og innreisekarantene, for å øke etterlevelsen. Det bør gjøres en kost/nytte vurdering av tiltaket siden det tar store ressurser fra grensepoliti.

Bruk av koronasertifikat/differensierte tiltak

Da løsningen med koronasertifikat som viser vaksinasjonsstatus (nasjonalt og etter hvert EU DCC) var på plass, ble lempinger på innreisetiltak for vaksinerte innført. Smittevernmessig hadde det sin begrunnelse i at risikoen for å være smittet og smitte videre var lavere for immuniserte. At man oppnår fordeler med å kunne dokumentere sin vaksinasjonsstatus, kan også ha virket som incentiv for å la seg vaksinere. Fra sommeren 2021 og til februar 2022 har vi hatt differensierte tiltak basert på den reisendes mulighet til å dokumentere sin immunologiske status på godkjent måte, dvs med løsninger koblet til EU DCC. Bruk av koronasertifikat diskriminerte innreisende fra tredjeland som

ikke var koblet på EU DCC- løsningen, til tross for at de kan være adekvat immunisert, samt reisende som i liten grad hadde tilgang på vaksiner. Med omikronvarianten har differensierte tiltak vært lite hensiktsmessig da varianten i betydelig grad omgår immunitet. Tiltak rettet seg mot en svært lav andel/antall av de innreisende, mens de fleste tilfellene av smitte fant man i grupper som hadde gyldig koronasertifikat. Dersom en ny variant skulle oppstå, vil denne sannsynligvis være enda mer smittsom enn omikron, og FHI vurderer at differensierte tiltak trolig vil være lite hensiktsmessig. I et scenario der varianten gir alvorlig sykdom og omgår immunitet, kan differensierte tiltak vurderes, dersom det er aktuelt med oppfriskningsdoser evt nye vaksiner for å få kontroll over epidemien. Dersom man beslutter differensierte tiltak, og man i situasjonen vurderer at man kan akseptere en viss risiko for forfalsket dokumentasjon, bør en løsning for tredjelandsborgere utvikles (jf oppdrag 605 og DSBs oppdrag om løsning for tredjelandsborgere).

Vedlegg 1

Eksisterende publisert kunnskap om innreisetiltak

Vi har søkt i én database (Epistemonikos) etter publiserte systematiske oversikter for perioden 1. januar 2021 til 27. januar 2022. Vi fant 7 systematiske oversikter som omhandler reise.

Disse oversiktene rapporterer data fra opp til 31 enkeltstudier (2-31) som omhandler reiserestriksjoner (stenging av grenser, ulike former for begrensinger av reiser på nasjonalt og regionalt nivå). Når det gjelder screening og testing av reisende, ble dette rapportert fra opptil 26 (1-26) enkeltstudier i de systematiske oversiktene. En del av studiene omhandler tiltak som ikke vil anses som relevante i Norge, som for eksempel temperaturscreening. Tiltak som karantene og isolasjon ble rapportert i opptil 12 (2-12) enkeltstudier. I tillegg var det mange studier, opptil 40, som rapporterte effekten av en rekke tiltak i kombinasjon. Én systematisk oversikt rapporterte resultater om sosiale konsekvenser/kontekstuelle faktorer (4 enkeltstudier). Vi identifiserte ingen studier som evaluerte effekten av reiseråd og informasjon, og heller ingen av helseøkonomiske evalueringer inkludert kost-nytte analyser av de ulike nevnte tiltakene.

De fleste studiene er fra tidlig fase av pandemien (publisert i 2020). Hovedmengden data er fra modelleringsstudier og observasjonsstudier. Modelleringsstudier er som kjent beheftet med stor usikkerhet. Vi fant ingen rapporterte data fra eksperimentelle studier. Det er mange studier fra Kina, men også flere større europeiske og internasjonale studier som rapporterer effekt av stenging av grenser.

Hvordan kan vi styrke kunnskapsgrunnlaget?

Hvis ønskelig vil det være mulig å gjøre kunnskapsoppsummering av studier som omfatter effekt av stenging av grenser, screening/testing av reisende og karantene/isolasjon. Vi forventer at det er størst kunnskapsgrunnlag når det gjelder stenging av grenser. Det finnes sannsynligvis en god del flere nyere enkeltstudier som omhandler reise enn de vi har identifisert. Det forklares dels av at vi har søkt kun i én database og dermed ikke har funnet alt som er publisert, men først og fremst at nyere enkeltstudier per nå ikke er inkludert i systematiske oversikter. Dette bør tas med i planleggingsfasen av et eventuelt oppdrag med kunnskapsoppsummering. Forslag til problemstillinger som kan ses på er skissert i tabellen nedenfor.

Skisse som kan benyttes som utgangspunkt ved en eventuell kunnskapsoppsummering.

Populasjon	<ul style="list-style-type: none">• Mennesker som reiser
------------	--

Intervensjon	<ul style="list-style-type: none"> • Stenge grenser, begrense reiser (landegrenser, regioner og byer) • Stenge grenser eller begrense reiser over grenser for spesifikke land/regioner (typisk områder med høyt smittetrykk eller nye virusvarianter) • Screening/testing av reisende: symptombasert, eksposisjonsbasert, alle. Eksempler: temperaturmålinger, spørreskjemaer og laboratorieprøver) • Karantene/isolasjon av innreisende • Kombinasjoner av de ovennevnte tiltakene • (Reiseråd, informasjon)
Sammenligning (Comparison)	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen reiserestriksjoner • Ulike simuleringer/tenkte scenarier (typisk fra modelleringsstudier)
Utfallsmål (Outcome)	<ul style="list-style-type: none"> • Infeksjonsrelaterte utfallsmål (antallet/andelen påviste/unngåtte smittede/syke og død) • Screeningrelaterte utfallsmål (antallet/andelen påviste/unngåtte smittetilfeller) • Endringer i den epidemiske utviklingen • Økonomiske utfallsmål • Sosiale utfallsmål (aksept/konsekvenser blant reisende osv.)
Studiedesign	<ul style="list-style-type: none"> • Observasjonsstudier («real world data») • Modelleringsstudier • (Eksperimentelle studier)

En utfordring med kunnskapsoppsummeringer av internasjonal litteratur på dette området er at studiene er gjort i ulike settinger i ulike faser av pandemien og at en rekke tiltak er innført i kombinasjon. Resultatene må tolkes i lys av flere faktorer, for eksempel:

- Smittetrykk i samfunnet
- Smittegradient
- Reisevolum
- Andre tiltak i samfunnet
- Timing ved innføring av tiltak (for eksempel tidlig fase med få tilfeller, fase med utbredt sykdom i befolkningen, etter bremsing av sykdommen ved andre tiltak)
- Virustype/egenskaper ved viruset/reproduksjonstall

Effektstudier som nevnt her, bør vurderes i lys av nytte-risikovurderinger på individ- og samfunnsnivå og av kost-nytte analyser. Vi anbefaler at det gjøres slike vurderinger basert på norske/nordiske tall hvis mulig. Dette vil sannsynligvis gi nyttig kunnskap som anses som mer relevant, og vil være et viktig supplement til den internasjonale litteraturen.

Vedlegg 2:

Bakgrunn for beregninger av risiko for videresmitte og effektivitet av karantene/test for innreisende

Effekt og effektivitet av innreisetiltak

Effekten av tiltak bør veies opp mot ressursbruken for å oppnå effekten av tiltak(ene). Som eksempel kan nevnes at det å teste hele befolkningen mot SARS-CoV-2, som screening, vil ha en smitteverneffekt, da det vil oppdage flere smitteførende personer, men vil være svært lite *effektivt*.

På lignende måte må effektiviteten av innreisetiltakene veies opp mot ressursbruken for samfunnet, og konsekvensen og byrden av tiltaket for den enkelte.

For å vurdere dette nærmere, har FHI sett på effektiviteten av innreisetiltak i tre ulike faser av pandemien (**juli 2020**, **april 2021** og **desember 2021**). De tre landene med flest innreisende til Norge er studert (Sverige, Danmark, Polen), og effekten av tiltakene er sammenlignet med lignende tiltak rettet mot den norske befolkningen generelt, og personer i Norge som er definert som enten «øvrige nærkontakter» eller «husstandsmedlemmer og tilsvarende nære». Detaljerte beskrivninger av beregninger og tall finnes i vedlegg 2, og gjennomgang av effektivitet i de tre ulike fasene nedenfor.

Oppsummert finner FHI at beregninger tyder på at selv ved stor gradientforskjell mellom ulike land, har innreisetiltak som karantene og test, vært betydelig mindre effektive enn lignende tiltak innenlands. Til tider er det mulig at det kan ha vært høyere smittevernmessig effekt av å bruke samme tiltak (karantene, test) i et tilfeldig urvalg i den norske befolkningen, enn på innreisende.

Som beskrevet i avsnitt om kunnskapsgrunnlag, så selv ved høy insidens i et land, vil det være betydelig lavere sannsynlighet for at en tilfeldig innreisende er smittet, enn noen som er bekreftet smitteeksponert (nærkontakt). Innreisende som er smittet, smitter videre i betydelig lavere grad enn smittetilfeller innenlands⁹. Det er blant annet grunnet at innreisende smittede vil ha «brukt opp» en del av sine smitteførende periode før innreise, en høyere andel vil også være asymptomatiske (grunnet at symptomatiske personer sannsynligvis ikke reiser i større grad) og det er vel kjent at asymptomatiske smitter videre i betydelig lavere grad enn symptomatiske personer.

Juli 2020 (forskriftsfestet innreisekarantene)

⁹ James A, Plank MJ, Hendy S, Binny RN, Lustig A, Steyn N. Model-free estimation of COVID-19 transmission dynamics from a complete outbreak. PLoS One. 2021;16(3):e0238800. Published 2021 Mar 24. doi:10.1371/journal.pone.0238800

I juli 2020 var det etter en tid (6 uker) med svært strenge nasjonale tiltak, betydelig forskjell i smittenivå innenlands og utenlands. Det var forskriftsfestet innreisekarantene, etter opphevelse av grensestengningen.

Tabell 1 viser effektiviteten av innreisekarantene, regnet på antall personer i karantene for å forhindre en videresmitte. Tallene viser at det var en betydelig gradientforskjell mellom Sverige/Norge, Polen/Norge, men lite forskjell mellom Danmark/Norge.

For sammenligning med effektiviteten av smittekarantene, var innreisekarantene av personer fra Sverige og Polen kun 1/5-1/20 så effektiv så effektiv som smittekarantene for øvrige nærkontakter i Norge, det vil si 5-20 ganger så mange personer måtte sitte innreisekarantene for å forhindre like mye videresmitte som ved karantene av øvrige nærkontakter. Sammenlignet med karantene for husstandsmedlemmer var det kun 1/33-1/13 så effektivt.

	Effektivitet sammenlignet med smittekarantene for øvrige nærkontakter (ref)	Antall personer som må sitte i karantene for å forhindre en (1) videresmitte	Testing/capita sammenlignet med Norge (ref)
Sverige	0,19 x ref	136	1,5 x ref
Danmark	0,02 x ref	1041	3,2 x ref
Polen	0,05 x ref	518	0,7 x ref
Norge (generell befolkning)	0,01 x ref	3116	ref
Øvrige nærkontakter	ref	26	ref
Husstandsmedlemmer	6,5 x ref	4	ref

April 2021 (forskriftsfestet innreisekarantene på karantenehotell, testkrav ved ankomst)

I april, i alfa-bølgen, var det innført strenge innreisetiltak med forskriftsfestet innreisekarantene på karantenehotell og testkrav ved ankomst. Det var samtidig strenge tiltak innenlands, særlig i Oslo.

Det var fortsatt en gradientforskjell sammenlignet med smittenivået i noen land, men mht innreisekarantene viser at denne var betydelig lavere, og at effektiviteten av innreisekarantene betydelig redusert. For Danmark var det altså lavere risiko for videresmitte enn det som var forventet i den norske befolkningen, grunnet høyere mørketall i Norge. Vaksineeffekt er tatt med i beregningen, vaksinedekningen mellom de ulike landene var relativt lik i denne perioden.

For Sverige og Polen var innreisekarantene kun nær 3 ganger så effektiv som om man satte en tilfeldig person i Norge i karantene, eller kun 1/8-1/9 så effektivt som smittekarantene for "øvrige nærkontakter".

	Effektivitet sammenlignet med smittekarantene for øvrige nærkontakter (ref)	Antall personer som må sitte i karantene for å forhindre en videresmitte	Testing/capita sammenlignet med Norge (ref)
Sverige	0,11 x ref	140	1,3 x ref
Danmark	0,02 x ref	651	8,4 x ref
Polen	0,14 x ref	117	0,6 x ref
Norge (generell befolkning)	0,04 x ref	404	ref
Øvrige nærkontakter	ref	16	ref
Husstandsmedlemmer	5,3 x ref	3	ref

Desember 2021 (ikke karantenekrav, men testkrav før og ved/etter ankomst)

I desember, med både delta- og start av omikronvarianten, var det ikke lenger innreisekarantene fra mange land, men testkrav ved ankomst.

I beregningene for denne periode er det derfor ikke blitt sett på karantene, men antall personer som måtte testes for å forhindre videresmitte. To kolonner er beregnet; antall personer for å forhindre videresmitte i smitteførende fase, men også totalt, da noen personer er ventet å være i inkubasjonstid, og ikke smitteførende (eller testpositive), ved testtidspunkt. For beregningen i desember 2021 er det ikke tatt høyde for vaksineeffekt fordi omikronvarianten har hatt redusert vaksineeffekt som har variert etter tid fra vaksinasjon. Gode datakilder for tall på dette mangler. Estimaterne er derfor sannsynligvis noe overestimert mht effektivitet, men forhold mellom de ulike land er sannsynligvis upåvirket.

FHIs beregninger viser at testkrav ved grensen sannsynligvis var et svært ineffektivt bruk, og beregningene antyder at det kan ha vært større sannsynlighet for at en tilfeldig person på gaten i Norge testet positivt, enn det som var forventet på grensen fra innreisende fra Sverige og Polen.

Det bør nevnes at testforbruket på grensen var høyt, og testplikten for alle reisende var forskriftsfestet i en tid med betydelig testmangel innenlands. Samtidig testet kun 60-65% av personer som hadde symptomer seg innenlands, - en gruppe med høyere risiko for SARS-CoV-2 smitte.

	Effektivitet sammenlignet med smittekarantene for øvrige nærkontakt er (ref)	Antall personer som må testes for å forhindre en (1) videresmitte	Antall personer som må testes for å forhindre en (1) videresmitte fra en person i aktiv smitteførende periode	Testing/capita sammenlignet med Norge (ref)
Sverige	0,05 x ref	636	342	1,0 x ref
Danmark	0,33 x ref	92	50	7,0 x ref
Polen	0,08 x ref	382	206	0,4 x ref
Norge (generell befolkning)	0,17 x ref	175	94	ref
Øvrige nærkontakter	ref	30	16	ref
Husstandsmedlemmer	5 x ref	6	3	ref

Beregninger og metode

Antakelsene og metode for beregningene er presentert nedenfor. Antakelsene er basert på samlet vurdering av publikasjoner fra internasjonal litteratur, modelleringsstudier og risikorapporter fra FHI, vaksineeffektrapporter fra Public Health England, og prevalensundersøkelser fra ukesrapporter, Symptometer, britiske Office for National Statistics (ONS). Insidenstall, testfrekvens og positivitetsrate er fra Our World in Data.

Testfrekvens/capita er sammenlignet mellom land med Norge som referanse, for å illustrere testkapasitet og evt risiko for økt mørketall. Gjennom pandemien har Danmark hatt en betydelig høyere testfrekvens, Sverige omtrent lik, eller noe høyere, enn Norge, mens Polen har hatt lavere testfrekvens og tallene derifra kan derfor ansees som noe mer usikre. Modellen tar høyde for en rekke parametere, blant annet forskjellige virusvarianters spredningsevne, seroprevalens, beskyttelse fra gjennomgått infeksjon og effekt av karantene, men det foreligger likevel usikkerheter i estimatene, bl.a har testfrekvens/capita vært forskjellig i ulike land, og det er estimert forskjellige mørketall i de ulike landene basert på dette ¹⁰. For beregningen i desember 2021 er det som nevnt ikke tatt høyde for vaksineeffekt fordi omikronvarianten har hatt redusert vaksineeffekt som har variert etter tid fra vaksinasjon. Gode datakilder for tall på tidspunkt fra vaksinasjon mangler.

¹⁰ Chiu WA, Ndeffo-Mbah ML (2021) Using test positivity and reported case rates to estimate state-level COVID-19 prevalence and seroprevalence in the United States. PLOS Computational Biology 17(9): e1009374. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1009374>

Estimatene er derfor sannsynligvis noe overestimert mht effektivitet, men forhold mellom de ulike land er sannsynligvis upåvirket.

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

Videresmitte fra smittsom fase:

$$((a*b*u*i*k)+(c*u*i*k*e*g)+(c*u*i*k*d*h))*(1-v) +$$

$$((a*b*u*i*k)+(c*u*i*k*e*g)+(c*u*i*k*d*h))*v*(1-p)$$

Videresmitte fra personer i inkubasjon:

$$((a*b*u*i*l)+(c*u*i*l*h))*(1-v) + ((a*b*u*i*l)+(c*u*i*l*h))*v*(1-p)$$

Videresmitte fra personer i inkubasjon nærkontakter Norge:

$$(a*(m \text{ eller } n)*b*i)+(c*(m \text{ eller } n)*i*h)*(1-v) + ((a*(m \text{ eller } n)*b*i)+(c*(m \text{ eller } n)*i*h))*v*(1-p)$$

Merknad

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



POD sine innspill til oppdrag 630

Til: Helsedirektoratet

Dato: 0230222

Fra: Politidirektoratet

Kopi til:

U.off jf Offl. §13

Saksbehandler: Per Øyvind Skogmo

Versjon: 1.0

Bestilling:

Delbesvarelse etterspurt pr mail den den 18.02.22. Det vises til Helsedirektoratets oppdrag 630 om pakker med innreisetiltak.

I forbindelse med Helsedirektoratets arbeid med forlag til ny strategi mot Covid-19, skal det også foreslås innreisetiltak knyttet til forskjellige scenarier. Det er lite systematisk kunnskap om nytten av de forskjellige innreisetiltakene som har vært prøvd i de forskjellige fasene av pandemien, og det er derfor ønskelig med innspill om Politidirektoratets erfaringer med tiltakene på grensa gjennom pandemien, før det utarbeides tiltak i den videre strategien.

For å sikre best mulig realitetsforståelse i utformingen av strategien fremover, ønskes det særlig innspill på erfaringer om følgende temaer (listen er ikke uttømmende), hva har fungert godt og gjerne forslag til ting som kan endre.

- **Oppfølging av reisende ved ankomst Norge**

Politiets tilstedeværelse på grensen var først hjemlet i indre Schengen grensekontroll, deretter med egen kontrollhjemmel i covid-regelverket. Forutsetningen for politiets tilstedeværelse var myndighetsutøvelse i form av kontroll av innreisevilkår, samtidig ble det også gitt veiledning i forbindelse med kontrollen.

Ved bortfall av innreisevilkårene forsvant også politiets grunnlag for tilstedeværelse og kontrollaktivitet på grensen. Politiet vil ikke ha anledning til kun å drive veiledning på grensen, og veiledning isolert sett krever heller ingen myndighetsutøvelse.

I perioden med høy kontrollintensitet og begrenset antall grenseoverganger, ble samtlige reisende stoppet for kontroll og veiledet i forhold til test, karantene og karantenehotell. En slik veiledning er tidkrevende i kontrollsituasjonen, men effektiv i forhold til å nå ut til de reisende. Det var samtidig krevende for grensekontrollørene å ha oversikt over gjeldene regelverk med mange unntak da det skjedde hyppige endringer med korte tidsfrister fra beslutning til iverksettelse. Sjansen for at veiledningen ikke var oppdatert og korrekt var periodevis stor.

Effekten politiets kontroll har på smittebildet er i liten grad utredet. Det er forutsatt at politiets tilstedeværelse skal sikre etterlevelse av krav og plikter. Hvilket nivå kontrollintensiteten bør ligge på for å oppnå tilstrekkelig effekt må vektas mot risikoaksept. Jamfør tilnærmingen til

f.eks. fartskontroller langs landeveien. Når kontrollintensitet gikk ned og det ble kunnskapsbaserte stikkprøvekontroller hadde veiledningen liten effekt, da kun ca 10% av de reisende ble kontrollert av politiet.

Erfaringen fra kontrollvirksomheten og IRRS-statistikken var likevel at etterlevelsen var stor. Eksempelvis avdekket stikkprøvekontrollen at ca 90% av de reisende registrerte seg etter at det ble et innreisevilkår. Den samme trenden så vi ved etterlevelsen av testplikten. Det var også positivt når transportselskapene begynte å etterspørre om de reisende var innregistrert ved ombordstigning.

Politiet har gjennom pandemien opplevd at manglende etterlevelse i stor grad skyldes manglende kunnskap eller komplisert regelverk. Dette blir særlig uttalt i forbindelse med endringer i regelverket. Det er derfor politiets oppfatning at primærstrategien for å sikre etterlevelse må ivaretas gjennom tydelig kommunikasjon til de som omfattes av regelverket. Endringer krever forsterket innsats på kommunikasjonsfeltet, fortrinnsvis i forkant av endringen.

Politidirektoratet mener veiledning knyttet til hvordan den enkelte reisende skal forholde seg til hovedregler og unntaksbestemmelser primært må sikres gjennom bred kommunikasjon, tilgjengelig informasjon og forenkling av regelverk. Kommunikasjon bør skje gjennom kjente kommunikasjonsplattformer og tekniske løsninger (SOME, SMS, veiskilting, mv.). Man bør ikke forutsette at regelverket krever utstrakt fortolkning og eventuell bekreftelse i en fysisk kontrollsituasjon.

Om det vurderes av andre myndigheter at det foreligger et behov for veiledning av smittevernreglene til de reisende ved et grenseovergangssted, så kan ikke det basere seg på politiet tilstedeværelse i perioder uten innreisevilkår.

- **Logistikk**

For at politiet skal kunne utføre en kunnskapsbasert stikkprøvekontroll er vi avhengig av et kunnskapsgrunnlag, slik FHI ga politiet i fredagsmøtene "Felles risikobildet/felles risikoaksept". Det kunnskapsgrunnlaget gjorde at politiet kunne rette sin innsats mer treffsikkert på f.eks. enkelte land eller kategori reisende for at politiets kontroll skulle være rettet mot de reisende som utgjorde den største risikoen for importsmitte. Sommeren 2021 ble dette møtet brukt for å kunne legge grunnlag for bruk av "midlertidig løsning for risikobasert grensekontroll", men da med fokus på hvilke kategorier reisende som ev. kunne slippes igjennom uten kontroll, det vil si reisende fra f.eks. grønne land.

Det ble også etablert en tverrsektoriell logistikk gruppe som var på befaring på de mest belastede/største grenseovergangsstedene for å se

på logistiske muligheter til å utnytte fasilitetene på stedet og ev. justeringer som kunne gjøre grensekontrollflyten raskere.

- **Bruk av digitale systemer for verifikasjon av krav ved innreise**

Våren 2021 utviklet DSB GKL, og sommeren 2021 utviklet helsedirektoratet en app for verifikasjon av koronapass. I forbindelse med med IRRS kom det også på en del løsninger for forhåndsgodkjenning for de reisende, som hadde f.eks. unntak fra karantenehotell og andre unntak (næringskritisk, grønt-næringen, kjærestebesøk etc.), som de reisende måtte legge inn på forhånd før innreise, der en søknad ble godkjent/ikke godkjent. En slik form for forhåndsgodkjenning er nødvendig for at grensekontrollen ikke skal bli en flaskehals ved strenge innreiserestriksjoner.

Politidirektoratets utgangspunkt er det samme som spilt inn tidligere, at en verifiseringsløsning bør være ensformet og lett administrerbar for å unngå økt tidsbruk på grenseovergangsstedene.

Det er implikasjoner knyttet til at kontrolløren allerede har flere forskjellige systemer og applikasjoner som må benyttes i kontrollsituasjonen, hovedsakelig med påvirkning på kontrollkvalitet og kontrolltid. Ikke-digitale løsninger vil komplisere dette bildet ytterligere, og være mer tidkrevende.

Tjenestepersonenes erfaring med bruk av systemene vil variere. For mange er ikke dette en fulltidsgeskjeft, men noe man blir satt til å utføre i kortere perioder for å dekke et kapasitetsbehov. Digitale løsninger vil derfor også lette arbeidet med opplæring samtidig som det bidrar til å lette kompleksiteten i kontrollsituasjonen. Økt tidsbruk i kontrollen medfører at det opparbeider seg kø og/eller at man kontrollerer færre innfor gitt tidsrom.

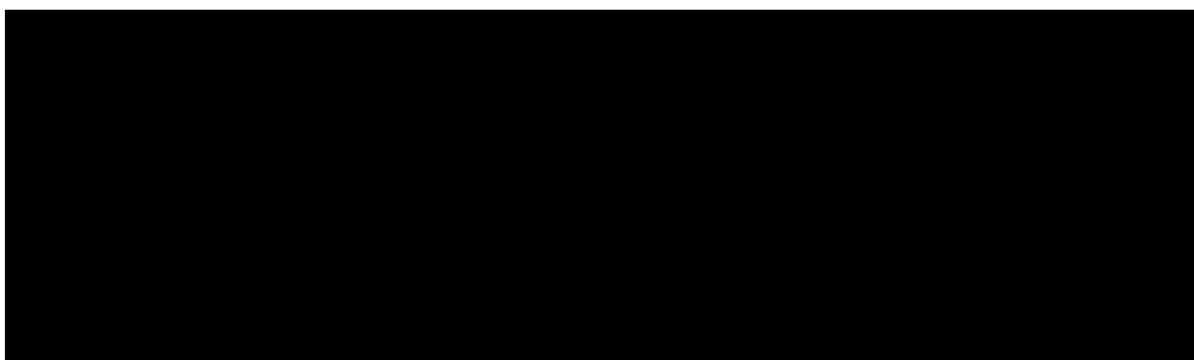
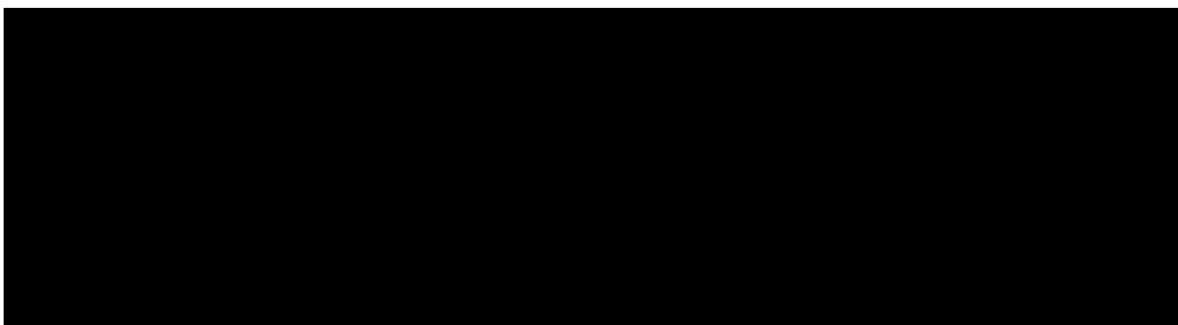
- **Innreiserestriksjoner og kontrolltiltak, inkludert test og karantenebestemmelsene**

Politiet er ikke kjent med reell effekt av innreiserestriksjoner og kontrolltiltak. I starten skapte dette kaos, men dette ble bedre og bedre utover i pandemien. De reisende ble mer kjent og vant med et regelverk i endring, og for politiets del ble de også mer vant til dette. Samt når infrastruktur kom på plass for å dekke en annen type kontroll en det politiet normalt har, så gjorde det det selve grensekontrollsituasjonen mer håndterbar.

Etter hvert som regelverket ble tydeligere for de forskjellige etatene, og ansvarsforhold ble avklart var det lettere å gjennomføre oppdraget, til eksempel i starten var det politiets ansvar å sørge for karantenehotell og

ev. sørge for at det var ledig plasser på andre hotell i landet f.eks. ved Oslo lufthavn som raskt slet med kapasiteten. Politiets ansvar for å ringe rundt til diverse hotell for å høre om ledig plass, fremsto noe fjernt fra politiets myndighetsutøvelse i grensekontrollen.

Sensommeren 2021 og høsten var det ikke like mange akutte regelverksendringer. Dette førte til mer ro og kontroll i hele innreisekjeden.



Slik politiet ser det, og for at politiets grensekontroll skal ha en hensikt ved en pandemi, så ser vi for oss to nivåer, enten kunnskapsbasert grensekontroll hjemlet i covid-regelverket eller systematisk kontroll ved innføring av indre Schengen grensekontroll. Systematisk grensekontroll på Schengens indre grense til selvsagt kreve en bistand fra andre ressurser som Forsvaret.

Omikron har vist at man klarer ikke å stenge virus ute av landet, om det skal ha effekt vil tiltaket være for strengt, og ha større negativ effekt enn selve pandemien.

Innreiserestriksjoner kan ikke stå alene, det må stå i forhold til testing og innreiserestriksjoner. Det kan ikke være et hovedtiltak å kun stenge grensen og ha økt grensekontroll, mens det innenlands er svært begrenset med tiltak. Det må være en balanse mellom tiltak på grensen og tiltak innenlands.

FHI bør si noe om hvilken effekt grensekontroll har på importsmitte. Avslutningsvis i perioden med tiltak var FHI tydelig på at grensekontroll hadde liten effekt på importsmitte.

Ut i fra våre vurderinger og erfaringer så langt i pandemien, ser politiet for seg to reelle nivåer for politiets eventuelle kontroll på grensen ved en pandemi utover normalsituasjonen. Listen med tiltak er ikke uttømmende eller statisk, og det skal være mulig å skalere opp og ned:

Normal situasjon

- Ingen innreiserestriksjoner
- Ingen kontrolltiltak i forhold til smittevernlovgivningen ved grenseovergangsstedet
- Ingen veiledning ift smittevernlovgivningen ved grenseovergangsstedet

Forsterket kontrollnivå-Kunnskapsbasert stikkprøvekontroll

- Forutsetningen for politiets tilstedeværelse og kontroll er innreiserestriksjoner med sanksjonsmuligheter
- Kontrollen utføres som en kunnskapsbasert stikkprøvekontroll.
 - FHI må gjøre en smittevernfaglig vurdering av innreise, slik at politiets kontroll blir treffsikker
- Tydelig og enkelt regelverk
- Politiet utfører veiledning i Covid-regelverket på den andelen reisende som blir kontrollert
- Digitale verifiserbare løsninger, GKL-IRRS, avlesning koronapass.
- Det må re-etableres diverse forhåndsgodkjenning, på de forskjellige kategorier reisende som ev. er unntatt regelverket. Fritak karantene mv. test, karantene
- Samvirkearenaer må etableres.
 - Samvirkemøtet på grensen
 - IRRS-møte
 - Felles risikobildet/felles risikoaksept
- Vurdere tiltak for å begrense reisevolum
- Vurdere og ev. iverksette infrastruktur på aktuelle grenseovergangssted
- Forberede reetablering av infrastruktur på grenseovergangssteder som er nødvendig ved svært strengt kontrollnivå

Svært strengt kontrollnivå-Systematisk kontroll av alle reisende

- Tiltak fra forsterket kontrollnivå er iverksatt
- Gjennført personkontroll på Indre Schengen grense

- Iverksette tiltak for å redusere reisevolumet, herunder omfattende innreiserestriksjoner og begrensning på antall lovlige grenseovergangssteder
- Digitale verifiserbare løsninger
- Forenklet regelverk
- Bistand fra forsvaret
- Iverksette infrastruktur

- **Samarbeid mellom etatene**

Etablering av de ukentlige samvirkemøtene, hvor alle relevante samvirkeaktører deltok, var en viktig arena for å skape en felles situasjonsforståelse og nødvendige avklaringer, og ikke minst en forutsetning for at Politidirektoratet kunne ivareta sitt koordineringsansvar. Dette er et tiltak det bør være lav terskel for å gjenoppta ved behov.

Bistand Forsvaret og tolletaten ble etablert og var viktig for politiets gjennomføringsevne av Indre Schengen grensekontroll.

Viser også til samarbeidsfora mellom etatene på de forskjellige kontrollnivåene som er beskrevet over.

23.02.2022

Utarbeidet av

Seksjon beredskap og øvelser, IRRS-teamet og
kommunikasjonsavdelingen



Til
Helsedirektoratet

Innspill fra DSB til Hdir: oppdrag 630 om tiltakspakker for innreise

Innhold

- s. 1 Bakgrunn og overordnet vurdering
- s. 3 Erfaring med digitalt innreiseregistreringssystem
- s. 5 Erfaring med karantenehotell for innreisekarantene
- s. 9 Kommunikasjons- og informasjonstiltak i innreisekjeden
- s. 10 Samvirke og samarbeid i innreisekjeden
- s. 13 Vedlegg

Bakgrunn og overordnet vurdering

Helsedirektoratet har bedt samvirkeaktørene i innreisekjeden om innspill på hva og hvilke tiltak som har fungert godt og hva som kunne vært gjort annerledes i perioden vi har bak oss med ulike smitteverntiltak i innreisekjeden. Innspillene om erfaringene aktørene har gjort seg skal bidra til å danne vurderingsgrunnlag for besvarelse av oppdrag 630.

I dette innspillet legger DSB fram erfaringer og vurderinger knyttet til leddene i innreisekjeden der DSB har hatt en sentral aktørrolle. I hovedsak omhandler det de to smittevernrelaterte tiltakene innreiseregistrering og karantenehotell for innreisekarantene, som ble etablert og benyttet under store deler av perioden med innreisetiltak til Norge under pandemien. I tillegg trekker vi fram erfaringer med vesentlige samvirke- og informasjonstiltak DSB har vært delaktige i knyttet til innreisekjeden.

En faktor som ligger til grunn for hvordan vi vurderer erfaringene fra bruk av ulike innreisetiltak og innreisekjeden i stort er innreisevolumet. Det totale antall innreisende personer til Norge daglig har variert mye i perioden med innreisetiltak. Antall innreisende var betraktelig redusert fra normalår i perioden med de strengeste innreiserestriksjonene (jan-april -21) og så lenge UD's reiseråd tilsa at nordmenn ikke burde reise utenlands. Mange innreisetiltak og -restriksjoner gjennom det siste halvannet året har både vært med på å begrense reising ut og inn til Norge, men også vært tiltak som kun lar seg gjennomføre med et lavt

Beredskap og øvelser

Dokumentdato
23.02.2022

Vår referanse

antall reisende og med begrenset antall åpne grensepasseringssteder. Med gradvis gjenåpning av grensene og justering av innreisetiltak mot økende innreisevolum har også forholdsmessigheten ved bruk av kontrolltiltak blitt redusert og man har i større grad sett hen til et tillitsbasert system i innreisekjeden.

Utviklingen i iverksatte innreisetiltak gjennom ulike smittebølger og bruk av innreisetiltak som verktøy for å forsinke nye virusmutasjoners ankomst til landet har gitt et betydelig kunnskapsgrunnlag. Kunnskapen og erfaringene fra arbeidet med innreisekjeden siste halvannet år gir en unik mulighet til å utarbeide et nytt planverk basert på læringspunkter og gode erfaringer for håndtering av nye utbrudd eller scenarier der innreisetiltak igjen blir nødvendige å iverksette. I arbeidet med tiltakspakkene for innreise

Postadresse	Kontoradresse	Direktoratet for	33 41 25 00	33 31 06 60	974 760 983
Rambergveien 9	samfunnssikkerhet og beredskap	3115			
Tønsberg					

Postboks 2014

E-post

Internett www.dsb.no3103 Tønsberg postmottak@dsb.no **Telefon****Telefaks** **Organisasjonsnummer**

og regjeringens nye langtidsplan for covid-håndteringen bør man ta høyde for at det kan bli aktuelt med snarlig revisjon ettersom publiseringen av koronakommisjonens rapport del to er ventet om kort tid.

Tidslinjen som er vedlagt innspillet illustrerer DSBs viktigste leveranser i innreisekjeden (IRRS og karantenehotell-ordningen) og sentrale utviklingstrekk for disse leveransene. Både for IRRS og karantenehotellordningen var det hyppige endringer i covid-forskriften som måtte hensyntas og implementeres i systemene. Disse hyppige utviklingstrekkene preger også hvordan vår overordnede vurdering av innreisekjeden og erfaringene vi har fra de to hovedleveransene DSB har stått for.

Viktige læringspunkter og erfaringer fra innreisekjeden DSB vil trekke fram

- God informasjonsflyt og tverrsektorielle kontaktpunkter er avgjørende for informasjonsdeling om utviklingstrekk og endring i situasjonsbildet.
- Tidlig dialog og avklaringer om roller og ansvar mellom aktørene i innreisekjeden er avgjørende.
- Minimal iverksettelsestid bidrar til forsinkelser fra regelverksendringer publiseres og trer i kraft til endringene er implementert i praksis hos de ulike aktørene.
- Mer involvering av samvirkeaktører i beslutningstakingsprosesser og fortløpende parallellplanlegging kunne bidratt til bedre samordning av innreiseaktørene og bedre effektivering av besluttede tiltak. Dette gjelder effektivering i hele kjeden; fra informasjonstiltak til de innreisende til riktig håndheving av politiet på grensa eller kompetanse hos kommunenes personell og veilederne hos koronatelefonene eller som sitter på kontrollsenderet for innreisende. Tettere samarbeid i endringsprosessen mellom etatene kunne også gitt bedre arbeidsvilkår under korte endrings- og leveringsfrister i utviklingen av IRRS.

• Informasjonsdeling med tilhørende systemer har vist seg å være en del av den samlede beredskapen i beredskap for å være forberedt på pandemiutvikling, eller andre scenarier som krever tilsvarende kontroll og prosessering eller rasert oppfølging.

• Nettverkspersonell og enkeltpersoner blir spesielt sett under stort press i langvarig beredelse, og det er derfor viktig at mulige utfordringer blir tatt opp og løst i god tid.

- Innreiseregistrering med tilhørende systemer bør vurderes opprettet som en del av den nasjonale beredskapen i fremtiden for å være forberedt på pandemihåndtering- eller andre scenarier som krever tilsvarende kontroll på grensepassering eller nasjonal oppfølging.
- Nøkkelpersonell og enkeltressurser blir spesielt satt under stort press i langvarig krisehåndtering, og det er derfor viktig at statlige myndigheter bidrar til å skape løsninger og ordninger som tilrettelegger for enhetlig, ressursbesparende og praktisk gjennomføring for kommunene og andre aktører som står i førstelinjen når tiltak iverksettes, herunder i innreisekjeden.
- En hovedregel om at innreisende må være på karantenehotell for å gjennomføre innreisekarantene var et svært inngripende tiltak i innreisekjeden, og det var krevende å drifte en ordning med mange unntak fra hovedregelen. Risikobaserte og behovsbaserte vurderinger av hvem som skulle på karantenehotell, mener DSB fungerte bedre, og er en innretning som i større grad kan benyttes i beredskapssammenheng.

1. Erfaring med digitalt innreiseregistreringssystem

Endringer, tidsfrister og samarbeid

Det har vært utfordrende å endre et komplekst innreiseregistreringssystem (IRRS) på 15 språk i takt med hyppige endringer i covid-19 forskriften. Innreiseregistreringen og håndhevingen av karantene- og testkravene må til enhver tid ha oppheng i gjeldende forskrift og ordlyden i endringene. Parallell planlegging og tettere samarbeid i endringsprosessen mellom etatene hadde gitt bedre arbeidsvilkår under korte endrings- og leveringsfrister.

Tolking av forskriftstekst og omsette dette til praktiske endringer i innreiseregistreringen har vært tidkrevende og vanskelig når det har vært svært kort tid fra endringsbeslutning til implementering. Et sterkt premiss ved IRRS er at det er et tillitsbasert system med svake sanksjoner, og dette har det vært utfordrende å kommunisere til kommuner og andre myndigheter. Oppfatningen blant en del kommuner og Statsforvalteren virker å være at IRRS er et finmasket nett som skal fange opp det meste. Mens sannheten er at IRRS er et supplement i det store bildet som er mulig å omgå for de som ønsker det.

Endringer i covid-19-forskriften har blitt gjennomført hyppig og raskt, ofte uten høring av tiltakene. Dette gjelder også inngripende tiltak som registrering av opphold på karantenehotell og registrering av faktisk grensepassering. DSB mener at man i større grad bør vurdere høring av slike tiltak da dette har betydning for dem som rammes av tiltaket, den offentlige debatten og for kvaliteten på reglene, jf. forvaltningsloven § 37.

Systemetablering og drift av IRRS

Innreiseregistreringssystemet ble til under sterkt tidspress da det ble behov for kontroll og restriksjoner i forbindelse med innreise til Norge. IRRS er videreutviklet i takt med endringer i situasjon og behov. IRRS er basert på egenregistrering av den enkelte innreisende, og derved avhengig av at informasjonen som den enkelte innreisende oppgir er korrekt.

For DSB, som forvalter med databehandleransvar av systemet, har det vært viktig å påse at innsamlet og lagret informasjon er forholdsmessig i henhold til formålet, og at informasjonsinnhentingen er hjemlet i

forskriften. Isolert sett er DSBs erfaring at IRRS har fungert etter hensikten, og innsamlet data har bidratt til bevisstgjøring av de innreisende, gitt verdifull informasjon til kontroll på grensen, Nasjonalt kontrollsenter for innreisende – og kommunenes oppfølging av de innreisende. I tillegg har IRRS gitt verdifull informasjon til analyse av pandemiutviklingen og som beslutningsgrunnlag ved vurderinger av innreisetiltak.

IRRS ble anskaffet som en hasteanskaffelse for å håndtere den akutte faren for covid-19-importsmitte i desember 2020. Anskaffelsen er knyttet til covid-19 og kan ikke videreføres som beredskapsløsning for fremtidig pandemiberedskap.

Innreiseregistrering med tilhørende systemer bør vurderes opprettet som en del av den nasjonale beredskapen i fremtiden for å være forberedt på pandemihåndtering- eller andre scenarier som krever tilsvarende kontroll på grensepassering eller nasjonal oppfølging.

Call-senter og hjelp til innreisende

IRRS call-senteret har bidratt til å hjelpe særdeles mange innreisende med utfylling og spørsmål om utfylling av innreiseregistrering på en rekke språk. I perioden fra call-senteret ble etablert 02.01.21 til tjenesten opphørte 18.02.22, har call-senteret mottatt en halv million henvendelser, hovedsakelig på telefon, men også via e-post. Tjenesten har vært en stor kostdriver, men har gitt høy grad av service til innreisende.

Tjenesten IRRS call-senteret for innreise har gjort kan vurderes slått sammen med Nasjonalt kontrollsenter for innreisende for å måten skape et større miljø hvor ressursene kan utnyttes på tvers av disse to tjenesteområdene.

Informasjonstiltak

Erfaring fra utvalgte supportsaker viser at de aller fleste innreisende klarte å forholde seg til informasjonen tilgjengelig på internett, og bruke innreiseregistreringen korrekt. De som hadde utfordringer med nettbasert registrering, fikk nødvendig veiledning og hjelp fra både call-senteret og mailboksen til DSBs innreise.no.

Grensekontrolløsningen (GKL)

Grensemyndighetene benyttet GKL som et kontrollverktøy ved innreise til landet. GKL var et integrert digitalt grensesnitt med utgangspunkt i IRRS. Via GKL kunne myndighetene ha oversikt over hvorvidt en registrert innreise faktisk ble gjennomført, når vedkommende reiste inn i Norge, samt hvilken grenseovergang som ble benyttet. Løsningen var teknisk stabil og leverte pålitelige dataoverføring fra IRRS til grensemyndighetene gjennom hele perioden systemet ble benyttet.

Grensekontrolløsningen er basert på at innreisende skal vise frem innreisekvitteringen sin med QR-kode ved grensepasseringen. Politiet på grensen skal skanne QR-koden på innreisekvitteringen for å registrere innreisen til Norge. Opplysningene om grensepasseringen lagres i Innreiseregisteret. Dersom politiet

tilviser en innreisende til karantenehotell, skal dette registreres av politiet i Innreiseregisteret i samme operasjon som registrering av faktisk grensepassering.

GKL ble tatt i bruk ved starten av juni 2021 og var i bruk frem til registreringsplikten opphørte 12.februar 2022. GKL ble benyttet av politiet, toll og heimevernet på grensen. Over 830.000 reiser er sjekket med GKL fra juni.2021 til februar.2022

I GKL var det også integrasjoner mot andre myndigheter sine systemer, slik at man mottok informasjon fra eksterne søknadsordninger for tilgang til riket og fritak fra karantenehotellplikt. Dette omfattet blant annet næringskritisk personell for grønt- og fiskerinæring.

Karantenehotellkontrolløsningen (KHRL)

Løsningen har i stor grad fungert i henhold til hensikten. Statsforvalterne har vært gitt rollen som administrator og har derved tildelt brukeridentitet til hotellenes ansatte. Brukerveiledning og opplæring kunne vært bedre for å unngå en del feilregistreringer og påfølgende arbeid for både DSB og callsenteret. Språkutfordringer ved innsjekk har medført feilregistreringer av både navn og telefonnummer, noe som får følger for videre oppfølging.

Kontroll av testing og karanteneplikt etter innreise

Både Nasjonalt kontrollsentersenter for innreisende og kommunene har benyttet informasjon fra innreiseregisteret i forbindelse med oppfølging av test og karanteneplikten. All informasjonen i registeret er basert på egenerklæring – uten noen form for digital kontroll. Feilregistreringer har forekommet, som vanskeliggjør kontakt med de innreisende.

IRRS etatsmøter (DSB, Hdir, HELFO, FHI, POD, Atil)

Ukentlig møte, som har gitt deltakerne et oppdatert og felles situasjonsbilde av innreisetasjonen, bruken av innreiseregistrering, kontroll på grensen ved bruk av GKL, belegg på karantenehotellene mm. I tillegg har arenaen vært brukt til gjensidig informasjonsoppdatering, og i noen grad avklaring og diskusjon om oppdrag fra Hdir, som etatene skal levere sine innspill til. DSB har opplevd stor nytte av møterekken, og etatene har gitt verdifulle innspill til vårt oppdrag med bl annet drift og endring av innreiseregistreringssystemet. Møtene har vært gjennomført på digitale plattformer, noe som har vært en suksess for å kunne gjennomføre effektive møter uten reisetid osv. Det har vært meget god kontinuitet blant møtedeltakerne fra alle etatene, som har bidratt veldig positivt i samvirkeprosessen.

Utredningsprosesser

Gjennom hele perioden har DSB blitt involvert i en rekke utredninger og oppdrag i fra Hdir. Oppdragene har vært omfattende og med til dels svært korte tidsfrister. DSB har forståelse for at det noen ganger blir slik i krisesituasjoner, men da er det desto viktigere at oppdragsgiver gir tidlig varsel om oppdragene, og gjerne så tidlig at det innledningsvis blir gitt en midlertidig oppdragstekst, som kan bearbeides og spisses i ettertid for å spare tid – og gi de andre etatene mest mulig tid til leveransen.

Oppdrag mellom etatene må følge linjen for å gi ledergruppene mulighet til å holde oversikt over viktige løpende prosesser, men dialogen og avklaringene bør fortsette slik de har vært mellom direkte utførende ledd i etatene.

2. Erfaring med karantenehotell for innreisekarantene

Regelverk, rundskriv og ulike faser

Karantenehotellordningen for innreisekarantene ble etablert i november 2020, og det var utpekte kommuner i tilknytning til sentrale grensepasseringssteder som fikk ansvar for å administrere og drifte ordningen. Karantenehotellordningen ble etablert som en særskilt ordning for å ivareta kravet om gjennomføring av innreisekarantene. Andre ordninger for å ivareta behov for oppholdssted knyttet til smittekarantene eller isolasjon har ikke vært del av denne ordningen.

Regelverket og tilhørende rundskriv for karantenehotellordningen har endret seg et titalls ganger, og tabellen nedenfor er med på å illustrere vesentlige skifter og endringer i ordningen. Tidvis har rundskrivet blitt oppdatert flere ganger i måneden og det er gjennomgående kort tid mellom endring i forskrift og ikrafttredelse av endringene. Det betyr også at rundskrivene i mange tilfeller ikke har blitt revidert og publisert i tide for ikrafttredelse av endringene. Se vedlagt tabell for oversikt.

DSB mener at hyppige endringer i regelverket og den korte tiden fra varslings om endringer til ikrafttredelse har vanskeliggjort effektivering i innreisekjeden, herunder vurderinger som har blitt gjort i grensekontrollen og behandling av de innreisende som har vært på karantenehotellene.

En overordnet gjennomgang av rundskrivene om karantenehotell viser at det er noen hovedformer for revisjoner som har blitt gjort underveis. Dette dreier seg i hovedsak om vurderinger knyttet til hvilke grupper innreisende som har hatt plikt til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell. Revisjonene og utviklingen av ordningen viser at vi kan dele inn utformingen av karantenehotellordningen i fire faser/med fire ulike formål:

- 1) **Unntak fra hovedregelen:** Den første fasen var gjeldene fra oppstart av karantenehotellordningen til starten av sommeren 2021 (se rundskriv G-16/2021). Denne fasen ble kjennetegnet av at karantenehotell var et tiltak som kunne bidra til å hindre reisevirksomhet, som igjen hindrer importsmitte. Hovedregelen med karantenehotell hadde en rekke tilhørende unntak som ble justert og tilpasset hyppig gjennom første halvår av 2021.
- 2) **Risikobasert regulering:** Den andre fasen ble iverksatt da det ble besluttet at plikten til innreisekarantene og plikten til å gjennomføre denne på karantenehotell skulle reguleres utfra smitterisikoen folkehelsemyndighetene vurderte at var gjeldende i landet du reiste fra. Ikke lenge etter var de europeiske koronapassene tatt i bruk både i Norge og i flere europeiske land, innreiserestriksjonene ble lempet på og UDs offisielle reiseråd om å unngå reiser ble opphevet. Kjennetegnene ved karantenehotellordningen i denne perioden var at behovet for karantenehotell

ble påvirket av reisevirksomhet, det internasjonale smittebildet og vaksinasjonsgraden hos både nordmenn og utlendinger.

- 3) **Tillitsbasert og behovsregulert ordning:** Den tredje fasen for karantenehotellordningen begynte høsten 2021 da *plikten* til å gjennomføre innreisekarantene på karantenehotell ble opphevet for alle innreisegrupper. Ordningen skulle driftes videre i en begrenset form, der de innreisende med plikt til å gjennomføre innreisekarantene hadde anledning til å benytte karantenehotellordningen dersom de selv ikke hadde et egnet karantenested. Ordningen var dermed tillitsbasert, og den innreisende selv stod for vurderingen av behovet for å bruke tilbudet om karantenehotell etter innreise. Utover disse kjennetegnene er det verdt å merke at det også i denne perioden var smitterisikoen som avgjorde hvilke grupper reisende som hadde krav til innreisekarantene, og at politiets tilstedeværelse på grensestedene (indre Schengen) ble trappet ned samtidig som at alle grenseovergangssteder ble gjenåpnet.
- 4) **Beredskapstiltak ved plutselige situasjonsendringer:** Den fjerde fasen for bruken av karantenehotellordningen har blitt benyttet i spesielt to tilfeller. Begge disse tilfellene dreier seg om oppdagelse av virusmutasjoner av særlig bekymring, hvor helsemyndighetene har anbefalt å iverksette tiltak for å forsinke mutasjonenes spredning i Norge. Innreisekarantene på karantenehotell som et beredskapstiltak ble innført som krav for alle reisende fra India, Pakistan, Bangladesh og Nepal ifm. utbrudd av delta-varianten våren 2021 og for alle reisende fra Sør-Afrika, Namibia, Zimbabwe, Botswana, Mosambik, Lesotho, Eswatini og Malawi ifm. utbrudd av omikron-varianten i november 2021.

Basert på erfaringene fra de ulike fasene og perioden karantenehotellordningen har blitt benyttet i, vurderer DSB karantenehotellordningen har fungert godt som et beredskapstiltak ved plutselige situasjonsendringer og generelt som et tillitsbasert tiltak i innreisekjeden (ref. pkt. 3-4).

En hovedregel om at innreisende må være på karantenehotell var et svært inngripende tiltak, og DSB mener det burde være høy terskel for å gjeninnføre dette som hovedregel (ref. pkt. 1). DSB mener det i større grad kan være forholdsmessig å vurdere å gjeninnføre en plikt til å være på karantenehotell for særlig risikoutsatte innreisegrupper (ref. pkt. 2 og 4).

[Administrasjon og drift av ordningen, herunder alternative karantenehotelløsninger og refusjon av kostnader i forbindelse med karantenehotellordningen](#)

Statsforvalterne har hatt en rolle i å sørge for at relevante og egnede kommuner har etablert og driftet karantenehotell for innreise. DSB vurderer at administrasjon og drift av karantenehotellordningen har blitt gjennomført på en veldig god måte av kommunene som til enhver tid har hatt ansvar for dette. For alle involverte aktører har det tidvis vært et svært krevende og uoversiktlig arbeid på grunn av endringer i regelverket og et svært skiftende kapasitetsbehov for karantenehotell. Kommunene har vist en utmerket evne til å samarbeide godt med hotellnæringen og lokale aktører, og de har gjort nødvendige tilpasninger og endringer etter behov.

En problemstilling som har vært gjennomgående for hele tiden karantenehotellordningen har vært i drift har dreid seg om kommunenes ulike plikter og ansvar opp mot de ulike løsningene for hotelltilbud ifm. pandemien. Overordnet dreier dette seg om at enhver kommune har hatt en forskriftsfestet plikt til å tilby personer som oppholder seg i deres kommune et egnet sted for gjennomføring av (smitte)karantene eller isolasjon dersom man er pliktig til å gjennomføre dette grunnet covid-19 og ikke selv har et egnet sted. Samtidig har en rekke sentrale grensekommuner og andre kommuner pålagt eller utpekt av statsforvalterne hatt i oppdrag å sørge for karantenehotell ifm. innreisekarantene. For å avlaste kommunens ansvar knyttet til sistnevnte forhold har også næringslivet og arbeidsgivere med større antall utenlandske gjestearbeidere blitt oppfordret til å ivareta behovet for egnet karantenested for egne arbeidstakere som reiser inn i Norge. En rekke arbeidsgivere inngikk avtaler med hoteller som kunne tilby dette, og fikk hotellokasjonene godkjent som innkvartering for karanteneformål av Arbeidstilsynet (uavhengig av kommunenes avtaler med hoteller, eller parallelle avtaler med samme hoteller kommunene hadde inngått avtaler med).

Regelverket knyttet til refusjon av kommunenes utgifter ifm. karantenehotellordningen og behandlingen av refusjonskrav forvaltes av DSB. Dette regelverket dekker utgifter knyttet til hotellavtaler, belegg på hotellene, transport til hotellene fra grensested, administrasjonskostnader mm., og skal dekke innreisekaranteneformål. Kostnader kommunene har hatt knyttet til andre karanteneformål eller isolasjon av personer som oppholder seg i kommunen dekkes ikke over denne ordningen, og det har i liten grad eksistert tilsvarende omfattende refusjonsordninger. Helsedirektoratet har i deler av 2021 forvaltet en tilskuddsordning for grensekommuner med ekstra belastning knyttet til testing på grensene, isolasjon av smittede og annet ifm. innreisekjeden, men denne tilskuddsordningen har i varierende grad blitt benyttet til hotellrelaterte kostnader. For arbeidsgivere som har sørget for egnet innkvartering til arbeidstakere som var pliktige å gjennomføre innreisekarantene har det blitt etablert en refusjonsordning som administreres av Brønnøysundregistrene.

Hoteller har dermed blitt benyttet for karanteneformål i forbindelse med 1) innreisekarantene gjennom den statlig-kommunale ordningen DSB, statsforvalterne og utpekte kommuner har stått for; 2) innreisekarantene for arbeidstakere der arbeidsgivere har godkjent innkvartering fra Arbeidstilsynet; 3) smittekarantene eller isolasjon av personer som oppholder seg i kommunen og har behov for et karantene- eller isolasjonssted. For å unngå at disse tre ulike formålene med hotellinnkvartering ifm. karantene og isolasjon sammenblandes og "feilaktig" inngår i samme refusjonsordning har DSB hatt løpende dialog med embeter, kommuner, Helsedirektoratet og Arbeidstilsynet om dette. Kommunene har til stadighet gitt tilbakemelding om at flere ulike ordninger som i praksis administreres og driftes på samme måte og av de samme aktørene har skapt unødig merarbeid.

Det har blitt oppfordret til fleksibilitet i karantenehotellavtalene, men tilbakemeldingene har vært at denne fleksibiliteten har vært vanskelig å oppnå når kommunene skal inngå flere avtaler og må kreve unødig rapporterings- og faktureringskrav fra hotellene utfra hvilket formål rommene benyttes til (innreisekarantene vs. isolasjon vs. smittekarantene). Dette arbeidet har vært ressurskrevende og bidratt til mye administrativt og utfordrende arbeid for både kommunene, hotellene og øvrige aktører.

En ytterligere faktor som har gjort seg gjeldende i forbindelse med dimensjonering av kapasitet, har vært at behovet for plasser til ulike karanteneformål og isolasjon i stor grad har blitt styrt og påvirket av de politiske beslutningene om endringer i ordningene. Etersom kommunene har måtte forholde seg til

hoteller som opererer i et konkurransedrevet marked, har det tidvis vært avgjørende for kommunene å utlyse anskaffelser om avtaler av mer langsiktig karakter. Det har medført at flere kommuner har opplevd å inngå avtaler med hoteller om et visst antall rom som skal sikre beredskap for karanteneformål i opptil 3-5 måneder, før det kort tid senere innføres endringer i regelverket som endrer kapasitetsbehovet drastisk. I noen perioder har det betydning at karantenehotellordningen har vært under stort press og at kommunene har opplevd å ha for få karanteneplasser til de innreisende, mens i andre tilfeller har man hatt stor overkapasitet i ordningen.

Statsforvaltere og kommuner har foreslått alternative innretninger på karantenehotellordningen ved ulike anledninger;

- Etablere en felles koordinerende instans som kan bidra til å planlegge kapasitetsbehov og sørge for logistikken knyttet til fordeling av innreisende på ulike hoteller.
- Hotell og organisering gjennomført som et sentralt innkjøp etter innspill fra SF om hvor hotellene skulle ligge. Hotellnæringen og reiselivsnæringen har vært hardt rammet av pandemien og mye av den jobben som SF har gjort med karantenehotell kunne for eks. vært gjort av et reisebyrå.
- Karantene- og isolasjonsfasiliteter på hotell tilbys i større grad fritt og markedsstyrt fra næringen selv, men etter retningslinjer og samarbeid med helsemyndigheter og kommune – samt samordnet system for prising og dekning av kostnader. Svært mange hoteller og ansatte i reiselivs- og servicebransjen har fått mye erfaring og kunnskap om smittevernforvarlig drift av tjenestene sine, og vil med stor sannsynlighet være godt rustet for å levere en slik tjeneste på en god måte.
- Kommunenes generelle beredskapsavtaler med hoteller eller liknende oppholdssteder som kan være egnet for isolasjon og karantene benyttes til dette formålet så langt avtalene rekker. Dersom det er et større behov enn det avtalene dekker, må risiko- og behovsbaserte vurderinger ligge til grunn for hvem som skal få tilbud om hotellplass.

Dersom det blir behov for å gjeninnføre innreisekarantene, plikt til testing ved innreise, eller at kommunens ansvar for å tilby egnet isolasjonssted til personer som får plikt til å isoleres seg, og at dette medfører et behov for hotellplasser egnet for karantene eller isolasjon, vurderer DSB at disse behovene bør samordnes og løses på én og samme måte. DSB mener en felles hotellordning der man kan se behovene under ett, administrert refusjon/tilskudd enhetlig og planlagt dimensjonering og kapasitet samlet kan være mer effektivt en slik det har vært løst tidligere.

DSB mener det er viktig at statlige myndigheter bidrar til å skape løsninger og ordninger som tilrettelegger for enhetlig, ressursbesparende og praktisk gjennomføring for kommunene og andre aktører som står i førstelinjen når tiltak iverksettes. Dette innebærer blant annet å unngå unødig rapporteringskrav, dobbeltarbeid og administrasjon som følge av tverrsektoriell håndtering.

[Samordning og andre etaters roller ifm. karantenehotellordningen](#)

Kommunenes rolle i å drifte og administrere karantenehotellordningen har etter DSBs oppfatning vært svært viktig. Karantenehotellordningen har ikke bare bestått av avtaler med hoteller og samarbeid med vektere og ansatte på hotellene, men det har også vært behov for samarbeid med aktørene på grensepasseringsstedet, slik som politiet, tollvesenet, vegvesenet, personell på teststasjonene, Heimevernet, Sivilforsvaret mfl. Kommunene med flyplasser med utenlandsk trafikk og ansvar for karantenehotell har også måtte sørge for transport fra flyplass til hotellene samt tett dialog med Avinor eller annen flyplassseier.

DSB har gjennom hele ordningens varighet bidratt til samordning av helsemyndighetene, statsforvaltere og kommunene som har hatt karantenehotell. Politidirektoratet, Avinor og øvrige aktører som har hatt en rolle i innreisekjeden har også vært involvert i arbeidet, og blant annet deltatt på møter om karantenehotellordningen. Vår oppfatning er at samarbeidet lokalt har blitt løst svært godt og bidratt til at karantenehotellordningen har kunne fungere på best mulig vis for de innreisende.

Når det har blitt iverksatt endringer med korte frister, kan det ha medført at reglene i en kort periode kan ha blitt tolket ulikt mellom eksempelvis veilederne på koronatelefonen, kommunens personell på karantenehotellene og nasjonale myndigheter. Det betyr at i enkelte perioder kan personer ha opplevd å ha blitt værende på karantenehotell lenger enn nødvendig, eller personer kan ha opplevd å få ulike beskjeder om hva som gjelder for akkurat dem når de har spurt kommunens personell og veiledere på koronatelefonen. Dette er situasjoner vi ønsker å være foruten, men som ofte kan oppstå i krisehåndtering. Beslutninger må ofte tas raskt for å få nødvendig effekt når situasjonsbildet endrer seg, og involverte aktører vet at rask omstilling og tilpasning er en viktig del av håndteringen, til tross for at det også medfører en rekke utfordringer.

I fasen der karantenehotell var hovedregel for gjennomføring av innreisekarantene for de aller fleste innreisende, erfarte man også utfordringer med vurderingene av unntakene fra plikten til karantenehotell. På lik linje som i situasjoner der det ble iverksatt endringer på kort tid, kunne innreisende oppleve ulik vurdering av vilkårene for unntakene til å være på karantenehotell fra grensemyndigheter til kommunens personell til stede på et karantenehotell eller hos veilederne på koronatelefonen. Ettersom mange innreisende framskaffet dokumentasjon i etterkant av innreise for å oppfylle vilkår om unntak fra karantenehotell, eller mener de hadde blitt vurdert feilaktig ved innreise, medførte dette merarbeid for kommunenes ansatte, politiet, vektere og annet personell i innreisekjeden.

3. Kommunikasjons- og informasjonstiltak i innreisekjeden

En stor utfordring i kommunikasjonen mot befolkningen, var til dels meget korte frister fra vedtak (om f.eks. forskriftsendringer) ble fattet, til de skulle iverksettes. Dette gjorde det svært vanskelig for kommunikasjonsmiljøene i relevante departementer og etater å:

- nå ut til innbyggere og reisende til landet med oppdatert og tydelig informasjon
- koordinere seg internt, slik at informasjonen fra alle avsendere var likelydende
- rydde opp og oppdatere relevante nettsider

Vår påstand er at dette var en betydelig medvirkende årsak til at informasjonen tidvis ble oppfattet som vanskelig å forstå og forvirrende. Det kan igjen ha bidratt til eksempelvis ekstra stor køproblematikk på grenseovergangene, frustrasjon blant innbyggere og reisende, og en omdømmeutfordring med hensyn til myndighetenes håndtering i stort.

En gjenganger i tilbakemeldingene om kommunikasjon fra fagmiljøene i enkelte etater, var at hvis noe ikke fungerte, var alltid manglende/utilstrekkelig kommunikasjon en årsak. Det er langt på vei riktig, naturligvis, men det vitnet også i mange tilfeller om en manglende forståelse av at god kommunikasjon betinger at vi faktisk har konkret informasjon, som vi kan kommunisere om. I motsatt tilfelle blir kommunikasjon overordnet, uklart og egnet til å skape enda flere misforståelser. Anbefaler derfor at kommunikasjonsmiljøene også derfor er mer aktive i egen organisasjon, slik at også fagmiljøene er innforstått med det som er ganske elementært innen kommunikasjonsfaget.

Vi har hatt gode erfaringer med konkrete, målrettede tiltak for å nå fram med kommunikasjon til enkeltgrupper. Eksempelvis da vi fikk rapporter fra statsforvalterne om at flypassasjerer fra enkelte land utmerket seg negativt med hensyn til etterlevelse av blant annet innreiseregistreringsplikt. Det ble etablert et godt samarbeid med eksempelvis Avinor/Luftfartstilsynet og Utenriksdepartementet og utenriksstasjonene. Skilting, "roll-ups", informasjonsmateriell til utdeling på relevante språk hadde definitivt en god effekt.

Vi har hatt gode erfaringer med samvirkekonferansene for kommunikasjonsmiljøene. Vi har fått tilbakemeldinger fra andre etater om at dette har vært nyttig, og vi har satt pris på at særlig kommunikasjonsmiljøene i Helsedirektoratet, FHI og POD har prioritert dette, til tross for særdeles hektiske perioder. Det er flere eksempler på at det har blitt løftet problemstillinger i disse møtene, som etatene sammen har klart å løse på en god måte. Det har vært en generell velvilje og imøtekommenhet som er verdt å applaudere. Derfor er det avgjørende å ha denne type konferanser i situasjoner som vi nå har opplevd. Samtidig har det vært lav terskel for uformell kontakt mellom kommunikasjonsmiljøene, når det måtte være og om hva det måtte være.

Vi viser også til DSBs innspill til oppdrag 577 der det også fremkommer erfaringer og vurderinger knyttet til tiltak i innreisekjeden og særlig refleksjoner rundt kommunikasjonsbehov.

4. Samvirke og samarbeid i innreisekjeden

Status for innreise

Fra sommeren 2021 og frem til januar 2022, har DSB produsert estimerte innreisetall ("Status for innreise") basert på reelle trafikk tall. Dette er innhentet fra luftfarten, Statens Vegvesen og passasjerfergerederiene. Formålet med innreisetallene var å demme opp for at kravet til innreiseregistrering bortfalt for blant annet fullvaksinerte, og bidra til oversikt og felles situasjonsforståelse for situasjonen på grensen. DSB har også ved noen anledninger, laget prognoser basert på innrapporterte trafikkprediksjoner, bookingtall mv. fra de ulike aktørene.

Tilbakemeldinger fra blant annet Helsedirektoratet, FHI og flere politidistrikter har antydnet at dette har vært et nyttig kunnskapsgrunnlag. Tallmaterialet bidro blant annet også til å bekrefte at det var en høy grad av etterlevelse av innreiseregistreringsplikt da dette ble innført som plikt for alle innreisende desember 2021.

Logistikk og grensekontrollflyt i innreisekjeden

I juli 2021 deltok DSB inkludert Sivilforsvaret, i PODs faggruppe for logistikk og grensekontrollflyt, der man blant annet besøkte lufthavner, grensepasseringssteder langs vei og havneterminaler for å undersøke om det var muligheter for en bedre logistikkutnyttelse av innreisekjeden.

Selv om særlig flyplasser er konstruert for å håndtere et stort volum reisende, oppsto det problemer når tidsforbruket i grensekontrollen økte og det oppstår raskt store flaskehalsen når man innførte nye

kontrollpunkter, eksempelvis teststasjonene. Kapasiteten i de ulike postene i innreisekjeden blir derfor viktig, men man erfarte også at begrensningene i den allerede eksisterende infrastrukturen førte til at det ikke alltid var bare å øke bemanningen og dermed også kapasiteten. Ett eksempel er på nye Svinesund bru, der antall oppkjøringsfiler til grensekontrollområder reduserte trafikkflyten.

Det er også et svært arealkrevende arbeid og mange grensepasseringssteder, for eksempel havner som mottar passasjerferger med et høyt antall kjøretøyer, har ikke tilstrekkelig areal for å gjennomføre en så omfattende operasjon uten å sende de reisende videre til andre lokasjoner for testing. DSB har også mottatt tilbakemeldinger fra statsforvalterne om at infrastrukturen for blant annet testsentre, ikke tok høyde for vær og vind, og at løsninger kom for sent på plass.

De fleste kontrollelementene i innreisekjeden innebærer også en del manuelle arbeidsoppgaver, som med fordel kunne blitt mer automatisert. Faggruppen observerte også at en del reisende ikke var nok opplyste om kravene til innreise og ikke var forberedt når de kom fram til kontrollpostene, noe som øker den individuelle kontrolltiden kraftig. God og informativ skilting var et av tiltakene som det ble pekt på og som DSB opplevde fikk effekt. Her var blant annet samarbeidet med Statens Vegvesen avgjørende. DSB fikk flere tilbakemeldinger fra statsforvalterne om at et komplekst regelverk med behov for individuelle vurderinger, for eksempel da man skilte mellom nødvendige og unødvendige fritidsreiser, var også noe som økte kontrolltiden og dermed også skapte flaskehalsen i innreisekjeden.

Når det gjelder logistikk i innreisekjeden, har korte tidsfrister fra bekjentgjøring av regelendringer til tidspunkt for iverksettelse, skapt utfordringer blant annet knyttet til dimensjonering av kapasitet og endringer i infrastruktur. Ett eksempel er utbygging av testkapasitet på Oslo lufthavn Gardermoen og utfordringer knyttet til tilstrekkelig venteeareal ved innføringen av kravet om at den reisende måtte vente på testresultatet. Dette førte både til opphopning av passasjerer, lange køer, men også press på ansatte i førstelinje som brukte lang tid på frustrerte reisende. Den etter hvert voksende kompleksiteten i Covid19-forskriften har også ført til at kommuner har rapportert om at ulike svar fra for eksempel POD og Helsedirektoratet på konkrete spørsmål har ført til ulik praksis og forvirring. Dette kombinert med korte tidsfrister, har flere ganger medført at kommunens ansatte og politifolk på grensen har stått i diskusjoner med de reisende fordi man har ulike oppfatninger av hva som er det gjeldende regelverket.

Tilstrekkelig fokus på logistiske utfordringer gjennom bred involvering av relevante aktører har også vært manglende. De ulike grensepasseringsstedene har forskjellige utfordringer, og man har i liten grad vært i stand til å standardisere løsninger. Flere kommuner, blant annet Ullensaker som er vertskap for landets hovedflyplass, har i lang tid rapportert om en utfordret utholdenhet blant kommunens ansatte. Det har flere ganger vært rapportert om at sentrale myndigheter må ta større ansvar i utfordringene som kommunene mener de sitter ganske alene med. Statsforvalternes samordningsrolle har i slike situasjoner vært meget viktig, blant annet ved å koordinere behovet for karantenehotellkapasitet og støtte nabokommuner i å avlaste de hardest rammede kommunene. Manglende involvering har også medført at mange grensekommuner, har opplevd at sentrale myndigheter ikke har vært klar over hvor inngripende tiltakene har vært ovenfor en befolkningsgruppe som før pandemien har tette bånd til Sverige, både familierelasjoner og arbeid. Stengte grenseoverganger og strenge tiltak, har også vært utfordrende for kommuner som er avhengige av arbeidstakere bosatt i Sverige.

Erfaringene fra grenseoppdraget, har også tydeliggjort sammenhengen mellom grad av kontroll og innreisevolum. Dersom man skal akseptere et høyere antall innreiser, er den forventede graden av kontroll på grensen nødt til å følge etter. Man må i større grad akseptere at ordninger er tillitsbaserte og at kontrollen er mer risiko- og kunnskapsbasert. Innføringen av innreiseregistreringsplikt for alle innreisende i desember 2021 sammenstilt med DSBs estimerte innreisetall, viste at etterlevelsen av innreiseregistreringsplikt var høy selv om graden av kontroll var lav. Rapporter etter politiets stikkprøver bekreftet dette funnet. DSB har likevel gjennom pandemien mottatt rapporter fra kommuner som mener fordelingen av roller og ansvar, for eksempel mellom politiet og kommunen, har vært utilstrekkelig avklart. Tydelig kommunikasjon omkring forventninger, strategi og godt lokalt samarbeid har etter DSBs syn vært viktig for å avklare slike utfordringer, men i en eventuell fremtidig situasjon bør tiltakene følges av bedre veiledning for kommunene.

Samarbeid mellom etatene

Tverretattlig samarbeid har vært viktig for å koordinere og effektivisere innreisekjeden, samt for å sikre felles situasjonsforståelse, for eksempel knyttet til Sivilforsvarets innsats på Oslo lufthavn Gardermoen og håndtering av karantenehotellpliktige reisende fra test til karantenehotell. "Samvirke på grensen" møtene som POD har fasilitert er et godt eksempel på en nyttig arena for koordinering og samordning, som har bidratt til å løse og avklare problemstillinger over bordet. Faggruppen for logistikk var et initiativ fra POD som kom på banen gjennom denne møteserien. For DSB, har møteserien vært en viktig plattform for å etablere og vedlikeholde en felles situasjonsforståelse av utfordringene i grenseoppdraget.

Til motsetning fra Helsedirektoratet og DSB sine ukentlige beredskapsmøter med statsforvalterembetene, har disse møtene vært på direktoratsnivå med unntak av noen anledninger med deltakelse fra Øst politidistrikt. Man har derfor ikke på samme måte som i beredskapsmøtene, fått anledning til å høre utfordringene fra lokalt og regionalt nivå, men vært avhengige av å dele situasjonsrapporter som har blitt løftet i sine respektive linjer. Dette har ved noen anledninger bidratt til ulik situasjonsforståelse, for eksempel når kommuner har via statsforvalteren rapportert om deres forståelse av situasjonen, mens politidistriktet har rapportert om en noe annerledes forståelse til POD.

Vedlegg

Oversikt over rundskriv om karantenehotell		
Publisert	Navn på rundskriv	Om revisjonene i rundskrivene
09.11.2020	G-25/2020 – Rundskriv om karantenehotell	Fra rundskrivet: <i>Opphold i andres hjem ser ikke ut til å være egnet karantenestед for reisende fra land med høye smittenivå, og erfaringer fra kommunene tilsier at smitteutbrudd oppstår der personer som skal i karantene smitter dem de bor sammen med. Det er derfor innført krav om opphold på karantenehotell [...]. De som eier bolig i Norge, [...], er unntatt fra plikten til å oppholde seg på karantenehotell.</i>
13.11.2020	G-26/2020 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Fra rundskrivet: <i>Utenlandsstudenter som før studiene var bosatt i Norge [...] De anses da også som «bosatt» i Norge etter covid19forskriften. [...] De trenger derfor ikke oppholde seg på karantenehotell, men kan gjennomføre karantene på annet egnet oppholdssted.</i>
13.12.2020	G-33/2020 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Endringer i covidforskriften 13. desember. Flere unntaksgrupper og i stor grad sidestille de som leier fast bolig med unntaket som gjald for de som eier fast bolig eller annet egnet sted for gjennomføring av innreisekarantene.
17.03.2021	G-08/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Endringer i covidforskriften hhv. 16. og 26. mars. Fra rundskrivene: <i>I lys av at det forventes et økt antall reisende i forbindelse med påskeferien, [...], er det gjort endringer i ordningen med karantenehotell i covid-19-forskriften § 5 som trer i kraft 19. mars [...] personer som er bosatt eller har fast bopel i Norge som returnerer til Norge etter unødvendig utenlandsreiser</i>
27.03.2021	G-12/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell	<i>må på karantenehotell inntil de kan fremvise negativt resultat på test tatt tidligst dag 3 etter innreise. [...] Personer i innreisekarantene skal oppholde seg på karantenehotell på første ankomststed i riket i karantenetiden.</i>
09.05.2021	G-13/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Endringer i covidforskriften 28. og 29. april og 3. og 7. mai. Fra rundskrivet: <i>For å redusere muligheten for importsmitte av nye og mer smittsomme virusvarianter [...] innstramminger i unntakene fra karantenehotell for personer som har oppholdt seg i Bangladesh, India, Irak, Nepal eller Pakistan [...] fra 9. mai ble denne regelen utvidet til å gjelde alle som har oppholdt seg utenfor EØS og Schengenområdet de siste 10 døgnene. Det gjelder nå svært få unntak fra opphold på karantenehotell for personer som har oppholdt seg utenfor EØS eller Schengen.</i>

29.05.2021	G-16/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Endringer i covidforskriften 27. mai. Fra rundskrivet: <i>Plikten til opphold på karantenehotell skal fremover bero på smittesituasjonen i land den innreisende har oppholdt seg i de siste 10 dager før innreise. Det tidligere skillet mellom nødvendige og unødvendige reiser er opphevet, og formålet med reisen har i utgangspunktet ikke lenger betydning for plikten til opphold på karantenehotell.</i>
05.06.2021	G-19/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Endringer i covidforskriften 3. og 4. juni. Fra rundskrivet: <i>[...] innført unntak fra karantenehotell for beskyttede og mindreårige som reiser sammen med dem, eller alene.</i>
21.06.2021	G-20/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Endringer i covidforskriften 18. juni. Fra rundskrivet: <i>[...] Samtidig er en plikt til opphold på karantenehotell et inngripende smitteverntiltak som fortløpende må vurderes. På grunn av den økende vaksinasjonsdekningen, fallende smittenivåer i Europa, nedgang i andel reisende fra Europa som tester positivt innen 10 døgn etter innreise, samt kapasitetsutfordringer, har helsemyndighetene anbefalt store lettelser i karantenehotellordningen. [...] besluttet at alle mindreårige er unntatt fra plikten til opphold på karantenehotell, uavhengig av hvor de har oppholdt seg før innreise. [...] Plikten til å oppholde seg på karantenehotell følger direkte av covid-19forskriften § 5. Den enkelte reisende må i utgangspunktet selv vurdere om de er omfattet av noen av unntakene fra plikten til å gjennomføre karantene på karantenehotell. Fra dette utgangspunktet er det ett unntak i covid-19-forskriften § 5 andre ledd bokstav c for de som har fått innvilget søknad av Utlendingsdirektoratet.</i>
05.07.2021	G-23/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell	Endringer i covidforskriften 2. juli. Diverse lettelser og større unntaksgrupper for karantenehotell.
19.08.2021	G-26/2021 – Revidert rundskriv om karantenehotell*	Endringer i covidforskriften 5., 12., 15. og 23. juli, og 4., 12, 16 og 17. august.

*Rundskriv om karantenehotell er opphevet fra og med lørdag 25. september klokka 16:00. Karantenehotell fjernes da som krav, men opprettholdes som et tilbud for de som ikke har et annet egnet karantenested.

DSBs sentrale leveranser innreisekjeden

